



**ΑΡΙΣΤΟΤΕΛΕΙΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗΣ ΣΧΟΛΗ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ**

ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ:
“ΚΡΙΤΙΚΗ ΣΚΕΨΗ ΚΑΙ ΗΠΙΕΣ ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ (SOFT SKILLS) ΣΤΙΣ
ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΕΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ”

***“ΚΡΙΤΗΡΙΑ ΕΠΙΛΟΓΗΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΤΗΝ
ΕΠΟΧΗ ΤΟΥ COVID-19”***

ΔΗΜΗΤΡΑ Φ. ΔΙΑΜΑΝΤΟΠΟΥΛΟΥ

ΙΑΤΡΟΣ, ΕΙΔΙΚΟΣ ΝΕΦΡΟΛΟΓΟΣ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΥ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

- 1) ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗΣ ΑΣΤΕΡΙΟΣ, ΟΜ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΠΘ
- 2) ΔΟΥΜΑΣ ΜΙΧΑΗΛ, ΑΝΑΠΛ. ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΑΠΘ

ΘΕΣΣΑΛΟΝΙΚΗ 2021

Πρόλογος - Ευχαριστίες

Η πανδημία Covid-19 που οφείλεται στον αναπνευστικό ιό SARS-Cov-2 ξεκίνησε από την πόλη Wuhan της Κίνας τον Ιανουάριο του 2020 και προκάλεσε πρωτόγνωρη υγειονομική κρίση, οικονομική ανασφάλεια, και ανατροπές στην καθημερινότητα των πολιτών, σε παγκόσμια κλίμακα.

Εισήγαγε καινούργιους όρους, όπως κοινωνική αποστασιοποίηση, καραντίνα, lockdown, και επέβαλλε νέες συνθήκες προσωπικής, επαγγελματικής και κοινωνικής ζωής με απρόβλεπτες συνέπειες. Ακόμη και σήμερα αποτελεί απειλή σε επιστημονικό, κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο, και μια ηθική πρόκληση αλλά και υποχρέωση της πολιτείας για βελτίωση, αναβάθμιση και αναδιάρθρωση των υπηρεσιών υγείας με στόχο την καλύτερη ποιότητα περίθαλψης παράλληλα με την πρόληψη.

Σε αυτές τις ιδιαίτερα αντίξοες και απαιτητικές υγειονομικές συνθήκες, οι επαγγελματίες υγείας αποτελούν γέφυρα μεταξύ ιατρικής επιστήμης και κοινωνίας. Καλούνται να προστατεύσουν τον εαυτό τους και τους ασθενείς τους σε ένα διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον, ελάχιστη εμπειρία για τον ιό και τη συμπεριφορά του και ανεπαρκή θεραπευτικά όπλα τηρώντας απαρέγκλιτα τα υγειονομικά πρωτόκολλα και επιδεικνύοντας κοινωνική ευθύνη για την προστασία του κοινωνικού συνόλου με στόχο την βέλτιστη παροχή υπηρεσιών ιατρικής φροντίδας.

Στο καινούργιο περιβάλλον που διαμορφώνεται αναπτύχθηκε η μελέτη αυτή με σκοπό να ανιχνεύσει τα κριτήρια επιλογής των επαγγελματιών υγείας από τους χρήστες υπηρεσιών υγείας και την επίδραση του δημογραφικού τους προφίλ στους παράγοντες επιλογής του επαγγελματία υγείας, την εποχή του Covid-19. Στη μελέτη περιλαμβάνεται το θεωρητικό πλαίσιο, η μέθοδος που ακολουθήθηκε για την ποσοτική έρευνα με τη χρήση γραπτού πρωτότυπου ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς, μέσω διαδικτύου, και αναλύονται τα αποτελέσματα. Ακολουθούν η συζήτηση, τα συμπεράσματα, οι προτάσεις, ο κατάλογος πινάκων και γραφημάτων και η παράθεση της βιβλιογραφίας.

Στο σημείο αυτό θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου σε όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της μεταπτυχιακής διπλωματική μου εργασίας.

Ιδιαίτερες ευχαριστίες οφείλω στην Επιβλέπουσα Καθηγήτρια, Σχολικής Παιδαγωγικής κ. Παπαδοπούλου Βασιλική για την επιστημονική καθοδήγηση, το ενδιαφέρον και τις πολύτιμες συμβουλές και υποδείξεις της καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της μελέτης.

Θερμά ευχαριστώ τα μέλη της τριμελούς συμβουλευτικής επιτροπής, κ. Καραγιάννη Αστέριο, Ομότιμο Καθηγητή Παθολογίας, για την αμέριστη υποστήριξη και πολύτιμη βοήθεια του, κ. Δούμα Μιχαήλ, Αναπληρωτή Καθηγητή Παθολογίας και κ. Μάγρα Ιωάννη, Καθηγητή Νευροχειρουργικής, για την ενθάρρυνση και συμπαράσταση τους. Ακόμη, θέλω να ευχαριστήσω τα ανίψια μου, Κυριάκο, Πηνελόπη και Φώτη για την αγάπη και τη στήριξή τους σε όλη τη διαδρομή της μεταπτυχιακής μου φοίτησης.

Περίληψη

Εισαγωγή: Ο ιατρικός επαγγελματισμός αποτελεί αναμφίβολα μία πολύπλοκη έννοια. Για το λόγο αυτό ακόμα και οι θεωρητικοί που ασχολήθηκαν με τον προσδιορισμό του, κατέληξαν στη παρουσίαση των χαρακτηριστικών του παρά στο να δώσουν ένα μοναδικό ορισμό που θα είναι αποδεκτός από όλους. Ο ιατρικός επαγγελματισμός περιλαμβάνει ένα σύνολο στάσεων και συμπεριφορών. Παρέχοντας εξειδικευμένη γνώση σε θέματα φροντίδας υγείας, αξιώνει να τίθεται το ενδιαφέρον προς τον ασθενή, πάνω από την φιλοδοξία του ιατρού.

Σκοπός: Σκοπός της έρευνας είναι ο προσδιορισμός των σημαντικότερων παραγόντων στην επιλογή ενός θεράποντος ιατρού. Επίσης η μελέτη της επίδρασης του δημογραφικού προφίλ στους παράγοντες επιλογής του θεράποντος ιατρού.

Μεθοδολογία: Πραγματοποιήθηκε μία ποσοτική έρευνα, πρωτογενής, περιγραφική και συσχέτισης με χρήση πρωτότυπου ερωτηματολογίου κλίμακας Likert. Στην έρευνα συμμετείχαν 106 συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία τους Έλληνες, άνω των 35 ετών, υψηλού μορφωτικού επιπέδου ΑΕΙ-ΤΕΙ ή μεταπτυχιακής εξειδίκευσης, με μηνιαίο εισόδημα έως 1500 ευρώ, που διαμένουν σε αστική περιοχή που έχουν ασφαλιστικό ταμείο, χωρίς ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικοί έλεγχοι independent samples t-test, ANOVA και οι μη παραμετρικοί Mann Whitney, Kruskal Wallis σε στάθμη σημαντικότητας 5%. Πέντε από τους οχτώ

παράγοντες είχαν αξιοπιστία μεγαλύτερη ή ίση από 0,736 και μόνο ένας κάτω από 0,6. Ο παράγοντας «Εξυπηρέτηση» είχε αξιοπιστία 0,609 και οι «Επιστημονικές δεξιότητες» 0,612. Τηρήθηκαν τα απαραίτητα ηθικά ζητήματα.

Αποτελέσματα: Οι παράγοντες επιλογής θεράποντος ιατρού επηρεάστηκαν από το φύλο ($p \leq 0,023$), την ηλικία ($p = 0,015$), την οικογενειακή κατάσταση ($p = 0,010$), την επαγγελματική κατάσταση ($p \leq 0,015$), το μηναίο εισόδημα ($p = 0,011$), την περιοχή διαμονής ($p \leq 0,033$), το ασφαλιστικό ταμείο ($p = 0,005$) και την ασφάλεια υγείας ($p \leq 0,032$).

Συμπεράσματα: Σημαντικότεροι παράγοντες επιλογής θεράποντος ιατρού αναδείχτηκαν η κοινωνική ευθύνη, η υποδομή του ιατρείου, η διαπροσωπική επικοινωνία με τους ασθενείς, η σύσταση από ιατρό και η επιστημονική δεξιότητα. Οι γυναίκες τόνισαν την προβολή και την υποδομή του ιατρείου, τις επιστημονικές δεξιότητες, την διαπροσωπική επικοινωνία και την κοινωνική ευθύνη του ιατρού. Τα νεότερα ηλικιακά άτομα 18-25 ετών, οι ανασφάλιστοι, οι άνεργοι και οι συμμετέχοντες με μισθό έως 500 ευρώ, έδωσαν έμφαση στην εξυπηρέτηση του ιατρείου. Οι διαζευγμένοι προτιμούν να επιλέξουν ιατρό από σύσταση συναδέλφου ιατρού, ενώ οι άνεργοι προτιμούν περισσότερο τις συστάσεις από συγγενείς και φίλους. Οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι συνταξιούχοι έδωσαν μεγαλύτερη βαρύτητα στην εξυπηρέτηση σε σύγκριση με τους δημόσιους υπαλλήλους. Στις ημιαστικές περιοχές δόθηκε μεγαλύτερη βαρύτητα στην εξυπηρέτηση του ιατρείου και λιγότερο στην υποδομή του. Οι συμμετέχοντες που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, προτιμούν να επιλέγουν ιατρό με βάση τις συστάσεις.

Λέξεις-κλειδιά: επαγγελματισμός, επάγγελμα, ιατρική, φροντίδα υγείας.

Abstract

Introduction: Medical professionalism is undoubtedly a complex concept. For this reason, even the scientists who dealt with its definition, made an effort to present its characteristics rather than giving a unique definition that will be accepted worldwide. Medical professionalism includes a set of attitudes and behaviors. Providing specialized knowledge in health care issues, claims to put the interest in patient's health, above doctor's ambition.

Aim: The aim of the research is to identify the most important factors in choosing a treating doctor. Also, to study of the effect of the demographic profile on the selection factors of a treating doctor.

Methodology: A quantitative, primary, descriptive and correlational survey was conducted using an original Likert scale questionnaire. The survey involved 106 participants, most of them Greeks, over 35 years old, with a high level of education at the university or postgraduate specialization, with a monthly income of up to 1500 euros, living in an urban area, with insurance fund, without private health insurance. The parametric independent samples t-test, ANOVA and the non-parametric Mann Whitney, Kruskal Wallis were used at a significance level of 5%. Five of the eight factors had a reliability greater than or equal to 0.736 and only one below 0.6. The "Service" factor had a reliability of 0.609 and the "Scientific Skills" a 0.612. The necessary ethical issues were accomplished.

Results: Doctor selection factors were influenced by gender ($p \leq 0,023$), age ($p = 0.015$), marital status ($p = 0.010$), employment status ($p \leq 0,015$), monthly income ($p = 0.011$), the area of residence ($p \leq 0,033$), the insurance fund ($p = 0,005$) and health insurance ($p \leq 0,032$).

Conclusions: The most important factors in choosing a treating doctor were social responsibility, the infrastructure of the doctor office, the interpersonal communication with patients, the recommendation by a doctor and the scientific skills. The women emphasized the promotion and the infrastructure of the doctor's office, the scientific skills, the interpersonal communication and the social responsibility of the doctor. The youngest people aged 18-25, the uninsured, the unemployed and the participants with a salary of up to 500 euros, emphasized the service of the doctor's office. Divorced prefer to choose a doctor on the recommendation of a fellow doctor, while the unemployed prefer the recommendations of relatives and friends. Freelancers and retirees gave more importance to service compared to civil servants. In the semi-urban areas, more emphasis was given to the service of the doctor's office and less to its infrastructure of the doctor office. Participants who do not have private health insurance prefer to choose a doctor based on the recommendations.

Key words: professionalism, profession, medicine, health care.

Περιεχόμενα

Πρόλογος-ευχαριστίες	2
Περίληψη	3
Abstract	4
Περιεχόμενα.....	6
1. Κεφάλαιο: Επαγγελματισμός στην ιατρική	8
1.1. Βασικές αρχές επαγγελματισμού	8
1.2. Οπτικές επαγγελματισμού –Στάσεις και συμπεριφορές	9
1.2.1. Ο επαγγελματισμός από την πλευρά του ιατρού	9
1.2.2. Ο επαγγελματισμός από την πλευρά του ασθενούς.....	13
2. Κεφάλαιο: Η ικανοποίηση των ασθενών.....	15
2.1. Ορισμός ικανοποίησης.....	15
2.2. Κριτήρια επιλογής επαγγελματιών υγείας	16
2.3. Εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών	17
3. Κεφάλαιο: Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	20
3.1. Ο ορισμός της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας	20
3.2. Η μέτρηση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας	21
3.2.1. Κατηγορίες Δεικτών Μέτρησης Ποιότητας.....	22
3.2.2. Δείκτες μέτρησης ποιότητας.....	25
3.3. Κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας.....	25
4. Κεφάλαιο: Η πανδημία του Covid 19.....	27
4.1. Γενικά στοιχεία	27
4.2. Η ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας στην πανδημία ως μέσο διαχείρισης κρίσεων	28
4.3. Διαχείριση προσωπικού υπηρεσιών υγείας σε επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας.....	30
5. Κεφάλαιο: Ικανοποίηση ασθενών ως παράμετρος ποιότητας μονάδων υγείας ...	33
6. Κεφάλαιο: Μεθοδολογία	39

6.1.	Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα	39
6.2.	Σχεδιασμός έρευνας	39
6.3.	Πληθυσμός-Δείγμα	40
6.4.	Ερωτηματολόγιο έρευνας.....	41
6.5.	Μέθοδοι ανάλυσης.....	42
6.6.	Ηθικά ζητήματα	43
6.7.	Αξιοπιστία δεδομένων.....	44
7.	Κεφάλαιο: Αποτελέσματα	46
7.1.	Περιγραφική Στατιστική	46
7.1.1.	Δημογραφικά στοιχεία	46
7.1.2.	Προφίλ Ιατρού	51
7.1.3.	Προβολή.....	53
7.1.4.	Συστάσεις.....	54
7.1.5.	Εξυπηρέτηση.....	55
7.1.6.	Επιστημονική Δεξιότητα	56
7.1.7.	Διαπροσωπική επικοινωνία	57
7.1.8.	Κοινωνική ευθύνη.....	58
7.1.9.	Υποδομή ιατρείου	59
7.2.	Μελέτη ερευνητικών ερωτημάτων.....	61
7.2.1.	1 ^ο ερευνητικό ερώτημα	61
7.2.2.	2 ^ο ερευνητικό ερώτημα	62
7.3.	Σύνοψη αποτελεσμάτων.....	78
8.	Κεφάλαιο: Συμπεράσματα.....	79
8.1.	Συζήτηση	79
8.2.	Περιορισμοί.....	82
8.3.	Προτάσεις.....	82
	Κατάλογος Πινάκων	83
	Κατάλογος Γραφημάτων	84
	Βιβλιογραφία	85
	Παράρτημα-Ερωτηματολόγιο.....	88

1. Κεφάλαιο: Επαγγελματισμός στην ιατρική

1.1. Βασικές αρχές επαγγελματισμού

Οι περισσότεροι ορισμοί που έχουν δοθεί για την έννοια του επαγγελματισμού στηρίζονται τόσο σε ιστορική και νομική όσο και σε κοινωνικοπολιτική βάση και σπανιότερα σε φιλοσοφική ή ηθική. Σύμφωνα με τους Χαλαζωνίτη και Τζοβάρη¹, ως επαγγελματισμός εννοείται κάθε «εξειδικευμένη αυτόνομη ή πολυεπίπεδη διεργασία μέσα σε ένα οργανισμό, που απαιτεί προκαθορισμένη μελέτη του υπό εκτέλεση έργου, καθώς και εκπαίδευση, κατανόηση και κατάκτηση της προσανατολισμένης στο αντικείμενο γνώσης αλλά και την ανάλογη πρακτική εμπειρία».

Πιο συγκεκριμένα στον χώρο της ιατρικής, το επάγγελμα ενός ιατρού κατέχει τον κυρίαρχο ρόλο, εξαιτίας της δυνατότητας και της ικανότητάς του να διαγνώσει προβλήματα υγείας και να τα θεραπεύει και γι' αυτό χαίρει μεγάλης κοινωνικής αναγνώρισης και αυτονομίας. Ο ιατρικός επαγγελματισμός αποτελεί αναμφίβολα μία πολύπλοκη έννοια. Για το λόγο αυτό ακόμα και οι θεωρητικοί που ασχολήθηκαν με τον προσδιορισμό του, κατέληξαν στη παρουσίαση των χαρακτηριστικών του παρά στο να δώσουν ένα μοναδικό ορισμό που θα είναι αποδεκτός από όλους².

Έτσι, λοιπόν, η έννοια του επαγγελματισμού αναφέρεται στις στάσεις και στα πρότυπα συμπεριφοράς, που στην ουσία αποσκοπούν στη βέλτιστη φροντίδα του εκάστοτε ασθενούς, χωρίς να εμπλέκονται οι επαγγελματικές και οι επιστημονικές φιλοδοξίες του προσωπικού υγείας. Πρόκειται δηλαδή για ένα διαμορφωμένο πλαίσιο αξιών και κανόνων που καλύπτει στο μέγιστο δυνατό τις ανάγκες του κοινωνικού συνόλου. Αξίζει εδώ να επισημανθούν οι βασικές αρχές του επαγγελματισμού στο χώρο της υγείας¹:

1. Προτεραιότητα στην φροντίδα του ασθενούς

Κάθε ιατρός οφείλει να έχει ως πρωταρχικό του μέλημα τη φροντίδα του ασθενούς του. Η ηθική ευαισθησία για την ευτυχία του ασθενούς, με στόχο την βελτίωση της

ποιότητας ζωής του, αποτελεί χαρακτηριστικό των ιατρών με έντονο το αίσθημα του αλτρουισμού και της ανιδιοτέλειας, εδραιώνοντας με αυτόν τον τρόπο την εμπιστοσύνη του ασθενούς σε αυτόν. Έτσι, ο ιατρός, απαλλαγμένος κυρίως τόσο από προσωπικά όσο και από κοινωνικά συμφέροντα, καλείται να τηρήσει τον όρκο του Ιπποκράτη, προάγοντας με το βέλτιστο δυνατό τρόπο την υγεία και την φροντίδα των ασθενών του. Αντίστοιχα, αρωγό στο λειτούργημα αυτό πρέπει να έχει τους μηχανισμούς της αγοράς, καθώς και τις κοινωνικές και διοικητικές αρχές¹.

2. Αυτονομία του ασθενούς

Δεύτερη και σημαντική, επίσης, αρχή αποτελεί η διατήρηση της αυτονομίας του ασθενούς. Η αρχή αυτή, ουσιαστικά προάγει τη συνεργασία μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενών, με σεβασμό σε θρησκευτικές και φιλοσοφικές πεποιθήσεις και στην ανάγκη των ασθενών για αυτονομία. Η προαναφερόμενη αυτονομία στηρίζεται στην πλήρη ενημέρωση του ασθενούς σχετικά με την κατάσταση της υγείας του και των ενεργειών που απαιτούνται για τη διατήρησή της¹.

3. Κοινωνική δικαιοσύνη

Τρίτη αρχή του επαγγελματισμού των επαγγελματιών υγείας αποτελεί η κοινωνική δικαιοσύνη. Η σωστή με άλλα λόγια ορθολογική κατανομή των πόρων, οι οποίοι αποδεικνύονται ανεπαρκείς σε περιόδους κρίσης, από την πλευρά της πολιτείας και η ανιδιοτελής παροχή υπηρεσιών από την πλευρά του ιατρικού προσωπικού. Έτσι, ο επαγγελματισμός αποτελεί τον ακρογωνιαίο λίθο μιας ουσιαστικής και λειτουργικής συνεργασίας μεταξύ ιατρών και κοινωνίας, με γνώμονα την παροχή ανιδιοτελούς υπηρεσίας¹.

1.2. Οπτικές επαγγελματισμού –Στάσεις και συμπεριφορές

1.2.1. Ο επαγγελματισμός από την πλευρά του ιατρού

Ο ιατρός οφείλει να αξιοποιήσει τις γνώσεις και τις δεξιότητες που απέκτησε κατά τη διάρκεια των σπουδών του, με στόχο την προάσπιση και τη διατήρηση της υγείας των ασθενών του. Όπως προαναφέρθηκε, πρόκειται για ένα κοινωνικό λειτούργημα και παράλληλα ένα βιοποριστικό επάγγελμα. Σύμφωνα με το Λεξικό του Μπαμπινιώτη, ο ορισμός του επαγγελματισμού προσδιορίζεται ως η αυστηρή προσήλωση και

συνέπεια κατά την άσκηση του επαγγέλματος (βιοποριστική απασχόληση), χωρίς συναισθηματικές ή ιδεολογικές επιρροές. Προκειμένου δε να λειτουργήσει ως θεραπευτής, οφείλει να εμπνέει αξιοπιστία και εμπιστοσύνη στον ασθενή, δημιουργώντας μια σχέση κατανόησης και εμπιστοσύνης για την καλύτερη δυνατή έκβαση της θεραπευτικής διαδικασίας.

Η Ευρωπαϊκή Εταιρεία Εσωτερικής Ιατρικής, το Αμερικανικό Κολλέγιο Ιατρών, η Αμερικανική Εταιρεία Εσωτερικής Ιατρικής και το Αμερικανικό Συμβούλιο Εσωτερικής Ιατρικής, προσδιόρισαν το 1999 δέκα βασικούς κανόνες, οι οποίοι αφορούν στις υποχρεώσεις και απαιτήσεις των ιατρών. Το πλαίσιο αυτό συνοψίζεται στους παρακάτω κανόνες¹:

Κανόνας 1:

Η δια βίου μάθηση και η διαρκής αναβάθμιση των γνώσεων στο γνωστικό του αντικείμενο αποτελούν τον πρώτο κανόνα των υποχρεώσεων και απαιτήσεων των ιατρών, με σκοπό την επαγγελματική τους ανάπτυξη και εξέλιξη. Ο ιατρός οφείλει να διατηρεί να ανανεώνει και να ενισχύει τις υπάρχουσες γνώσεις του, καθώς και τις δεξιότητες, με τη συμμετοχή του σε συνέδρια για την ενημέρωση σε νέες τεχνολογίες και πρακτικές που θα ενισχύσουν την άσκηση του επαγγέλματός τους, παρέχοντας εξειδικευμένη και σύγχρονη θεραπεία στους ασθενείς τους. Αντιστοίχως, οι κρατικοί φορείς οφείλουν να δημιουργούν τις προϋποθέσεις για συμμετοχή σε διαδικασίες δια βίου μάθησης, να ενισχύουν και να προάγουν αυτό το έργο με σκοπό την παροχή υψηλής ποιότητας ιατρικών υπηρεσιών.

Κανόνας 2:

Ο δεύτερος κανόνας αφορά στην πλήρη ενημέρωση του ασθενούς τόσο για την κατάσταση της υγείας του όσο και για τις ιατρικές πράξεις που θα λάβουν χώρα για τη διατήρηση ή αποκατάστασή της. Η αναλυτική ενημέρωση με υψηλό αίσθημα υπευθυνότητας, η αποφυγή δυσνόητων ιατρικών όρων που μόνο άγχος προσφέρουν στον ασθενή, για τις συνέπειες ή τις πιθανές επιπλοκές από την προτεινόμενη ιατρική πράξη και τέλος η συναίνεση του ασθενή για την ιατρική πράξη, κρίνεται αναγκαία, στα πλαίσια της ουσιαστικής συνεργασίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς. Η ύπαρξη δε μιας βάσης δεδομένων με την καταγραφή όλων των πιθανών επιπλοκών και σφαλμάτων του παρελθόντος, θα αποτελούσε σημαντική παράμετρο στην αποφυγή παρόμοιων περιστατικών στο μέλλον. Με άλλα λόγια, η ειλικρίνεια, η ακεραιότητα

και η εντιμότητα προς τους ασθενείς αποτελεί βασικό κανόνα των υποχρεώσεων των ιατρών.

Κανόνας 3:

Απαράβατη συνθήκη επίσης θα πρέπει να αποτελεί η εμπιστευτικότητα και η αυστηρή τήρηση και διαφύλαξη του ιατρικού απορρήτου, η οποία προβλέπεται από τον Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας. Ειδικά στις μέρες μας, με την αλματώδη ανάπτυξη και διάδοση της πληροφορικής, κρίνεται αναγκαία και αναπόδραστη η διατήρηση της συνθήκης αυτής για την προστασία των ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και αποφυγή κοινωνικού στιγματισμού .

Κανόνας 4:

Η διαπροσωπική σχέση μεταξύ ιατρού και ασθενούς θα πρέπει να διατηρείται αυστηρά σε επαγγελματικό πλαίσιο. Το ηθικό πλαίσιο της παραπάνω συνθήκης, αποτελεί ουσιαστικό κανόνα για την αποφυγή καταστάσεων όπως ο οικονομικός εκβιασμός και η σεξουαλική παρενόχληση, που προσβάλλουν την προσωπικότητα του ασθενούς και δρουν ανασταλτικά στην διατήρηση του πολυτιμότερου αγαθού, την υγεία.

Κανόνας 5:

Ο πέμπτος κανόνας αφορά στην αδιάλειπτη βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης προς όφελος των ασθενών. Φυσικά, με τον όρο υγειονομική περίθαλψη εννοείται τόσο η επάρκεια της κλινικής τους ικανότητας όσο και η δυνατότητα συνεργασίας αυτών με άλλους επαγγελματίες υγείας. Πρωταρχικό μέλημα παραμένει η αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων, η ασφάλεια των ασθενών και η ορθολογική χρήση και διαχείριση των πόρων που παρέχονται στους χώρους φροντίδας της υγείας.

Κανόνας 6:

Η δίκαιη κατανομή των παροχών περίθαλψης σε γεωγραφικό και κοινωνικό πλαίσιο αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι των υποχρεώσεων των επαγγελματιών υγείας. Ο ιατρός οφείλει να υπερπηδήσει και να αντιμετωπίσει τα εμπόδια που πιθανότατα προκύψουν, έτσι ώστε όλοι οι ασθενείς να δικαιούνται ισότιμη πρόσβαση στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Κανόνας 7:

Τον έβδομο κανόνα διέπει η αρχή της ορθής χρήσης και διαχείρισης των πόρων και εξοπλισμών που διαθέτει ο επαγγελματίας υγείας. Με γνώμονα τις ανάγκες των ασθενών που προκύπτουν, οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να χρησιμοποιούν με σύνεση τη διαθέσιμη τεχνολογία και εξοπλισμό υγείας. Άσκοπες εφαρμογές και ανεξέλεγκτες χρήσεις δοκιμών θα πρέπει να αποφεύγονται και να αποτρέπονται.

Κανόνας 8:

Η αξιοπιστία και η δέσμευση των επαγγελματιών υγείας στην άσκηση του επαγγέλματός τους, βασισμένη τόσο στην εμπειρία όσο και στην εμπειριστατωμένη τους επιστημονική γνώση και ικανότητα.

Κανόνας 9:

Η εξάλειψη και η αποφυγή συγκρουόμενων συμφερόντων από την πλευρά των ιατρών, που ενδεχομένως θα παρουσιαστούν κατά την άσκηση των καθηκόντων τους.

Κανόνας 10:

Τέλος, η προσήλωση και η δέσμευση των ιατρών στα υγειονομικά τους καθήκοντα, με σεβασμό στον ασθενή και τους συναδέλφους τους, αποτελεί αναπόσπαστο κομμάτι και υποχρέωσή τους στη βέλτιστη εφαρμογή του κοινωνικού τους λειτουργήματος.

Συμπερασματικά, λοιπόν, αντιλαμβάνεται κανείς πως το επάγγελμα του ιατρού έχει έντονη πίεση, υπευθυνότητα και αυξημένες υποχρεώσεις προς το κοινωνικό σύνολο. Στις αρετές των ιατρών συγκαταλέγονται επίσης ο αλτρουισμός, η τιμιότητα, η αγαθοεργία, η αυτογνωσία, η αυταπάρνηση, το κουράγιο, η συμπόνια και η αξιοπρέπεια¹. Η ηθική διάσταση στην εφαρμογή του επαγγέλματος αυτού σε ένα τόσο σημαντικό και άκρως απαραίτητο αγαθό, όπως η υγεία, δημιουργεί αυξημένες υποχρεώσεις, παρά τα προνόμια που ο ιατρός κατέχει. Τα προνόμια αυτά είναι κυρίως το κύρος, η κοινωνική αναγνώριση και πολλές φορές οι υψηλές οικονομικές απολαβές.

Έτσι, λοιπόν, οι ιατροί πρέπει να μεταβιβάζουν της εξειδικευμένη τους γνώση και εμπειρία στους νέους τους συναδέλφους τους, και συγχρόνως να ενημερώνουν με επάρκεια και αλτρουισμό τους ασθενείς τους³. Εξέχουσας σημασίας αποτελούν οι σχέσεις μεταξύ ιατρών και ιατρικής βιομηχανίας. Αποτελεί πλέον κοινό τόπο η

χρηματοδότηση της έρευνας στον τομέα της ιατρικής από φαρμακευτικές εταιρείες και εταιρείες ιατρικού εξοπλισμού και η επιρροή που αυτές ασκούν στην εφαρμογή της ιατρικής⁴.

Ο Αμερικανικός Ιατρικός Σύλλογος έχει εκδώσει οδηγία σχετικά με την αποδοχή βοήθειας των ιατρών από τη πλευρά των εταιρειών. Με βάση την οδηγία, οι επαγγελματίες ιατροί πρέπει¹:

1. Να είναι ακέραιοι και ηθικοί.
2. Να λειτουργούν με αυταπάρνηση βάζοντας το συμφέρον των ασθενών υπεράνω του δικού τους.
3. Να λειτουργούν με υπευθυνότητα.
4. Να υπηρετούν το κοινωνικό σύνολο.
5. Να εγκαθιδρύουν μηχανισμούς που να διασφαλίζουν την εκπαίδευσή τους.
6. Να υποστηρίζονται μέσα από επαγγελματικές οργανώσεις και επιστημονικούς συλλόγους.

1.2.2. Ο επαγγελματισμός από την πλευρά του ασθενούς

Όλα όσα προαναφέρθηκαν σχετικά με τον ιατρικό επαγγελματισμό συντελούν στην αύξηση των απαιτήσεων από την πλευρά των ασθενών, γεγονός που ενισχύεται από την εξέλιξη της τεχνολογίας και της πληροφορικής, από τα προβλήματα στη διάθεση πόρων από τους κρατικούς μηχανισμούς, από την αλλαγή της αγοραστικής δύναμης και φυσικά από την παγκοσμιοποίηση.

Έτσι, λοιπόν, το ιατρικό μοντέλο έχει αλλάξει μορφή και από πατερναλιστικό, όπου ο ιατρός αποφασίζει τη θεραπευτική διαδικασία χωρίς τη συμμετοχή του ασθενούς, μετατοπίστηκε σε ένα πιο ανθρωποκεντρικό μοντέλο, σε σχέση με το παρελθόν. Η ενεργός συμμετοχή του ασθενούς στο σχεδιασμό και στη λήψη από κοινού αποφάσεων για τη θεραπευτική διαδικασία ενισχύει το αίσθημα ατομικής ευθύνης του ασθενούς. Εξάλλου, η σχέση μεταξύ ασθενούς και ιατρού έχει ουσιαστική σημασία για τον ασθενή, με τον τελευταίο να τοποθετεί την εμπιστοσύνη προς το πρόσωπο του ιατρού – τόσο από πλευράς γνώσεων όσο και πλευράς διαθεσιμότητας σε ιατρικό εξοπλισμό- καθοριστική στην διαδικασία της θεραπείας του⁵.

Επιπροσθέτως, συμπεριφορές του παρελθόντος όπως η υπεροχή της ιατρικής γνώσης έχει στις ημέρες μας περιοριστεί σε μεγάλο βαθμό. Η συχνή κριτική και αμφισβήτηση της ιατρικής αυθεντίας που ασκείται στους ιατρούς αποτελεί πλέον γεγονός και εν μέρει οφείλεται στην εκτεταμένη χρήση και εύκολη πρόσβαση στο Διαδίκτυο, με αποτέλεσμα τη διάχυση της πληροφόρησης για κάθε ιατρικό θέμα χωρίς γνωσιακό και κριτικό υπόβαθρο.

2. Κεφάλαιο: Η ικανοποίηση των ασθενών

2.1. Ορισμός ικανοποίησης

Αναφερόμενοι στην ικανοποίηση των ασθενών, εύκολα κανείς μπορεί να αντιληφθεί την ευρύτερη έννοιά της. Ωστόσο, αν και αρκετές προσπάθειες έγιναν για την αποσαφήνιση του όρου αυτού, δεν υπάρχει ακόμα ένας κοινός αποδεκτός όρος⁶. Στη συνέχεια θα παρουσιαστούν κάποιες από τις σημαντικότερες προσπάθειες που έγιναν για την αποσαφήνιση και ερμηνεία του όρου αυτού.

Ο Donabedian⁷, τόνισε πως η ικανοποίηση του ασθενούς αφορά στοιχεία της ποιότητας φροντίδας, όπου είναι αλληλένδετα με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Λίγα χρόνια αργότερα, ο Pascoe⁸ υποστήριξε πως ικανοποίηση του ασθενούς αφορά την αντίδραση του σε σχέση με τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα της εμπειρίας του, από την λήψη των υπηρεσιών υγείας. Επίσης, ο Smith⁹, θεωρεί πως η ικανοποίηση ενός ασθενούς είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με τις ανάγκες, τις επιθυμίες, τις προσδοκίες και τις εμπειρίες του εκάστοτε ασθενούς από την υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνει.

Σύμφωνοι με την παραπάνω θεωρία είναι και οι Sitzia και Wood¹⁰, οι οποίοι διευκρινίζουν πως η ικανοποίηση αντανακλά τη γνωστική κατάσταση που προκαλεί στο ασθενή η λήψη της υπηρεσίας, και είναι αλληλένδετη με τις εμπειρίες και προσδοκίες που το άτομο έχει βιώσει στο παρελθόν. Επιπλέον, ο Vuori¹¹ θεωρεί την ικανοποίηση του ασθενούς ως το αποτέλεσμα της ποιότητας της φροντίδας υγείας που έχει δεχτεί. Επομένως, η άποψη του ασθενούς αποτελεί γι' αυτόν σημαντικό δείκτη ποιότητας φροντίδας. Επίσης, ο Donabedian⁷ τόνισε την σύνδεση της ικανοποίησης των ασθενών με παραμέτρους όπως οι προηγούμενες εμπειρίες, οι πληροφορίες που προέρχονται από τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και η εξέλιξη της αρρώστιας η οποία επηρεάζει τις προσδοκίες των ασθενών.

Ο όρος της ικανοποίησης των ασθενών εστιάζει στο βαθμό που οι ασθενείς δηλώνουν ευχαριστημένοι από τη θεραπεία που λαμβάνουν, τη διαπροσωπική τους σχέση με τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και από τις διαθέσιμες παροχές του συστήματος υγείας¹². Σύμφωνα με έναν άλλο ορισμό, αφορά το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων των ασθενών στα ερεθίσματα που δέχονται από το περιβάλλον της

φροντίδας πριν, κατά τη διάρκεια και μετά τη χρήση συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης¹³.

Σε οποιαδήποτε προσπάθεια παροχής υψηλού επιπέδου υγείας, οι προσδοκίες των ασθενών πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των ιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού. Η συνεργασία μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας αποτελεί ορόσημο στη διαδικασία επίτευξης του βέλτιστης παροχής φροντίδας υγείας⁶. Το γεγονός αυτό πιστοποιείται και από τη διάθεση συνεργασίας, εμπιστοσύνης και αποδοχής από την πλευρά των ασθενών προς τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς, με άλλα λόγια, φαίνονται να είναι πιο συνεργάσιμοι και να εμπιστεύονται τις παροχές υγειονομικής περίθαλψης στις περιπτώσεις που είναι ικανοποιημένοι και που συμμετέχουν ενεργά στις διαδικασίες φροντίδας τους. Ωστόσο, το τελευταίο γεγονός μπορεί να δρα και ανασταλτικά στην επίτευξη του βέλτιστου αποτελέσματος, αφού οι τελευταίοι δεν έχουν εξειδικευμένη γνώση και εύκολα επηρεάζονται από μη ιατρικούς παράγοντες^{14,15}.

Η σύνδεση, λοιπόν, της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να μην είναι ταυτόσημες, αλλά είναι άρρηκτα συνδεδεμένες μεταξύ τους. Η ποιότητα της φροντίδας δεν καθορίζεται μόνο από το βέλτιστο επίπεδο υγείας που μπορεί να επιτευχθεί, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς, που πλέον αποτελεί κοινώς αποδεκτό μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Επομένως, πρωταρχικό ρόλο στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας έχουν οι ασθενείς¹⁴.

2.2. Κριτήρια επιλογής επαγγελματιών υγείας

Τα κριτήρια με τα οποία οι ασθενείς επιλέγουν τους επαγγελματίες υγείας είναι αλληλένδετα με τα χαρακτηριστικά εκείνα τόσο του προσωπικού όσο και των δομών των υπηρεσιών υγείας που θα τους προσφέρουν την καλύτερη ποιότητα υγειονομικής περίθαλψης. Τα χαρακτηριστικά αυτά συνοψίζονται ως εξής¹⁶:

- ✓ Αποτελεσματικότητα (effectiveness)
- ✓ Αποδοτικότητα (efficiency)
- ✓ Τεχνική ικανότητα (technical competence)
- ✓ Ασφάλεια (safety)

- ✓ Προσβασιμότητα των υπηρεσιών (accessibility)
- ✓ Ανάπτυξη των υπηρεσιών με επίκεντρο τον ασθενή (patient-centered health care)
- ✓ Συνέχεια της φροντίδας (continuity)
- ✓ Διαπροσωπικές σχέσεις (interpersonal relations).

Πιο συγκεκριμένα, σημαντικό ρόλο στην επιλογή επαγγελματιών υγείας από την πλευρά του ασθενούς αποτελεί το αίσθημα σωματικής και ψυχικής ασφάλειας που βιώνει. Άλλο ένα σημαντικό κριτήριο στην επιλογή των επαγγελματιών υγείας είναι η προσβασιμότητα του ασθενούς στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Πολλοί ασθενείς φαίνεται να προτιμούν συστήματα υγείας (νοσοκομεία, ιατρεία) κοντά στον τόπο διαμονής τους ή στο χώρο εργασίας τους, κάνοντας την πρόσβασή τους σε αυτά εύκολη και εφικτή. Ο ευρύτερος όρος της προσβασιμότητας των υπηρεσιών περιλαμβάνει τόσο οικονομική, όσο και κοινωνική διάσταση.

Επιπλέον, κριτήρια από την πλευρά του ασθενούς αποτελούν η φροντίδα και ο σεβασμός που βιώνουν από τους επαγγελματίες υγείας, καθώς και η επανεξέταση και επανεκτίμησή τους σε περιπτώσεις που κρίνεται απαραίτητο, ενισχύοντας το αίσθημα ασφάλειας και εμπιστοσύνης προς το πρόσωπό τους. Εξάλλου, η επικοινωνία, η διαπροσωπική σχέση μεταξύ ασθενούς και επαγγελματιών υγείας, καθώς και η ενσυναίσθηση από την πλευρά του ιατρού, φαίνεται να αποτελεί καθοριστικό παράγοντα και βασική προϋπόθεση στη διασφάλιση μιας ουσιαστικής συνεργασίας με αμφότερο σεβασμό, με αποτέλεσμα την ενίσχυση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας¹⁶.

2.3. Εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα μέτρο αντίληψης της απόδοσης των συστημάτων υγείας¹⁷. Η μέτρηση της ικανοποίησης πραγματοποιείται με τη μελέτη παραμέτρων όπως η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των υποδομών^{18,19}.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από²⁰: α) το επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών, β) τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία, γ) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και δ) τα ψυχοκοινωνικά

χαρακτηριστικά τους. Επομένως, βασικό εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησής τους αποτελεί στην ουσία ο προσδιορισμός των προσδοκιών των ασθενών, μέσω της αξιολόγησης τόσο διοικητικών όσο και κλινικών διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα στα συστήματα φροντίδας²¹.

Η μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών ως μέθοδος μέτρησης της ποιότητας αμφισβητείται. Έτσι, αυτές προσεγγίσεις θεωρούνται από κάποιους μελετητές άτοπες και επίφοβες, δεδομένου ότι οι ασθενείς δεν έχουν γνώσεις για να αξιολογήσουν την καταλληλότητα του εξοπλισμού και την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας. Επιπροσθέτως, οι ασθενείς επηρεάζονται από τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας¹⁷.

Στον αντίποδα άλλοι ερευνητές²² υποστηρίζουν πως οι ασθενείς μπορούν να έχουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της ποιότητας των συστημάτων υγείας, μέσω του εντοπισμού των αξιών που πρέπει να συσχετίζονται με διαφορετικά αποτελέσματα. Το γεγονός πως δεν κατέχουν εξειδικευμένες γνώσεις πάνω στην ιατρική δεν τους καθιστά ανεπαρκείς να εκτιμήσουν τη σημαντικότητα της ποιότητας των συστημάτων υγείας. Σύμφωνα με τους υποστηρικτές της μέτρησης της ποιότητας των συστημάτων υγείας, η συμμόρφωση στο θεραπευτικό πρόγραμμα εξαρτάται από την ικανοποίηση του ασθενούς. Επίσης, η αλληλεπίδραση μεταξύ ασθενούς και ιατρού μπορεί να λειτουργήσει ευεργετικά και ως προς το αποτέλεσμα της θεραπείας, γνωστό και ως φαινόμενο placebo. Επιπλέον, η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, αν και δεν αναφέρεται με άμεσο τρόπο στην ικανοποίηση των ασθενών, έχει αποτελέσει στο παρελθόν μέσο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας υγείας¹⁵.

Για να αξιοποιηθούν κατά το βέλτιστο δυνατό τρόπο οι μετρήσεις ικανοποίησης ασθενών, θα πρέπει να χαίρουν της αποδοχής των επαγγελματιών υγείας και του ευρύτερου προσωπικού του νοσοκομείου. Το εργαλείο αυτό δεν θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μέσο τιμωρίας, απειλής ή καταγγελίας, αλλά ως κινητήρια δύναμη και αφορμή για τη διαρκή βελτίωση τόσο των ίδιων όσο και των συνολικών διαδικασιών λειτουργίας του Νοσοκομείου.

Σημαντικό παράγοντα στην αποτελεσματικότητα του εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης ασθενών είναι τα αποτελέσματα που διεξάγονται από την επεξεργασία των πληροφοριών να διατίθενται σε όλες τις ομάδες εργαζομένων, με κατανοητό

τρόπο για κάθε κατηγορία προσωπικού. Επιπροσθέτως, το προσωπικό οφείλει να έχει ενεργή συμμετοχή στον εντοπισμό των αιτιών των προβλημάτων που το αφορούν και να θέτονται από κοινού οι στόχοι διόρθωσης και βελτίωσης²³.

3. Κεφάλαιο: Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

3.1. Ο ορισμός της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας

Διάφοροι ορισμοί της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας έχουν κατά καιρούς διατυπωθεί σε μια προσπάθεια κατανόησης και αποσαφήνισής τους. Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών για παράδειγμα ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση²⁴.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, ορίζει ως ποιότητα τη δυνατότητα παροχής διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων που θα υπηρετούν με το καλύτερο τρόπο τον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρικό κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής²⁴. Άξια λόγου είναι η άποψη του Donabedian⁷, ο οποίος υποστηρίζει πως η ποιότητα των συστημάτων υγείας είναι συνυφασμένη με την ικανοποίηση του ασθενούς, εκτιμώντας τα κέρδη και τις δαπάνες κατά τη διαδικασία της περίθαλψής του.

Σύμφωνα με τον Διεθνή Οργανισμό Προτύπων, ο ορισμός που χρησιμοποιείται για την ποιότητα είναι όλα τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή υπηρεσίας, που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν μια εκπεφρασμένη ανάγκη. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας επιτυγχάνεται με την παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή. Σημαντικό χαρακτηριστικό του όρου αυτού αποτελεί η ελαχιστοποίηση του κόστους τόσο προς όφελος του ασθενούς όσο και προς όφελος των συστημάτων υγείας²⁵.

Επιτακτική, λοιπόν, ανάγκη αποτελεί η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όχι μόνο για τους ασθενείς, αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας και το υπόλοιπο προσωπικό των συστημάτων φροντίδας υγείας. Η ενσωμάτωση συστημάτων ποιότητας μπορεί να προκαλέσει φόβο και ανησυχία για το αρχικό κόστος, ο οποίος πρέπει να ξεπεραστεί, από τη στιγμή που έχει διασφαλιστεί

μια σωστά οργανωμένη ροή στις διαδικασίες που θα φανερώσει την αξία του συστήματος²⁵.

3.2. Η μέτρηση της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας

Μόλις στα τέλη του 1980, το ενδιαφέρον των μελετητών υγείας άρχισε να στρέφεται στους τρόπους αξιολόγησης της ποιότητας των συστημάτων υγείας καθώς και στη σύνταξη προτύπων για τη διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών τους²⁶. Τα μέτρα αξιολόγησης που υιοθετήθηκαν με στόχο την βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αποτέλεσαν επανάσταση στον ιατρικό κλάδο²⁷.

Η μέτρηση της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης είναι σημαντική, επειδή περιγράφει πως λειτουργεί το σύστημα υγείας με απώτερο στόχο τη βελτίωση του. Είναι δηλαδή μια διαδικασία μέσω της οποίας χρησιμοποιούνται δεδομένα για να αξιολογηθεί η λειτουργικότητα των συστημάτων φροντίδας της υγείας και συγκρίνεται με αναγνωρισμένα πρότυπα ποιότητας.

Οι παράμετροι ποιότητας που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την επίτευξη του στόχου αυτού ποικίλλουν. Παραδείγματα αποτελούν οι κοινόχρηστοι χώροι, τα γραφεία των ιατρών, και η γενικότερη υποδομή του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με έρευνες²⁸, μόνο το 55% των ασθενών λαμβάνει σωστή διάγνωση και περίθαλψη μόνο στο 55% των περιπτώσεων, ενώ έντονες αντιθέσεις και διαφοροποιήσεις λαμβάνουν χώρα στην ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και στην πρόσβαση σε αυτή. Επίσης, ο τρόπος παράδοσης της υγειονομικής περίθαλψης παρουσιάζεται συχνά δύσκολος, ανοργάνωτος και χωρίς σαφές πλαίσιο, καθιστώντας τη θεραπεία των ασθενών όχι μόνο δύσκολη αλλά πολλές φορές και ακατόρθωτη.

Επιγραμματικά, αξίζει να αναφερθούμε στους τρόπους εκείνους που συντελούν στη βελτίωση των συστημάτων υγείας μέσω της μέτρησης της ποιότητας των συστημάτων αυτών. Οι τρόποι αυτοί συνοψίζονται ακολούθως²⁸:

- ✓ Πρόληψη της υπερβολικής, ελλιπούς χρήσης και της κατάχρησης των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ Προσδιορισμός και βελτιστοποίηση διαδικασιών που λαμβάνουν χώρα κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας.

- ✓ Διατήρηση των προγραμμάτων ασφάλισης υγείας και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.
- ✓ Μέτρηση και ανακατανομή των ανισοτήτων στον τρόπο παροχής της περίθαλψης και στα αποτελέσματα της και
- ✓ Συμβολή στην ενημέρωση των καταναλωτών

3.2.1. Κατηγορίες Δεικτών Μέτρησης Ποιότητας

Η ποιότητα της περίθαλψης μετράται με βάση τους παρακάτω τομείς/μέτρα⁷:

1. Μέτρα Δομής

Τα μέτρα δομής αξιολογούν τις υποδομές των υπηρεσιών υγείας, όπως για παράδειγμα τα νοσοκομεία και τα ιατρεία των ιατρών, διερευνώντας αν παρέχουν ποιοτικές υπηρεσίες υγείας. Στα παραπάνω μέτρα συμπεριλαμβάνονται: η στελέχωση των υποδομών, οι επαγγελματικές ικανότητες του προσωπικού και των επαγγελματιών υγείας, το περιβάλλον στο οποίο παρέχεται η υγεία και η διαθεσιμότητα των πόρων που έχει στην κατοχή του ο ιατρός.

Αξίζει να τονιστεί, πως συχνά, τα μέτρα δομής, χρησιμοποιούνται από τις εταιρείες ασφάλισης και τις ρυθμιστικές αρχές ως μέτρο αξιολόγησης των απαραίτητων ικανοτήτων των παρόχων για την επίτευξη υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί όπως η ύπαρξη συστήματος ηλεκτρονικής συνταγογράφησης φαρμάκων, στα εν λόγω συστήματα παροχών υγείας. Τα ίδια μέτρα χρησιμοποιούνται επιπλέον στην πιστοποίηση και στη διαπίστευση των σχεδίων υγείας και των παρόχων.

Ωστόσο, παρά το γεγονός πως τα μέτρα δομής δίνουν σημαντικές πληροφορίες αναφορικά με την ικανότητα του παρόχου, υπάρχουν και αξιοσημείωτοι περιορισμοί αυτών των μέτρων. Πιο αναλυτικά, τα μέτρα δομής έχουν ένα μόνο κομμάτι για την εικόνα της περίθαλψης. Έτσι, το γεγονός ότι ένα νοσοκομείο έχει τη δυνατότητα να εκτελεί ορισμένες λειτουργίες δεν καταγράφει αν αυτές οι λειτουργίες συμβαίνουν ή όχι, ούτε καταγράφει την επίπτωση που έχουν οι συγκεκριμένες διαδικασίες και λειτουργίες στην αποκατάσταση, θεραπεία και βελτίωση της υγείας του ασθενούς. Το γεγονός, με άλλα λόγια, ότι ένας πάροχος υγειονομικής περίθαλψης ή μία εγκατάσταση ή ένα σύστημα υγείας πληροί όλες τις απαιτήσεις ενός μέτρου δομής, δεν συνεπάγεται πως συντελεί στη βελτίωση της υγείας του ασθενούς.

2. Μέτρα Διαδικασίας

Τα μέτρα διαδικασίας χρησιμοποιούνται για να προσδιοριστεί επαρκώς η έκταση συγκεκριμένων υπηρεσιών που τα συστήματα υγείας παρέχουν σταθερά στους ασθενείς σε εναρμόνιση με τα προτεινόμενα πλαίσια που αφορούν στην φροντίδα της υγείας. Αυτά τα μέτρα συνδέονται γενικά με διαδικασίες ή θεραπείες, γνωστές για την επίδραση που έχουν στη βελτίωση της υγείας των ασθενών, δρώντας προληπτικά σε ενδεχόμενες επιπλοκές. Τα μέτρα διαδικασίας είναι χρήσιμα γιατί παρέχουν στους επαγγελματίες υγείας μια σαφή ανατροφοδότηση κατά τη διαδικασία βελτίωσή τους. Ωστόσο, η υπερβολική εστίαση στην παρακολούθηση της απόδοσης μπορεί να δράσει ανασταλτικά για διάφορους λόγους²⁹.

Δυστυχώς, τα μέτρα διαδικασίας δεν είναι διαθέσιμα για πολλούς βασικούς τομείς φροντίδας και αυτά που επικρατούν εστιάζουν στην πρόληψη και τη διαχείριση χρόνιων συνθηκών. Αυτό, ενδεχομένως, να είναι δυνατό να αποσπάσει την προσοχή από άλλες σημαντικές πτυχές της υγείας που είναι πιο δύσκολο να μετρηθούν. Η μέτρηση της ποιότητας αποτελεί ένα δύσκολο εγχείρημα σε περιπτώσεις ομαδικής συνεννόησης και εργασίας.

Τέλος, σχετικά με τα μέτρα διαδικασίας, αυτά μπορεί να μην καταγράφουν την πραγματική ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Για παράδειγμα, σε περίπτωση που ένα μέτρο μελετά το ποσοστό των ασθενών που, ενώ καπνίζουν, ενημερώθηκαν και έλαβαν συμβουλές διακοπής του καπνίσματος, θα καταλήξει στα ίδια αποτελέσματα είτε η συμβουλή ήταν μια σύντομη προτροπή για διακοπή του καπνίσματος είτε ήταν μια συνομιλία με τον ασθενή σχετικά με τα εμπόδια που αντιμετωπίζει όταν προσπαθεί να σταματήσει και τη διαθεσιμότητα των υποστηρικτικών τρόπων για να σταματήσει το κάπνισμα.

3. Μέτρα Έκβασης

Τα μέτρα έκβασης αξιολογούν την υγεία των ασθενών ως απόρροια της φροντίδας που έλαβαν στο παρελθόν. Στην ουσία, τα μέτρα επικεντρώνονται στις επιπτώσεις που είχε η φροντίδα στην υγεία των ασθενών, την κατάσταση της υγείας τους και τη λειτουργία τους.

Μελετούν και διερευνούν, επιπλέον, το κατά πόσο οι στόχοι της παροχής υψηλής ποιότητας υγείας ήταν αποτελεσματικοί. Οι ασθενείς στην τελική επικεντρώνουν το

ενδιαφέρον τους στη θεραπεία, στην αποκατάσταση και στην επιβίωσή τους και όχι στις κλινικές διαδικασίες που υποστηρίζουν αυτά τα αποτελέσματα.

Αναφερόμενοι στα μέτρα έκβασης, αυτά αποτελούνται από τα παραδοσιακά μέτρα επιβίωσης (θνησιμότητα), επίπτωσης της ασθένειας (νοσηρότητα) και θέματα υγείας που αφορούν στην ποιότητα ζωής. Τα μέτρα αυτά, παρά το γεγονός ότι δίνουν πληροφορίες σχετικά με το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από τα συστήματα φροντίδας υγείας, δεν αξιολογούν την ολιστική έκταση της εμπειρίας του ασθενούς. Παρόλο που τα αποτελέσματα είναι εξέχουσας σημασίας τόσο για τους ασθενείς όσο και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, η χρησιμότητά τους περιορίζεται αφού συμβαίνει η ανάπτυξη μέτρων έκβασης που να έχουν πραγματικά νόημα, να είναι δύσκολη ή ανέφικτη.

Οι κυριότερες προκλήσεις για την ανάπτυξη κατάλληλων μέτρων έκβασης περιλαμβάνουν τη μέτρηση έκβασης, που απαιτεί λεπτομερή στοιχεία διαθέσιμα μόνο σε ιατρικά αρχεία, καθώς και τη συγκέντρωση μιας μεγάλης βάσης δεδομένων για την παροχή χρήσιμων πληροφοριών σχετικά με ένα συγκεκριμένο αποτέλεσμα, που συνήθως είναι οικονομικά ασύμφορο²⁹.

4. Μέτρα Εμπειρίας ασθενούς

Τα μέτρα εμπειρίας των ασθενών παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τις εμπειρίες των ασθενών κατά τη διάρκεια της θεραπείας τους από τα συστήματα υγείας. Οι ασθενείς, ωστόσο, αξιολογούν πολλές πτυχές της περίθαλψης, που συνδέονται όχι μόνο από την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη ιατρική περίθαλψη, αλλά και με υπηρεσίες που σχετίζονται με την πρόσβαση σε πληροφορίες και οδηγίες που δίνουν οι ιατροί, με την ενημέρωσή τους για την έκβαση της υγείας τους, με την διαθεσιμότητα σε ραντεβού για επείγοντα περιστατικά³⁰.

Βάσει ερευνών, οι θετικές εμπειρίες των ασθενών έχουν μια στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα από τις υπηρεσίες υγείας. Οι ασθενείς με καλύτερη εμπειρία φροντίδας διαθέτουν περισσότερο χρόνο στη φροντίδα της υγείας τους, είναι οργανωμένοι, αφοσιωμένοι και συνεργάσιμοι στις ιατρικές οδηγίες²⁸.

Αξίζει να αναφερθεί ότι καμιά κατηγορία-μέτρο δεν μπορεί από μόνη της να δώσει αντιπροσωπευτική εικόνα για τον τρόπο που παρέχεται η υγεία. Αντιθέτως, κάθε

κατηγορία εκπροσωπεί ένα βασικό κομμάτι των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, για παράδειγμα, ο όρος δομή συμπεριλαμβάνει τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τους υλικούς και ανθρώπινους πόρους, καθώς, επίσης και την εκπαίδευση των εργαζομένων. Η δομή αποτελεί μεν μια μετρούμενη διάσταση της ποιότητας, αλλά από μόνη της δεν επαρκεί για την παροχή της βέλτιστης φροντίδας υγείας. Με άλλα λόγια δεν αποτελεί ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης.

3.2.2. Δείκτες μέτρησης ποιότητας

Για να επιτευχθεί η αξιολόγηση της ποιότητας των συστημάτων υγείας, χρησιμοποιούνται κάποιοι δείκτες μέτρησης που στηρίζονται σε δεδομένα και κατευθύνσεις από διεθνείς και εγχώριους οργανισμούς, όπως είναι οι ακόλουθοι³¹:

- ✓ International Working Group on Quality indicators: που συγκεντρώνει στοιχεία για την αποδοτικότητα των συστημάτων φροντίδας υγείας του Καναδά, της Αυστραλίας, της Νέας Ζηλανδίας, του Ηνωμένου Βασιλείου και των Η.Π.Α.
- ✓ Health Care Quality Indicators Project of OECD: που μελετά την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στις εξής χώρες: Αυστραλία, Καναδάς, Δανία, Ολλανδία, Μεγάλη Βρετανία και Η.Π.Α.
- ✓ Hospital Data Project of Europe
- ✓ Άλλοι επιστημονικοί φορείς όπως οι BASYS, CEPSTINSTEAD, CREDES, IGSS

3.3. Κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας

Η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας αποσκοπεί στη βελτίωση της ποιότητας, περιλαμβάνοντας τα εξής στάδια³²:

1. Μέτρηση ποιότητας
2. Διασφάλιση ποιότητας
3. Συνεχή βελτίωση ποιότητας

Σχετικά με τον τρόπο αξιολόγησης της ποιότητας, οι διαφοροποιήσεις επικεντρώνονται στο ότι δεν αρκεί μόνο η επίτευξη ενός σταθερού επιπέδου ποιότητας των συστημάτων υγείας υπηρεσιών, αλλά η αδιάλειπτη βελτίωση της ποιότητας, διότι το προϊόν αφορά το πολυτιμότερο αγαθό, την υγεία. Με άλλα λόγια δεν είναι επιθυμητή απλώς η μείωση των λαθών, αλλά η εκμηδένισή τους.

Φυσικά, στο εγχείρημα αυτό παρουσιάζονται αρκετά εμπόδια, με κυριότερα αυτά που προκύπτουν κατά τη διαδικασία θέσπισης αξιόπιστων κριτηρίων μέτρησης της ποιότητας της περίθαλψης των συστημάτων υγείας, αλλά και των αποτελεσμάτων που διεξάγονται. Έτσι, για παράδειγμα, ο θάνατος του ασθενούς δεν αποτελεί κριτήριο κακής παροχής φροντίδας. Επειδή, ωστόσο, ένα ανθρώπινο λάθος, έχει άμεση επίδραση στην υγεία, η εφαρμογή του ιατρικού ελέγχου θα μπορούσε να φωτίσει σημαντικά θέματα στην παροχή υπηρεσιών υγείας, από ένα ιατρό ή ένα νοσοκομείο³³.

Απαραίτητο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αποτελούν τα κριτήρια που πρέπει να θεσπισθούν από την πολιτεία. Τα κριτήρια αυτά είναι³⁴:

- ✓ Δομικά, για να κριθεί η επάρκεια και καταλληλότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και των ανθρώπινων πόρων
- ✓ Διαδικαστικά, για την αξιολόγηση των διαδικασιών παροχής υγειονομικής φροντίδας
- ✓ Αξιολογικά, με εφαρμογή στην αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της υγειονομικής φροντίδας

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας έγκειται στην ορθή χρήση αξιόπιστων στοιχείων. Τα στοιχεία αυτά θα πρέπει να συγκεντρώνονται και να ομαδοποιούνται ώστε να υπάρχει η δυνατότητα εξαγωγής χρήσιμων συμπερασμάτων, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των συστημάτων φροντίδας.

Η αδυναμία αξιολόγησης σε ένα ενιαίο σύστημα οφείλεται κυρίως στο γεγονός πως δεν έχουν καθορισθεί ούτε σαφείς μέθοδοι μέτρησης της ποιότητας των συστημάτων φροντίδας της υγείας ούτε και τρόποι παροχής φροντίδας. Τα μοναδικά διαθέσιμα στοιχεία αφορούν πιθανά σφάλματα που έλαβαν χώρα κατά τη διαδικασία της περίθαλψης του ασθενούς και όχι το βαθμό ικανοποίησής του κατά τη διαδικασία εξυπηρέτησής του σε όλα τα στάδια³⁵.

4. Κεφάλαιο: Η πανδημία του Covid 19

4.1. Γενικά στοιχεία

Γενικά, ο όρος κρίση αναφέρεται σε ένα αιφνίδιο και απρογραμμάτιστο γεγονός, στο οποίο οι ανάγκες της πληγείσας κοινότητας υπερτερούν των διαθέσιμων πόρων. Το γεγονός αυτό λαμβάνει χώρα με αυξανόμενη συχνότητα και ένταση, σχεδόν καθημερινά. Η πανδημία αποτελεί μια μορφή πολύ σοβαρής κρίσης σε υγειονομικό, οικονομικό, πολιτικό και ανθρωπιστικό επίπεδο. Η πανδημία της νόσου του κορονοϊού 2019 (Covid-19), η οποία οφείλεται στον κορονοϊό που εντοπίστηκε για πρώτη φορά στην πόλη Wuhan στην Κίνα, αποτελεί την πιο σοβαρή κρίση της δημόσιας υγείας και το πιο σημαντικό γεωπολιτικό γεγονός της εποχής μας, που πλήττει ολόκληρο τον πλανήτη. Ο Covid-19 αποτέλεσε όρο ταυτόσημο του φόβου, με τον αριθμό τόσο κρουσμάτων όσο και νεκρών να πολλαπλασιάζονται ανεξέλεγκτα καθημερινώς. Η καραντίνα στην Κίνα φάνηκε αποτελεσματική, σε αντίθεση με τα παραδείγματα χωρών όπως Ιταλία, Αγγλία και ΗΠΑ που οδήγησε σε δραματικές καταστάσεις³⁶.

Η έκρηξη της πανδημίας του Covid-19, η οποία εξακολουθεί να βρίσκεται ενεργή σε παγκόσμιο επίπεδο, πλήττει από τις αρχές Μαρτίου 2020 και την Ελλάδα θέτοντας ολόκληρο το κυβερνητικό μηχανισμό και τις υπηρεσίες δημόσιας υγείας σε αναβρασμό και εγρήγορση. Είναι ευρέως γνωστό πως οι Υπηρεσίες Υγείας διαδραματίζουν πολύ σημαντικό ρόλο, αφού οι καταστροφές και κρίσεις οδηγούν συχνά σε μεγάλο αριθμό θυμάτων και σε αναζήτηση λύσεων και ιατρικής βοήθειας.

Οι βιβλιογραφικές μελέτες που σχετίζονται με τα σχέδια διαχείρισης καταστροφών που έχουν εκπονηθεί στον τομέα της υγείας είναι ελλιπείς, αφού δεν είναι γνωστά στη πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας. Η έλλειψη επαρκούς γνώσης σε θέματα αντιμετώπισης κρίσεων και καταστροφών, σε συνδυασμό με την κακή οργάνωση και την έλλειψη διαθέσιμων πόρων των μονάδων φροντίδας της, εντείνουν το αίσθημα πανικού και φόβου των πολιτών, χαρακτηριστικά που αποτελούν τους χειρότερους συμμάχους σε περιόδους κρίσεων. Η επιβολή περιοριστικών μέτρων για τον έλεγχο της διασποράς του ιού δημιουργούν άγχος, αβεβαιότητα και ανασφάλεια, αλλά και επιφυλακτικότητα για την ορθότητα των μέτρων.

4.2. Η ποιότητα μιας υπηρεσίας υγείας στην πανδημία ως μέσο διαχείρισης κρίσεων

Η πανδημία Covid-19 αποτελεί μια πραγματική πρόκληση στην αναδιάρθρωση και αναβάθμιση του ιατρικού πλαισίου ιατρικής εκπαίδευσης, ενισχύοντας τον επαγγελματισμό των επαγγελματιών υγείας, παρακινώντας τους ταυτόχρονα να αναγνωρίσουν ότι το ιατρικό εργατικό δυναμικό πρέπει να είναι άρτια εκπαιδευμένο στην αντιμετώπιση των αυξημένων απαιτήσεων και προκλήσεων, ειδικά σε περίοδο κρίσης. Έτσι, ο ιατρός του 21ου αιώνα πρέπει να επιδειξεί έντονο επαγγελματισμό, αναπτύσσοντας νέες ικανότητες, προκειμένου να αντιμετωπίσει τις προκλήσεις στον τομέα της υγείας.

Τόσο η ποιότητα μιας υπηρεσίας φροντίδας υγείας όσο και η αξιολόγησή της δεν είναι απλά ένα διαχειριστικό θέμα. Αποτελεί μια ενιαία ολιστική προσέγγιση, με επίκεντρο την ίση δυνατότητα πρόσβασης των πολιτών στις υπηρεσίες υγείας, την αποτελεσματικότητα των ιατρικών διαδικασιών, την αξιοπιστία, την ετοιμότητα και τη φιλικότητα της παροχής υγείας³⁷. Για την εισαγωγή και αξιολόγηση της ποιότητας στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, κυρίαρχο ρόλο, όπως έχει ήδη προαναφερθεί, αποτελεί η άποψη και η ικανοποίηση των ασθενών, καθώς φυσικά και οι εκτιμήσεις των επαγγελματιών υγείας και περισσότερο των ιατρών. Φυσικά, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν αφορά μόνο στο ιατρικό έργο, αλλά στο σύνολο των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σημαντικό ρόλο στη βελτιστοποίηση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας, ειδικά σε περιόδους κρίσεων, αποτελούν³⁴:

- ✓ Η δυνατότητα ισότιμης πρόσβασης, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η μεγάλη πείρα των ιατρών και η ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων καταστάσεων
- ✓ Η ύπαρξη σύγχρονου εξοπλισμού και υποδομών για την έγκαιρη και σωστή διάγνωση
- ✓ Ο επαγγελματισμός των επαγγελματιών υγείας
- ✓ Η καθαριότητα και επάρκεια των χώρων υγιεινής και των δομών υπηρεσιών υγείας. Αξίζει, επιπροσθέτως, να τονιστεί η προσαρμογή των ιατρικών σχολών σε ΗΠΑ και Ελλάδα, στα νέα δεδομένα, έτσι ώστε οι νέοι επιστήμονες να αποκτήσουν όλα τα απαραίτητα εφόδια, και να εμπλουτίσουν τις γνώσεις τους σε θέματα διαχείρισης κρίσεων, όπως αυτό της πανδημίας που έπληξε την

ανθρωπότητα Έτσι, η αναδιαμόρφωση των προγραμμάτων σπουδών των πανεπιστημίων της ιατρικής δίνει τη δυνατότητα στα εκπαιδευτικά ιδρύματα να προσαρμόζουν τα προγράμματα σπουδών με βάση τα τρέχοντα ζητήματα σε πραγματικό χρόνο, δίνοντας την ευκαιρία στους φοιτητές τους να συνειδητοποιήσουν τη δυναμική φύση της ιατρικής γνώσης³⁸.

Πολλές ιατρικές σχολές πραγματοποίησαν αποδελτιώσεις της βιβλιογραφίας στην αρχική φάση της πανδημίας και ακολούθως σε τακτική βάση, σύμφωνα με το πλαίσιο δράσης του Εθνικού Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Κρίσεων και Επικοινωνιακής Διαχείρισης Επείγοντος Κινδύνου, με σκοπό την παροχή πληροφοριών με ειλικρίνεια, διαφάνεια, ενσυναίσθηση, αφοσίωση και δέσμευση, που αποτελούν κύρια χαρακτηριστικά του επαγγελματισμού³⁹.

Αξίζει να επισημανθεί ξανά, πως η βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας μπορεί να επιτευχθεί μόνο με βελτιώσεις στα βασικά στοιχεία του συστήματος, τα οποία είναι⁷:

A. Η δομή του συστήματος, που συμπεριλαμβάνει τον ιατρικό εξοπλισμό, τις εγκαταστάσεις, τους διαθέσιμους πόρους και τον τρόπο οργάνωσής του.

B. Οι διαδικασίες, με στόχο την παροχή υγειονομικής περίθαλψης, στις οποίες συγκαταλέγονται οι διαδικασίες λήψης ιστορικού του ασθενούς, των εξετάσεων, της θεραπείας και της επανεξέτασής του, αν κριθεί απαραίτητο.

Γ. Το τελικό αποτέλεσμα, ως απόρροια των επί μέρους φροντίδων.

Τα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας, σε μια μονάδα υγείας είναι πολλαπλά, ειδικά στις περιπτώσεις όπου το σύστημα υγείας έρχεται αντιμέτωπο με μια κρίση. Αυτά συνοψίζονται στη μείωση του κόστους περίθαλψης, στην αύξηση της αποτελεσματικότητας, στη φιλικότερη μεταχείριση των ασθενών, στην εμπιστοσύνη εκ μέρους των πολιτών, στη μείωση του άγχους των επαγγελματιών υγείας, στην ελαχιστοποίηση περιττών εξετάσεων και, τέλος, στην καλύτερη και ταχύτερη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας. Άλλα οφέλη από τη βελτίωση της ποιότητας, σε μια μονάδα υγείας, εκτός των προαναφερθέντων, είναι η μείωση των δεικτών θνησιμότητας και νοσηρότητας, η μείωση των χαμένων ημερών εργασίας, ο περιορισμός του χρόνου αναμονής, η ενίσχυση του αισθήματος ασφάλειας και η βελτίωση της εικόνας της κοινωνίας³⁴.

Στην Ελλάδα, η παρουσία της πανδημίας με την παράλληλη οικονομική κρίση και την αδυναμία άσκησης αποτελεσματικής διαχείρισης, συντελεί στη συνεχή υποβάθμιση των υπηρεσιών φροντίδας της υγείας. Σημαντικά προβλήματα συνεχίζουν να υφίστανται. Αυτά είναι η απουσία εφαρμογής προγραμμάτων και στρατηγικών που να στηρίζονται στην επιστημονική γνώση, η ελλιπής εκπαίδευση του προσωπικού και η εμφάνιση δύο μορφών εξουσίας στα συστήματα υγείας, της εκτελεστικής και της επαγγελματικής εξουσίας των ιατρών. Είναι φυσικά εύλογο, πως ειδικά υπό την απειλή μιας πανδημίας οι συγκρούσεις και τα προβλήματα που προαναφέρθηκαν διογκώνονται³⁴.

Επιτακτική λοιπόν ανάγκη αποτελεί η προώθηση ενός νέου θεσμικού και οργανωτικού πλαισίου, όπου θα επικρατεί τόσο η διοικητική όσο και η οικονομική αυτοτέλεια προκειμένου να εφαρμοστούν σύγχρονες στρατηγικές ανάπτυξης που θα στηρίζουν το σύστημα υγείας σε περιόδους κρίσεων, όπως αυτή που διανύουμε. Βασικές προϋποθέσεις για την επίτευξη των στόχων αυτών αποτελούν:

- ✓ Αναγνώριση της ανάγκης για βελτίωση της ποιότητας.
- ✓ Στρατηγικό πλάνο για το σχεδιασμό των στόχων αυτών.
- ✓ Δέσμευση της πολιτείας για την προσπάθεια εφαρμογής των προγραμμάτων ποιότητας.
- ✓ Επιμόρφωση του προσωπικού.
- ✓ Συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των υπηρεσιών και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της.

4.3. Διαχείριση προσωπικού υπηρεσιών υγείας σε επιβεβαιωμένο κρούσμα COVID-19 σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας

Με στόχο τη διαχείριση του προσωπικού υπηρεσιών υγείας σε επιβεβαιωμένο κρούσμα Covid-19 σε χώρους παροχής υπηρεσιών υγείας, ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας, εξέδωσε οδηγίες για την αντιμετώπιση της πανδημίας, οι οποίες αξίζει να επισημανθούν⁴⁰.

1. Αυτο-παρακολούθηση και επικοινωνία με προκαθορισμένο άτομο-σημείο επαφής

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να βρίσκονται σε επιφυλακή για πιθανή εμφάνιση συμπτωμάτων παρόμοιων της λοίμωξης του αναπνευστικού και να πραγματοποιείται θερμομέτρηση σε καθημερινή βάση. Η Επιτροπή Νοσοκομειακών Λοιμώξεων (ΕΝΛ)

πρέπει να είναι ενήμερη για την κατάσταση της υγείας των επαγγελματιών υγείας, πριν την έναρξη της εργασίας. Σε περίπτωση δε εμφάνισης ύποπτων συμπτωμάτων, πρέπει να ενημερώνεται ο αρμόδιος (διευθυντής / προϊστάμενος του τμήματος / ΕΝΛ) για να κρίνει και να αποφανθεί καταλλήλως για την αντιμετώπιση του συμβάντος.

2. Στενή επαφή

Ως στενή επαφή θεωρείται η επαφή διάρκειας μεγαλύτερης των 15 λεπτών σε απόσταση μικρότερης των 2 μέτρων από ασθενή με επιβεβαιωμένη λοίμωξη Covid-19 ή η άμεση επαφή εκκρίσεων του αναπνευστικού συστήματος χωρίς τη χρήση και προστασία κατάλληλου ατομικού εξοπλισμού.

3. Εκτίμηση κινδύνου

Ο κίνδυνος της επαφής εκτιμάται σε κάθε περίπτωση ανάλογα με τη συμπτωματολογία του ασθενούς, τη συμμόρφωση με τη χρήση μάσκας και τη χρήση ατομικού εξοπλισμού προστασίας από το προσωπικό. Ο Εθνικός Οργανισμός Δημόσιας Υγείας έχει εκδώσει οδηγίες σχετικά με τα πιθανά σενάρια για τη διευκόλυνση της εκτίμησης κινδύνου.

A. Υψηλού κινδύνου έκθεση

Ως υψηλού κινδύνου έκθεση νοείται η στενή επαφή με ασθενή που έχει προσβληθεί από Covid-19, ο οποίος δεν φορούσε απλή χειρουργική μάσκα και ο επαγγελματίας υγείας επίσης δεν φορούσε μάσκα. Επιπλέον, υψηλού κινδύνου έκθεση θεωρείται η παρουσία σε χώρο όπου διενεργούνται χειρισμοί που είτε μπορεί να προκαλέσουν αερόλυμα είτε συμβάλλουν στην ανεξέλεγκτη εκτίναξη μολυσματικών αναπνευστικών εκκρίσεων, χωρίς αναπνευστική και οφθαλμική προστασία.

B. Μετρίου κινδύνου έκθεση

Ως μέτριου κινδύνου έκθεση νοείται η στενή επαφή με ασθενή που έχει προσβληθεί από Covid-19, ο οποίος φορούσε απλή χειρουργική μάσκα και ο επαγγελματίας υγείας δεν φορούσε μάσκα. Επιπλέον, εκθέσεις χαμηλού κινδύνου μπορεί να θεωρηθούν ως μετρίου κινδύνου ανάλογα με τον τύπο της κλινικής φροντίδας.

Γ. Χαμηλού κινδύνου έκθεση

Ως χαμηλού κινδύνου έκθεση νοείται η σύντομη επαφή με ασθενή που έχει προσβληθεί από Covid-19, ο οποίος φορούσε απλή χειρουργική μάσκα και ο επαγγελματίας υγείας φορούσε, επίσης, μάσκα.

4. Ενεργητική παρακολούθηση

Όλες οι ΕΝΑ υποχρεούνται να ενημερώνουν τις Υγειονομικές Περιφέρειες και τον ΕΟΔΥ για τους επαγγελματίες υγείας με υψηλού κινδύνου έκθεση σε επιβεβαιωμένο κρούσμα Covid-19.

5. Κεφάλαιο: Ικανοποίηση ασθενών ως παράμετρος ποιότητας μονάδων υγείας

Στο χώρο της υγείας, το ενδιαφέρον των μελετών στρέφεται ολοένα και περισσότερο στη διεξαγωγή ερευνών με στόχο να αποτιμηθεί η ποιότητα των μονάδων φροντίδας υγείας, μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τις ηλεκτρονικές βιβλιοθήκες, εκπονούνται σε ετήσια βάση πάνω από 1.000 μελέτες με θέμα την ικανοποίηση ασθενών. Ωστόσο, στον ελλαδικό χώρο, οι αντίστοιχες μελέτες είναι λίγες, ενώ το ενδιαφέρον των μελετών αφορά, κατά κύριο λόγο, τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία. Οι μελέτες που αφορούν τα ιδιωτικά ιατρεία είναι ολιγάριθμες, αναμένεται ωστόσο να αυξηθούν το επόμενο διάστημα, κυρίως εξαιτίας της πανδημίας που έπληξε και τη χώρα μας. Τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία αδυνατούν να ανταποκριθούν στις αυξανόμενες, λόγω πανδημίας, απαιτήσεις. Είναι λοιπόν είναι αναμενόμενο, μια μερίδα πολιτών να στραφεί στα ιδιωτικά ιατρεία προκειμένου να εξυπηρετηθεί. Έτσι, δεδομένου ότι η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί βασική παράμετρο της αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας υγείας που παρέχεται σε αυτόν, οι έρευνες που έχουν λάβει χώρα εστιάζουν στη μελέτη της άρρηκτης σύνδεσής τους.

Οι Κοτρώτσιου και συν.⁴¹, διερεύνησαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που επισκεπτόταν τα Εξωτερικά Ιατρεία του Γενικού Νοσοκομείου της Λάρισας. Για τη διερεύνηση και αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια, με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης, σε 103 ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής υπέδειξαν την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών (79,5%, για την ιατρική φροντίδα και 75,9% για τη νοσηλευτική φροντίδα) από το συγκεκριμένο σύστημα φροντίδας υγείας. Τα αποτελέσματα, επίσης, υπογράμμισαν τη σημαντικότητα της παραμέτρου «μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού», αφού μόνο αυτή μπορεί να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, το βαθμό ικανοποίησης, σε ότι αφορά στη νοσηλευτική φροντίδα (για κάθε αύξηση της τάξεως των 100 ευρώ, σημειώθηκε μείωση του βαθμού ικανοποίησης σε ότι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα κατά 0,7%). Επιπροσθέτως, η ικανοποίηση των ασθενών από τη διοίκηση θεωρήθηκε σχετικά ικανοποιητική (67%) και μέτρια (59,1%) η ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων.

Οι Πολύζος και συν.⁴², παρουσίασαν τα αποτελέσματα της ανάλυσης της εφαρμογής της «ποιότητας» σε νοσοκομειακές υπηρεσίες και συγκεκριμένα της χρήσης των δεικτών, που περιγράφουν την ποιότητα του νοσοκομείου σε βαθμούς ικανοποίησης. Η μελέτη έλαβε χώρα σε δύο νοσοκομεία. Για τους σκοπούς της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια και η μέθοδος της στρωματοποιημένης δειγματοληψίας ασθενείς. Το ένα νοσοκομείο ήταν ένα μη-κερδοσκοπικού χαρακτήρα εξειδικευμένο νοσοκομείο, στο οποίο μοιράστηκαν 378 ερωτηματολόγια, ενώ το άλλο ήταν ένα νεοσύστατο δημόσιο νοσοκομείο, όπου μοιράστηκαν 108 ερωτηματολόγια εσωτερικών και 412 ερωτηματολόγια εξωτερικών ασθενών.

Τα αποτελέσματα έδειξαν το σχετικά υψηλό βαθμό ικανοποίησης και στα δύο νοσοκομεία, μη κερδοσκοπικού και γενικού νοσοκομείου (91,1% και 75,2% αντίστοιχα). Η αξιολόγηση του ιατρικού προσωπικού ήταν 92,7% και 71,3%, αντίστοιχα, ενώ των νοσηλευτών 92,7% και 84,4%, αντίστοιχα, στα δύο νοσοκομεία. Το γενικό συμπέρασμα της μελέτης ήταν ότι όσο πιο οικείο και πρόσχαρο παρουσιάζεται το προσωπικό των συστημάτων φροντίδας υγείας, τόσο περισσότερη είναι η ικανοποίηση των ασθενών.

Οι Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος⁴³ επικεντρώθηκαν στην αποτύπωση της ποιότητας της περίθαλψης των κρατικών Κέντρων Υγείας της Κύπρου. Για το λόγο αυτό, χρησιμοποιήθηκε ένα ειδικά σχεδιασμένο, έγκυρο και δομημένο ερωτηματολόγιο με κλειστού τύπου ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής. Κύριο στόχο αποτέλεσε η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών των κέντρων υγείας. Οι ασθενείς/χρήστες των κέντρων υγεία συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο και με τη χρήση κλειστής κάλπης. Το δείγμα της έρευνας ήταν 438 ασθενείς/χρήστες, στρωματοποιημένο κατά επαρχία και κέντρο υγείας. Το δείγμα επιλέχθηκε με τυχαία δειγματοληψία από 15 δημόσια κέντρα υγείας της Κύπρου. Η ανάλυση των στοιχείων εφαρμόστηκε με μεθόδους συμπερασματικής και περιγραφικής στατιστικής.

Η ανάλυση των απαντήσεων των ερωτηματολογίων έδειξε πως το ποσοστό ικανοποίησης για τις περισσότερες παραμέτρους που διερευνήθηκαν στη μελέτη ήταν σχετικά υψηλό (70%). Αξιοσημείωτες διαφορές παρουσιάστηκαν στο μέσο βαθμό ικανοποίησης μεταξύ των αστικών και των αγροτικών κέντρων υγείας. Πιο συγκεκριμένα, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από αστικά κέντρα υγείας, ήταν αρκετά μεγαλύτερος (84,2%) συγκριτικά με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών

από αγροτικά κέντρα υγείας (66,2%). Επιπλέον, από τις παραμέτρους που μελετήθηκαν, υψηλό βαθμό ικανοποίησης συγκέντρωσαν τα θέματα που αφορούσαν το προφίλ των επαγγελματιών υγείας, όπως είναι η ευγένεια, οι γνώσεις και ο χρόνος που αφιέρωσαν στον ασθενή. Τα προβλήματα που εντοπίστηκαν συνδέθηκαν με το οργανωτικό και λειτουργικό πλαίσιο των κέντρων αυτών και λιγότερο με την ίδια την ιατρική επίσκεψη και την κλινική εξέταση. Το γεγονός, τέλος, της στροφής των ασθενών σε πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, επιδιώκοντας μια πιο προσωπική και συνεχή αλληλεπίδραση με το θεράποντα ιατρό τους, ενισχύει την πεποίθηση της υποστήριξης του θεσμού του οικογενειακού ιατρού.

Η Κομνηνού⁴⁴ διερεύνησε την ικανοποίηση των ασφαλισμένων στον ΕΟΠΥΥ, στην περιοχή των Πατρών, από την εμπειρία τους στις υγειονομικές υπηρεσίες των ιδιωτικών οδοντιατρείων. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια που συμπληρώθηκαν από τους ασφαλισμένους. Τα αποτελέσματα υπέδειξαν την ικανοποίηση των ασφαλισμένων (88% αυτών απάντησαν πως είναι ικανοποιημένοι). Ωστόσο, τα αποτελέσματα της αξιολόγησης και ανάλυσης των επί μέρους παραμέτρων δεν ήταν εξίσου ικανοποιητικά. Η μείωση της ικανοποίησης των ασφαλισμένων ασθενών εστιάζεται κυρίως στο υψηλό κόστος των ιδιωτικών ιατρείων και στην ανεπαρκή ασφαλιστική κάλυψη στον τομέα της οδοντιατρικής. Έτσι, η συχνότητα επίσκεψής τους στα ιδιωτικά οδοντιατρεία αναγκαστικά μειώνεται. Επιπλέον, ένας άλλος παράγοντας που φαίνεται να δυσαρεστεί τους ερωτηθέντες ήταν η δυσκολία που αντιμετώπιζαν στην προσβασιμότητα των ιατρείων αυτών. Συμπερασματικά, η συγκεκριμένη μελέτη υπέδειξε τους τομείς που χρήζουν βελτιωτικών δράσεων, με απώτερο στόχο την αναβάθμιση της ποιότητας των οδοντιατρικών υπηρεσιών.

Οι Πίνη και συν.⁴⁵ διερεύνησαν την ικανοποίηση των ασθενών μετρώντας την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ», αποκλειστικά στις πρωινές ώρες λειτουργίας του. Στόχος της μελέτης αυτής ήταν η προσπάθεια αποτύπωσης της γνώμης των ασθενών και ο προσδιορισμός των παραγόντων που συμβάλουν στην ικανοποίησή τους. Αυτό θα καθιστούσε δυνατή την ανάδειξη τόσο λειτουργικών όσο και οργανωτικών δυσλειτουργιών που πιθανότατα αντιμετωπίζουν τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία, στοχεύοντας στη συνέχεια στην εύρεση λύσεων αναγκαίων για την αναβάθμιση της ποιότητας των υπηρεσιών τους. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποιήθηκε ένα

ερωτηματολόγιο κλειστών απαντήσεων, με τη μορφή της πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Το δείγμα αποτελούνταν από 100 άτομα, τα οποία, το Δεκέμβριο του 2019, επισκέφτηκαν ως ογκολογικοί ασθενείς τα εξωτερικά τακτικά ιατρεία του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ». Η επεξεργασία των δεδομένων έδειξε την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών αυτών. Το ιατρικό έργο κατέλαβε τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Αυτό κυρίως οφείλεται στις πολύ καλές σχέσεις που έχουν οι ασθενείς με τον ιατρό τους. Από την άλλη, η ικανοποίηση των ασθενών παρουσίασε χαμηλότερα ποσοστά σε θέματα που αφορούσαν το χρόνο αναμονής για ένα ραντεβού, τη στέρηση της δυνατότητας να επιλέξουν την ώρα και την ημέρα του ραντεβού τους, καθώς και το μεγάλο διάστημα αναμονής μέχρι να εξεταστούν. Τα προβλήματα με άλλα λόγια επικεντρώθηκαν στην κάθε αυτή λειτουργία των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του νοσοκομείου. Επιπλέον, αν και η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς πιθανότατα να εξαρτάται από την εκπαίδευσή τους, το φύλο τους ή την υγεία τους, τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της συνολικής ικανοποίησης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Συμπερασματικά, μπορεί η μελέτη να έδειξε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό των τακτικών εξωτερικών ιατρείων του Ε.Α.Ν.Π. «ΜΕΤΑΞΑ», όμως τα λειτουργικά προβλήματα που εντοπίστηκαν πρέπει να απασχολήσουν τη Διοίκηση του νοσοκομείου, η οποία οφείλει να προβεί σε βελτιωτικές κινήσεις, προκειμένου να αναβαθμίσει την ποιότητα της φροντίδας υγείας του.

Οι Παπαγιαννοπούλου και συν.²⁰ επιχείρησαν να μετρήσουν την ικανοποίηση των χρηστών παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Για το σκοπό αυτό, χρησιμοποίησαν τη μέθοδο της στρωματοποιημένης τυχαίας δειγματοληψίας, σε δείγμα 1000 ατόμων. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert. Πιο συγκεκριμένα, στη μελέτη αυτή, έλαβαν μέρος οι συνοδοί των παιδιών, οι οποίοι εξέφρασαν την ικανοποίησή τους τόσο από την ποιότητα των διαδικασιών εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο όσο και από το προσωπικό του νοσοκομείου, επαγγελματίες υγείας και διοικητικό προσωπικό. Επιπροσθέτως, δόθηκε μια ανοικτή ερώτηση, προκειμένου να καταγραφεί η γενικότερη άποψη των χρηστών για τις υπηρεσίες υγείας του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν, με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης.

Τα αποτελέσματα έδειξαν πως το 45,2% των συνοδών έμεινε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ενημέρωση που τους παρείχε το νοσοκομείο, ενώ το 49% αυτών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ταχύτητα στις διαδικασίες εισαγωγής. Μόνο 150 συνοδοί από το δείγμα των 1000 αξιολόγησαν άσχημα το συγκεκριμένο σύστημα υγείας, ως προς την ταχύτητα εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Επιπλέον, το 54,3% των ερωτηθέντων φάνηκε πολύ έως απόλυτα ικανοποιημένο από την ευγένεια του προσωπικού, σε αντίθεση με το 2,1% που είχε παράπονα από τη γενικότερη συμπεριφορά του. Οι ιατρικές υπηρεσίες βαθμολογήθηκαν κατά μέσον όρο με 3,6, ενώ οι νοσηλευτικές υπηρεσίες με 3,4. Επίσης, το 33,4% των συνοδών δήλωσε πολύ ικανοποιημένο από την ευγένεια, το 32,8% από την κατανόηση και το 32,1% από την εξυπηρέτηση του διοικητικού προσωπικού. Οι συνοδοί βαθμολόγησαν κατά μέσο όρο τις υποδομές του νοσοκομείου με 2,4. Στην ανοιχτή ερώτηση που τους υποβλήθηκε, οι περισσότεροι ερωτηθέντες απάντησαν πως το νοσοκομείο χρήζει ανακαίνισης. Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου αξιολογούνται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που βελτιώνει τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου. Ωστόσο, οι υποδομές του νοσοκομείου επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση του χρήστη.

Οι Σαραντίδου και συν.⁴⁷, μέσω της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών, εκτίμησαν τις ανάγκες των οργανωτικών, διοικητικών και χρηματοδοτικών αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας (ΠΕΔΥ) του Αιγάλεω, Αττικής. Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν τόσο από τους επαγγελματίες υγείας και το διοικητικό προσωπικό του συγκεκριμένου συστήματος φροντίδας υγείας, όσο και από τους χρήστες/ασθενείς του. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι ο μέσος βαθμός ικανοποίησης για τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικό και παραϊατρικό προσωπικό) ήταν μέτριος (5,51/10). Ο μέσος βαθμός ικανοποίησης για τους ασθενείς-χρήστες χαρακτηρίστηκε, επίσης, μέτριος (5,64/10). Έτσι, προτείνεται η οργάνωση του συστήματος πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας σε δήμους-κοινότητες, η ενσωμάτωση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, η αναβάθμιση του υλικοτεχνικού εξοπλισμού των μονάδων, αλλά και η δημιουργία ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, με σκοπό τη βελτίωση των παροχών. Σύμφωνα με τους συγγραφείς, οι στόχοι αυτοί είναι οι πιο αντιπροσωπευτικοί της αποτελεσματικότητας, της αποδοτικότητας, αλλά και της παραγωγικότητας ενός

αξιοπρεπούς συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο κατ' αυτόν τον τρόπο προσαρμόζεται στις ανάγκες της κοινωνίας.

Με βάση την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών ως παράμετρο ποιότητας των μονάδων υγείας στον ελλαδικό χώρο, συμπεραίνεται πως οι παράμετροι όπως το μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού⁴¹, το πρόσχαρο και οικείο προσωπικό^{42,45}, το προφίλ των επαγγελματιών υγείας⁴³ και η προσβασιμότητα των ασθενών στις μονάδες υγείας⁴⁴ μπορούν να προβλέψουν στατιστικά σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης σε ότι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα. Επιπροσθέτως, να τονιστεί ως η ικανοποίηση των ασθενών συσχετίστηκε και με τη διαθεσιμότητα του θεράποντος ιατρού⁴⁵, καθώς και με τις υποδομές των κέντρων φροντίδας²⁰.

6. Κεφάλαιο: Μεθοδολογία

6.1. Ερευνητικός σκοπός-ερωτήματα

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τους παράγοντες σύμφωνα με τους οποίους γίνεται η επιλογή ενός θεράποντος ιατρού την τρέχουσα περίοδο του Covid-19, σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών. Ως πιθανοί παράγοντες, μελετώνται το προφίλ και η προβολή του ιατρού, οι συστάσεις, η εξυπηρέτηση, οι επιστημονικές δεξιότητες, η διαπροσωπική επικοινωνία με τον ασθενή, η κοινωνική ευθύνη και η υποδομή του ιατρείου. Οι παράγοντες αυτοί όπως υπέδειξε η βιβλιογραφική ανασκόπηση αποτελούν παραμέτρους ποιότητας των μονάδων υγείας που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Ο σκοπός της έρευνας είναι ο καθορισμός των κυριότερων παραγόντων ποιότητας και δημογραφικών ομάδων που σχετίζονται με την επιλογή ενός θεράποντος ιατρού. Σύμφωνα με τον σκοπό της έρευνας, διατυπώνονται παρακάτω τα ερευνητικά ερωτήματα:

- Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες ποιότητας που σχετίζονται με την επιλογή ενός θεράποντος ιατρού, σύμφωνα με την γνώμη των ασθενών;
- Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στις απόψεις των ασθενών σχετικά με τους παράγοντες επιλογής ενός θεράποντος ιατρού;

6.2. Σχεδιασμός έρευνας

Διεξήχθη μία ποσοτική έρευνα με χρήση ερωτηματολογίου αυτοαναφοράς το οποίο περιείχε κλειστού τύπου ερωτήσεις, διατακτικές κλίμακας Likert. Σχεδιάζοντας μία ποσοτική έρευνα, καθορίζεται αρχικά ο ερευνητικός σκοπός, τα ερευνητικά ερωτήματα και σε συνδυασμό με το θεωρητικό πλαίσιο, διαμορφώνεται το εργαλείο συλλογής δεδομένων, έπειτα η αποθήκευση των δεδομένων, η ανάλυση και η ερμηνεία τους. Ο συγκεκριμένος σχεδιασμός κρίθηκε κατάλληλος, καθώς οι παράγοντες επιλογής ιατρού που προαναφέρθηκαν είναι μετρήσιμες έννοιες⁴⁷. Συνεπώς, ο ερευνητής θα μπορέσει να μελετήσει το βαθμό συμφωνίας των ερωτηθέντων σε συγκεκριμένους παράγοντες, χωρίς να μελετήσει την αιτία επιλογής. Επιπλέον πλεονέκτημα του γραπτού ερωτηματολογίου είναι ότι οι απαντήσεις είναι προκαθορισμένες, αντικειμενικές, ενώ είναι πιο πιθανό να αποτυπωθούν οι αληθινές

απόψεις των υποκειμένων της έρευνας, καθώς αισθάνονται σε μεγαλύτερο βαθμό ότι διασφαλίζεται η ανωνυμία τους⁴⁸. Ακόμη είναι εφικτή η χρήση μεγάλου πλήθους δεδομένων, καθώς είναι δυνατή η αποθήκευση τους σε μικρό χρονικό διάστημα⁴⁹. Η συλλογή δεδομένων μπορεί να γίνει μέσω διαδικτύου σε διαφορετικές γεωγραφικές περιοχές και με τον τρόπο αυτό είναι δυνατή η συλλογή μεγάλου όγκου δεδομένων με μηδενικό κόστος.

Το σημαντικότερο όμως χαρακτηριστικό των ποσοτικών ερευνών είναι η δυνατότητα γενίκευσης των συμπερασμάτων για τον πληθυσμό της έρευνας. Αυτό επιτυγχάνεται με χρήση μαθηματικών-στατιστικών μεθόδων, συλλέγοντας αριθμητικά δεδομένα⁵⁰ και μελετώντας τις συσχετίσεις-εξαρτήσεις των μεταβλητών⁵¹, κάτι που διερευνάται στο δεύτερο ερευνητικό ερώτημα της παρούσας μελέτης. Για να γενικευτούν με επιτυχία τα συμπεράσματα της έρευνας, πρέπει οι στατιστικοί έλεγχοι να χρησιμοποιηθούν σωστά και το δείγμα να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού μελέτης⁵². Τέλος, όπως προαναφέρθηκε η έρευνα είναι πρωτογενής, δηλαδή συλλέχθηκαν δεδομένα πρωτότυπα από τον ερευνητή⁵³, δηλαδή δεδομένα που δεν είναι δευτερογενή-καταχωρημένα σε κάποια βάση δεδομένων⁵⁴ με απώτερο σκοπό να ανακαλυφθεί κάτι νέο για την επιστημονική κοινότητα⁵⁵.

6.3. Πληθυσμός-Δείγμα

Πληθυσμός της έρευνας θεωρείται το σύνολο των κατοίκων της Ελλάδας. Όσον αφορά στο δείγμα, στην έρευνα συμμετείχαν 106 συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία τους Έλληνες, άνω των 35 ετών, υψηλού μορφωτικού επιπέδου ΑΕΙ-ΤΕΙ ή μεταπτυχιακής εξειδίκευσης, με μηνιαίο εισόδημα έως 1500 ευρώ, που διαμένουν σε αστική περιοχή. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν ασφαλιστικό ταμείο, χωρίς ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Σε άλλα στοιχεία το δείγμα ήταν σχεδόν ισόποσα κατανεμημένο ως προς το φύλο και την έγγαμη ή άγαμη οικογενειακή κατάσταση. Επίσης, η πλειοψηφία ανέφερε ότι εργάζεται στον ιδιωτικό ή στον δημόσιο τομέα είτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες. Το δείγμα συλλέχθηκε από το κοντινό φιλικό και συγγενικό περιβάλλον της ερευνήτριας, οπότε η δειγματοληψία μπορεί να θεωρηθεί ως βολική ή ευκολίας⁴⁷.

6.4. Ερωτηματολόγιο έρευνας

Για τις ανάγκες της έρευνας χρησιμοποιήθηκε πρωτότυπο ερωτηματολόγιο 46 ερωτήσεων, χωρισμένο σε 7 ενότητες. Η 1^η ενότητα αναφέρεται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και οι ενότητες 2-7 στους παράγοντες επιλογής θεράποντος ιατρού χρησιμοποιώντας ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας Likert 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα). Συγκεκριμένα

- Η 1^η ενότητα αναφέρεται στα **δημογραφικά χαρακτηριστικά** και περιλαμβάνει 10 ερωτήσεις. Μελετάται το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η επαγγελματική κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, η υπηκοότητα, η περιοχή διαμονής, η ύπαρξη ασφαλιστικού ταμείου και ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.
- Η 2^η ενότητα αναφέρεται στο **προφίλ** του θεράποντος ιατρού και περιλαμβάνει 8 ερωτήσεις. Μελετάται το φύλο, η ηλικία, η φήμη και η θέση των ιατρών στην ακαδημαϊκή κοινότητα.
- Η 3^η ενότητα αναφέρεται στην **προβολή-διαφήμιση** του ιατρού και περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις. Μελετάται η ύπαρξη ιστοσελίδας, κριτικών, τα μέσα κοινωνικής δικτύωσης και οι επίσημες τοποθετήσεις για τον Covid-19.
- Η 4^η ενότητα περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις και αναφέρεται στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μέσω **συστάσεων** από συγγενείς, φίλους και άλλους ιατρούς.
- Η 5^η ενότητα περιλαμβάνει 4 ερωτήσεις και αναφέρεται στην **εξυπηρέτηση** του ιατρού. Μελετάται η διαθεσιμότητα ραντεβού, η απόσταση από τον τόπο διαμονής-εργασίας, τα οικονομικά κριτήρια και οι συμβεβλημένοι ιατροί με το ασφαλιστικό ταμείο.
- Η 6^η ενότητα αναφέρεται στις **διαστάσεις επαγγελματισμού** και περιλαμβάνει 12 ερωτήσεις, 4 για κάθε μία από τις διαστάσεις της **επιστημονικής δεξιάτητας, διαπροσωπικής επικοινωνίας και κοινωνικής ευθύνης**.
 - 1) Στη διάσταση της **επιστημονικής δεξιάτητας** μελετάται η επαγγελματική δεξιάτητα στη διάγνωση και θεραπεία, ο μηχανισμός εξυπηρέτησης προσαρμοσμένος στις ιατρικές ανάγκες, η ασφάλεια του ιατρού και η επιστημονική και επαγγελματική του δεξιάτητα για τον Covid-19.

- 2) Στη διάσταση της **διαπροσωπικής επικοινωνίας** μελετάται η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού, η ενημέρωση του ασθενή και η συνεργασία μαζί του και οι συμβουλές για τον Covid-19.
 - 3) Στη διάσταση της **κοινωνικής ευθύνης** μελετάται η συνεχής εκπαίδευση των ιατρών, η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή, η συνεχής διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου των ιατρών και η αντιληπτή κοινωνική ευθύνη του ιατρού για την προστασία των πολιτών από τον Covid-19.
- ✓ Η 7^η ενότητα περιλαμβάνει 5 ερωτήσεις σχετικά με την **υποδομή** του ιατρείου. Μελετάται η καθαριότητα του ιατρείου, η τήρηση των μέτρων προστασίας από τον Covid-19, η υπευθυνότητα του ιατρού, ο ιατρικός εξοπλισμός και η ύπαρξη σύγχρονων τεχνολογικών μέσων επικοινωνίας από απόσταση.

Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου υπολογίζεται στα 10 λεπτά. Η συλλογή δεδομένων έγινε μέσω της εφαρμογής google forms.

6.5. Μέθοδοι ανάλυσης

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε στο στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS 24, ενώ χρησιμοποιήθηκε και το λογισμικό Microsoft Office Excel 2016 για σχεδιασμό γραφημάτων.

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, τα οποία εκφράστηκαν μέσω ονομαστικών μεταβλητών παρουσιάστηκαν με συχνότητες και ποσοστά. Η γραφική απεικόνιση έγινε με χρήση ραβδογραμμάτων που αναφέρονταν στα ποσοστά. Οι παράγοντες επιλογής του θεράποντος ιατρού, οι οποίες εκφράστηκαν μέσω διατακτικών ερωτήσεων κλίμακας Likert, παρουσιάστηκαν με μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις. Η γραφική απεικόνιση έγινε με χρήση ραβδογραμμάτων μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης.

Ο έλεγχος υποθέσεων πραγματοποιήθηκε σε στάθμη σημαντικότητας 5%. Συνεπώς η αρχική υπόθεση έγινε δεκτή για $p\text{-value} \geq 0,05$ και απορρίφθηκε για $p\text{-value} < 0,05$. Ο έλεγχος κανονικότητας έγινε με χρήση του Shapiro Wilk test. Η αρχική υπόθεση είναι ότι η μεταβλητή ακολουθεί την κανονική κατανομή και η εναλλακτική ότι δεν την

ακολουθεί. Με βάση την κανονικότητα των μεταβλητών αλλά και τα μεγέθη των δειγμάτων χρησιμοποιήθηκαν παραμετρικοί και μη παραμετρικοί έλεγχοι.

Χρησιμοποιήθηκαν οι παραμετρικοί έλεγχοι independent samples t-test και ANOVA (ανάλυση διακύμανσης) για 2 και 3 ή περισσότερα ανεξάρτητα δείγματα αντίστοιχα. Οι παραμετρικοί έλεγχοι επιλέχθηκαν σε μεγάλα δείγματα ($n \geq 30$) ή σε δείγματα που ακολουθούν την κανονική κατανομή. Η αρχική υπόθεση των παραμετρικών ελέγχων είναι ότι οι μέσες τιμές είναι ίσες και η εναλλακτική ότι διαφέρουν. Στις περιπτώσεις όπου εντοπίστηκαν στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις μέσω των τιμών στον έλεγχο ANOVA, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος πολλαπλών συγκρίσεων LSD (Posthoc analysis) για να προσδιοριστούν οι κατηγορίες των δειγμάτων στις οποίες υπάρχει διαφοροποίηση των μέσων τιμών. Η γραφική απεικόνιση στις περιπτώσεις στατιστικά σημαντικών διαφοροποιήσεων μέσω των τιμών έγινε με χρήση γραμμών σφάλματος.

Επιπλέον, χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικοί έλεγχοι Mann Whitney και Kruskal Wallis για 2 και 3 ή περισσότερα ανεξάρτητα δείγματα αντίστοιχα. Οι μη παραμετρικοί έλεγχοι επιλέχθηκαν σε μικρά δείγματα ($n < 30$) που δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή. Η αρχική υπόθεση των παραμετρικών ελέγχων είναι ότι τα κ-δείγματα ($k \geq 2$) προέρχονται από τον ίδιο πληθυσμό και η εναλλακτική ότι προέρχονται από διαφορετικούς. Η γραφική απεικόνιση στις περιπτώσεις όπου εντοπίστηκαν δείγματα από διαφορετικούς πληθυσμούς χρησιμοποιήθηκαν θηκογράμματα κατανομών⁵⁶.

6.6. Ηθικά ζητήματα

Σε μία έρευνα είναι απαραίτητη η τήρηση των κανόνων δεοντολογίας και των ηθικών ζητημάτων, από το σχεδιασμό της έρευνας, τη συλλογή δεδομένων μέχρι τη δημοσίευση των αποτελεσμάτων⁵⁷. Συγκεκριμένα, τηρήθηκαν οι παρακάτω κανόνες:

- ✓ Η διεξαγωγή της έρευνας ξεκίνησε έπειτα από την έγκριση που έδωσε ο ιδρυματικός φορέας και ο επόπτης. Η έρευνα χαρακτηρίστηκε χρήσιμη και επωφελής.
- ✓ Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας και τα ερευνητικά ερωτήματα.

- ✓ Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ότι η συμμετοχή τους είναι ανώνυμη, εθελοντική και ότι τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν μόνο προς όφελος της επιστημονικής κοινότητας.
- ✓ Η διαδικασία συλλογής των δεδομένων ξεκίνησε μετά την συγκατάθεση των συμμετεχόντων για συμμετοχή στην έρευνα.
- ✓ Σε περίπτωση που το επιθυμούσαν, οι συμμετέχοντες είχαν το δικαίωμα να αποχωρήσουν από την έρευνα ή να ενημερώσουν τον ερευνητή να διαγράψει τη συμμετοχή τους μετά το πέρας αυτής.
- ✓ Ο ερευνητής δημοσίευσε τα προσωπικά του στοιχεία στους συμμετέχοντες, σε περίπτωση που επιθυμήσουν να ενημερωθούν για τα αποτελέσματα της μελέτης.

6.7. Αξιοπιστία δεδομένων

Κατά την διεξαγωγή μίας έρευνας είναι απαραίτητο τα ερευνητικά εργαλεία να είναι αξιόπιστα⁵⁸. Η αξιοπιστία ενός ερωτηματολογίου αναφέρεται στην εσωτερική συνέπεια την οποία έχει, τη σταθερότητα, δηλαδή το βαθμό στον οποίο παρόμοιες ερωτήσεις του εργαλείου απαντώνται με τον ίδιο τρόπο. Σε περίπτωση που συμβαίνει κάτι τέτοιο, το εργαλείο θεωρείται ότι είναι αξιόπιστο. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνέπειας είναι ο πιο γνωστός τύπος αξιοπιστίας και μετριέται μέσω του συντελεστή Cronbach Alpha. Ο συντελεστής αυτός, παίρνει τιμές στο διάστημα [0,1] με ικανοποιητικές να θεωρούνται οι τιμές μεγαλύτερες ή ίσες του 0,7, αμφισβητήσιμες οι τιμές στο διάστημα [0,6, 0,7) και μη αποδεκτές οι τιμές κάτω του 0,6⁵⁹.

Στον Πίνακα 1 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της ανάλυσης αξιοπιστίας για τους παράγοντες. Προκύπτει ότι για την «Προβολή» είναι $\alpha=0,802$, για τις «Συστάσεις» $\alpha=0,850$, για την «Εξυπηρέτηση» $\alpha=0,609$, για τις «Επιστημονικές δεξιότητες» $\alpha=0,612$, για την «Διαπροσωπική επικοινωνία» $\alpha=0,745$, για την «Κοινωνική ευθύνη» $\alpha=0,793$ και τέλος για την «Υποδομή ιατρείου» $\alpha=0,782$. Ο μοναδικός παράγοντας που εμφάνισε χαμηλή αξιοπιστία ήταν το «Προφίλ» ($\alpha=0,552$).

Πίνακας 1: Αξιοπιστία παραγόντων

Παράγοντες	Ερωτήσεις	Cronbach Alpha
Προφίλ	11-16	0,552
Προβολή	19-22	0,736
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	23-24*	0,850
Εξυπηρέτηση	26-29	0,609
Επιστημονικές δεξιότητες	30-33	0,612
Διαπροσωπική επικοινωνία	34-37	0,745
Κοινωνική ευθύνη	38-41	0,759
Υποδομή ιατρείου	42-45**	0,782

*Η ερώτηση 25 αφαιρέθηκε γιατί μείωνε την αξιοπιστία (<0,7)

**Η ερώτηση 46 αφαιρέθηκε γιατί μείωνε την αξιοπιστία (<0,7)

7. Κεφάλαιο: Αποτελέσματα

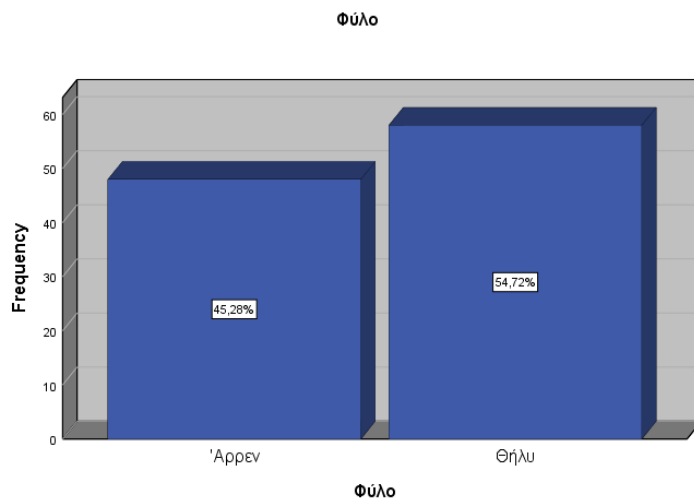
7.1. Περιγραφική Στατιστική

7.1.1. Δημογραφικά στοιχεία

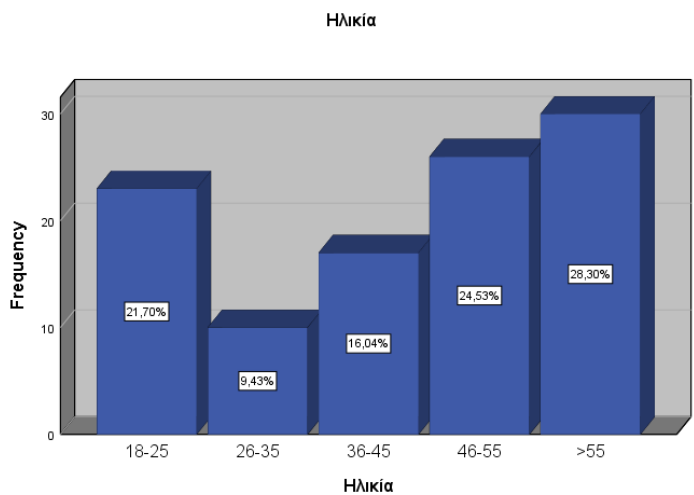
Στον Πίνακα 2 (και τα Γραφήματα 1-10) παρουσιάζονται τα δημογραφικά στοιχεία των 106 ερωτηθέντων της έρευνας. Το 54,7 % (N=58) είναι γυναίκες, με την πλειοψηφία (68,8%, N=73) να είναι άτομα ηλικίας άνω των 35 ετών, ελληνικής υπηκοότητας (98,1%, N=104), που διαμένουν σε αστική περιοχή (66%, N=70). Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση, το 48,1 % (N=51) είναι παντρεμένοι, το 43,4% (N=46) είναι ανύπαντροι. Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι περισσότεροι είναι απόφοιτοι ΑΕΙ-ΤΕΙ ή κάτοχοι μεταπτυχιακού (73,6%, N=78). Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση το 47,2 % (N=50) είναι ιδιωτικοί ή δημόσιοι υπάλληλοι και το 21,7% (N=23) άνεργοι. Τέλος, η πλειοψηφία έχει μηνιαίο εισόδημα έως 1500 ευρώ (78,3%, N=83), έχει ασφαλιστικό ταμείο (90,6%, N=90) και δεν έχει ιδιωτική ασφάλεια (74,5%, N=79).

Πίνακας 2: Δημογραφικά στοιχεία

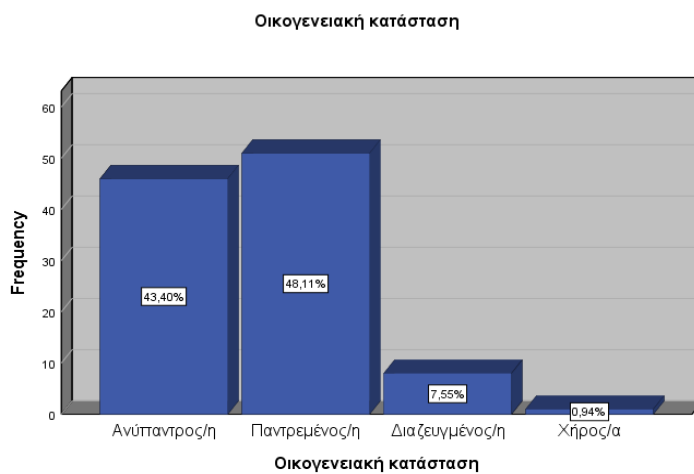
Δημογραφικό	Κατηγορίες	N	%
Φύλο	Άρρεν	48	45,3
	Θήλυ	58	54,7
Ηλικία	18-25	23	21,7
	26-35	10	9,4
	36-45	17	16,0
	46-55	26	24,5
	>55	30	28,3
Οικογενειακή κατάσταση	Ανύπαντρος/η	46	43,4
	Παντρεμένος/η	51	48,1
	Διαζευγμένος/η	8	7,5
	Χήρος/α	1	0,9
Εκπαιδευτικό επίπεδο	Γυμνάσιο	2	1,9
	Λύκειο	15	14,2
	IEK	7	6,6
	ΑΕΙ-ΤΕΙ	56	52,8
	Μεταπτυχιακό	22	20,8
	Διδακτορικό	4	3,8
Επαγγελματική κατάσταση	Άνεργος	23	21,7
	Ιδιωτικός υπάλληλος	30	28,3
	Δημόσιος υπάλληλος	20	18,9
	Ελεύθερος επαγγελματίας	16	15,1
	Συνταξιούχος	17	16,0
Μηνιαίο εισόδημα	Έως 500 ευρώ	24	22,6
	501-1000 ευρώ	29	27,4
	1001-1500 ευρώ	30	28,3
	1501-2000 ευρώ	13	12,3
	>2000 ευρώ	10	9,4
Υπηκοότητα	Ελληνική	104	98,1
	Άλλη	2	1,9
Περιοχή διαμονής	Αγροτική	11	10,4
	Ημιαστική	25	23,6
	Αστική	70	66,0
Ασφαλιστικό ταμείο	Ναι	96	90,6
	Όχι	10	9,4
Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;	Ναι	27	25,5
	Όχι	79	74,5



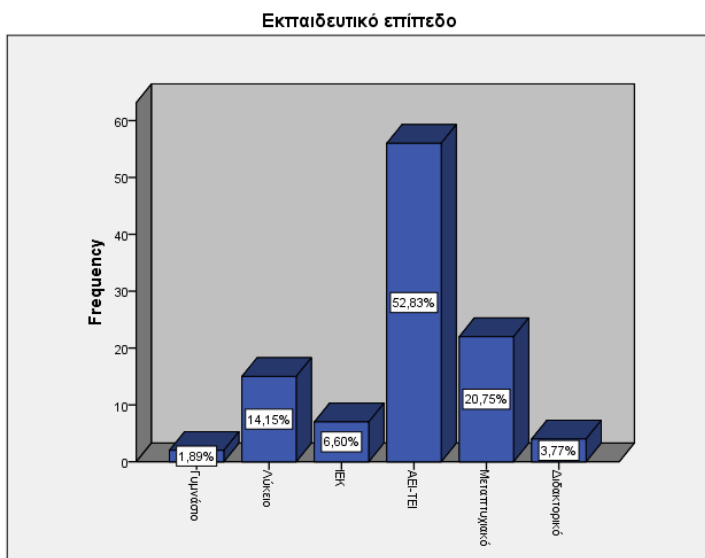
Γράφημα 1: Φύλο



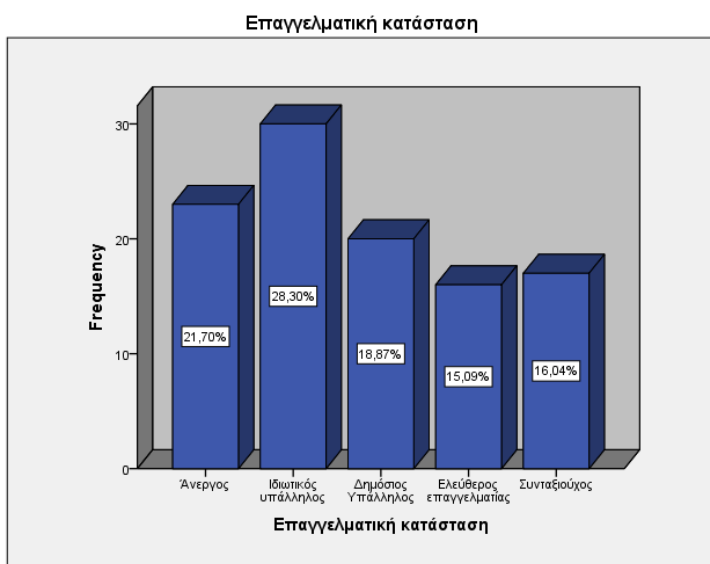
Γράφημα 2: Ηλικία



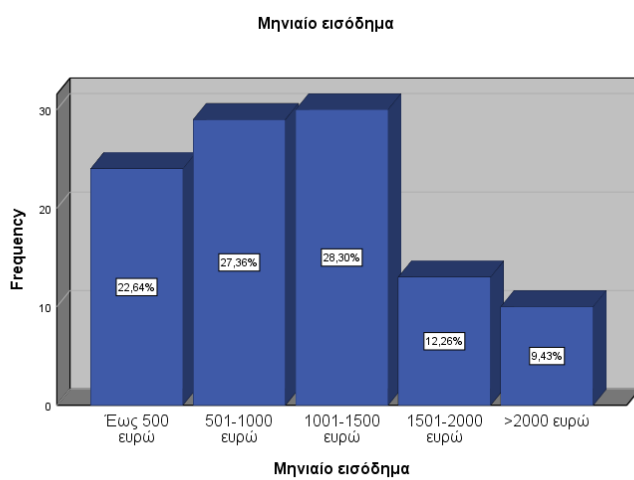
Γράφημα 3: Οικογενειακή κατάσταση



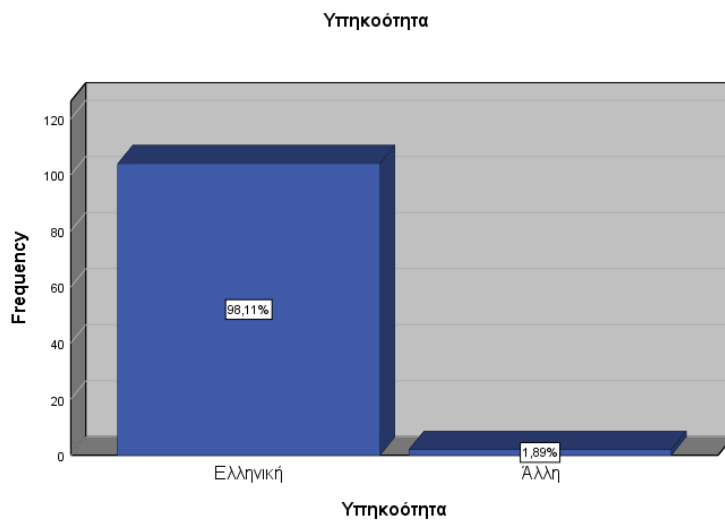
Γράφημα 4: Εκπαιδευτικό Επίπεδο



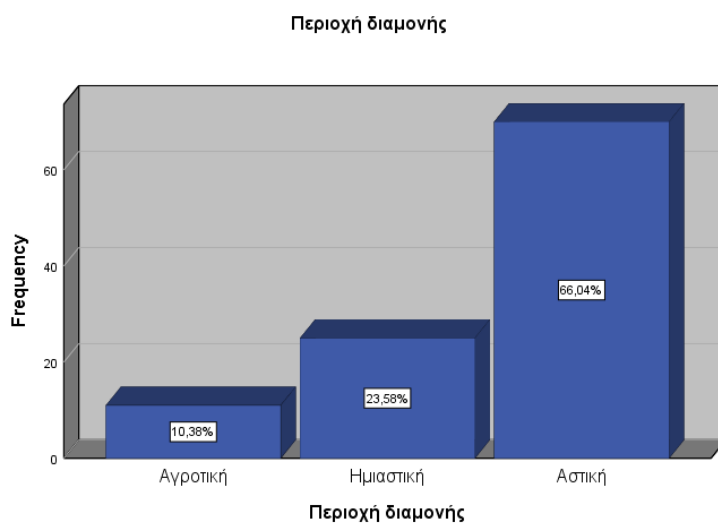
Γράφημα 5: Επαγγελματική κατάσταση



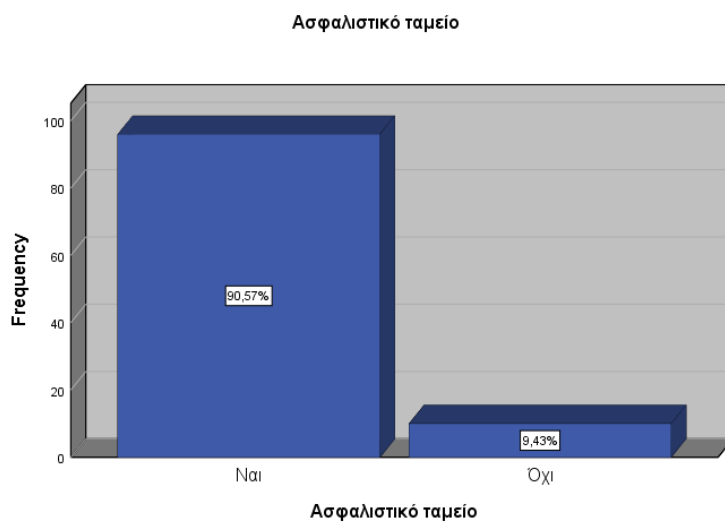
Γράφημα 6: Μηνιαίο εισόδημα



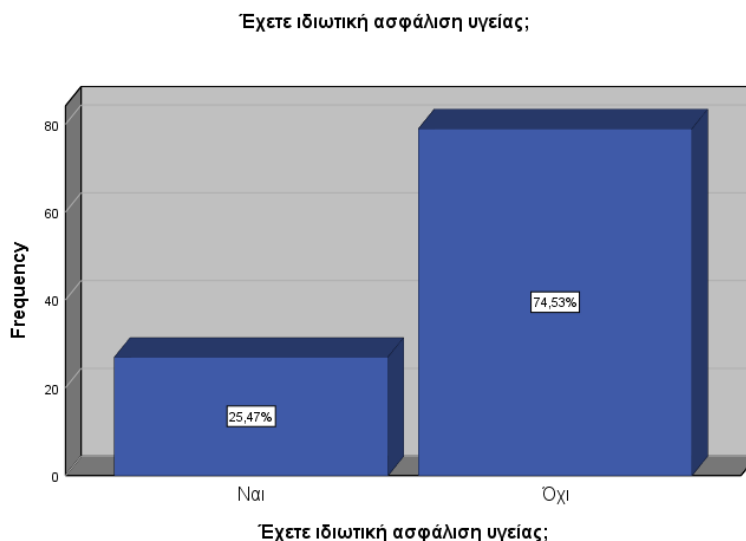
Γράφημα 7:Υπηκοότητα



Γράφημα 8:Περιοχή διαμονής



Γράφημα 9:Ασφαλιστικό ταμείο



Γράφημα 10: Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

7.1.2. Προφίλ Ιατρού

Παρακάτω στον Πίνακα 3 και Γράφημα 11, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με το προφίλ του ιατρού. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα 1-5.

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι προτιμούν ιατρούς που έχουν φήμη για την υπηρεσία που παρέχουν (M.O.=3,70 ± 0,96).

Ουδετερότητα παρατηρήθηκε ως προς την άποψη ότι επιλέγουν νεότερους ιατρούς γιατί έχουν επικαιροποιημένες γνώσεις (M.O.=2,91 ± 0,91), ότι η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου (M.O.=2,87 ± 1,10).

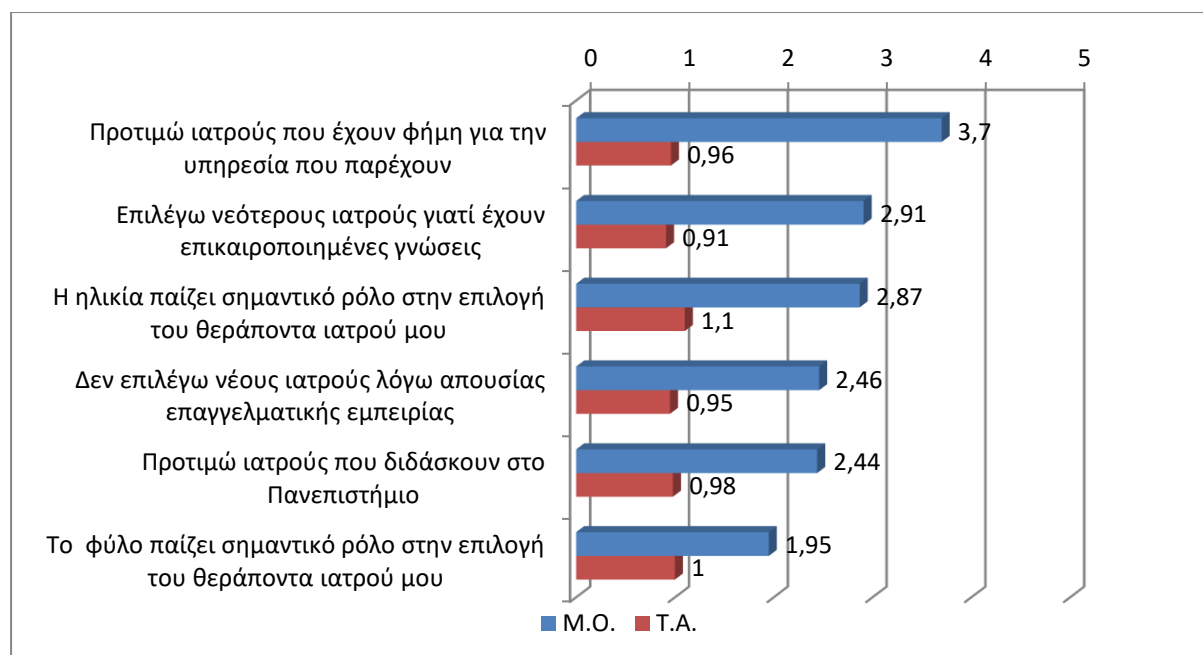
Οι συμμετέχοντες μάλλον διαφώνησαν ότι δεν επιλέγουν νέους ιατρούς λόγω απουσίας επαγγελματικής εμπειρίας (M.O.=2,46 ± 0,95) και ότι προτιμούν ιατρούς που διδάσκουν στο Πανεπιστήμιο (M.O.=2,44 ± 0,98).

Τέλος, διαφώνησαν πως το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού τους (M.O.=1,95 ± 1,00).

Πίνακας 3: Προφίλ Ιατρού

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Προτιμώ ιατρούς που έχουν φήμη για την υπηρεσία που παρέχουν	3,70	0,96
Επιλέγω νεότερους ιατρούς γιατί έχουν επικαιροποιημένες γνώσεις	2,91	0,91
Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου	2,87	1,10
Δεν επιλέγω νέους ιατρούς λόγω απουσίας επαγγελματικής εμπειρίας	2,46	0,95
Προτιμώ ιατρούς που διδάσκουν στο Πανεπιστήμιο	2,44	0,98

Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου 1,95 1,00

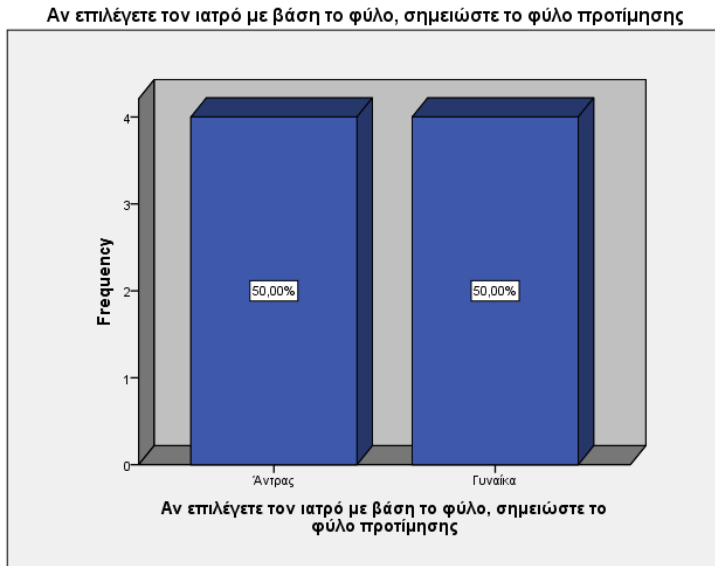


Γράφημα 11: Προφίλ Ιατρού

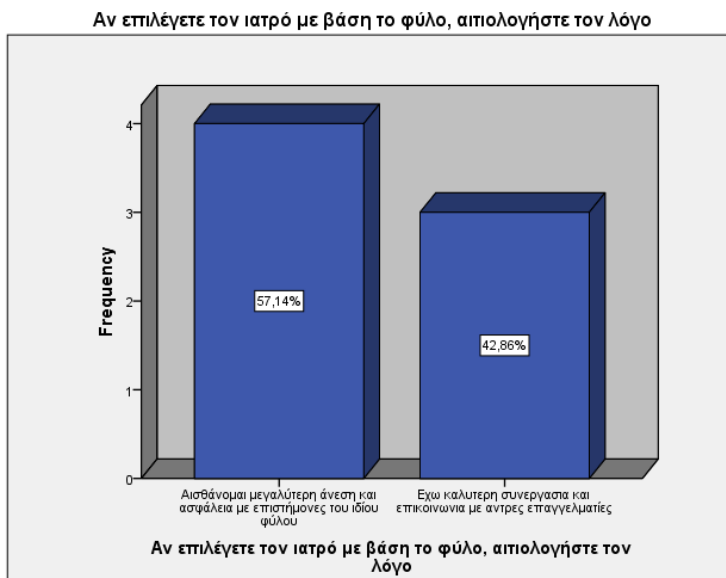
Στον Πίνακα 4 (Γραφήματα 12-13) παρουσιάζονται οι αιτιολογήσεις της ερώτησης 11. Χαρακτηριστικό είναι ότι μόνο 8 άτομα, δηλαδή το 7,5%, συμφώνησε ότι το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού. Από το σύνολο των 8 ατόμων, το 50% (N=4) θα επέλεγε ιατρό άντρα και το υπόλοιπο 50% (N=4) γυναίκα, φανερώνοντας μία απόλυτη ισορροπία στην επιλογή φύλου. Σχετικά με το λόγο προτίμησης, το 57,1% (N=4) ανέφερε ότι αισθάνεται μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια με επιστήμονες του ίδιου φύλου και το 42,9% (N=3) ότι έχει καλύτερη συνεργασία και επικοινωνία με άντρες επαγγελματίες.

Πίνακας 4: Αιτιολόγηση συμφωνίας στην ερώτηση 11. «Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου»

Ερωτήσεις	Κατηγορίες	N	%
Φύλο προτίμησης του θεράποντος ιατρού σας	Άντρας	4	50,0
	Γυναίκα	4	50,0
Λόγος	Αισθάνομαι μεγαλύτερη άνεση και ασφάλεια με επιστήμονες του ίδιου φύλου	4	57,1
	Έχω καλύτερη συνεργασία και επικοινωνία με άντρες επαγγελματίες	3	42,9



Γράφημα 12: Αν επιλέγετε τον ιατρό με βάση το φύλο, σημειώστε το φύλο προτίμησης



Γράφημα 13: Αν επιλέγετε τον ιατρό με βάση το φύλο, αιτιολογήστε το λόγο

7.1.3. Προβολή

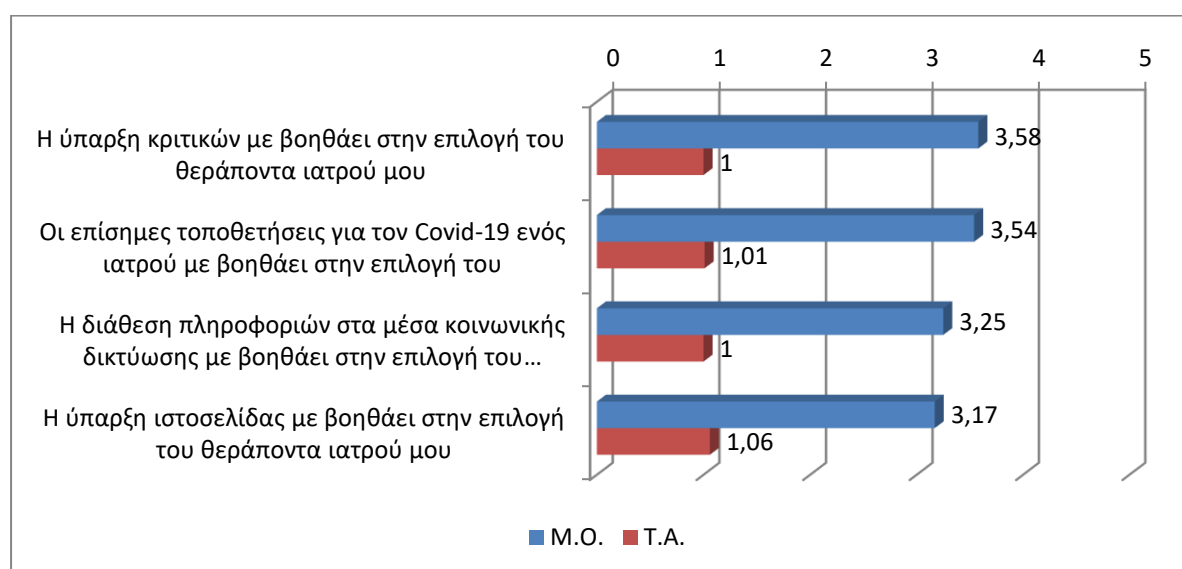
Στον Πίνακα 5 και Γράφημα 14, παρατίθενται οι ερωτήσεις που αφορούν τον τρόπο με τον οποίο γίνεται η προβολή των ιατρών και απαντώνται μέσω πενταβάθμιας κλίμακας 1-5.

Οι συμμετέχοντες μάλλον συμφώνησαν ότι ή ύπαρξη κριτικών βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού. (M.O.=3,58±1,00) και ότι οι επίσημες τοποθετήσεις για τον Covid-19 ενός ιατρού βοηθάει στην επιλογή του (M.O.=3,54±1,01).

Ουδετερότητα παρατηρήθηκε στο ότι η διάθεση πληροφοριών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού (M.O.=3,25±1,00), όπως και η ύπαρξη ιστοσελίδας (M.O=3,17±1,06).

Πίνακας 5: Προβολή

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Η ύπαρξη κριτικών με βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου	3,58	1,00
Οι επίσημες τοποθετήσεις για τον Covid-19 ενός ιατρού με βοηθάει στην επιλογή του	3,54	1,01
Η διάθεση πληροφοριών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης με βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου	3,25	1,00
Η ύπαρξη ιστοσελίδας με βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου	3,17	1,06



Γράφημα 14: Προβολή

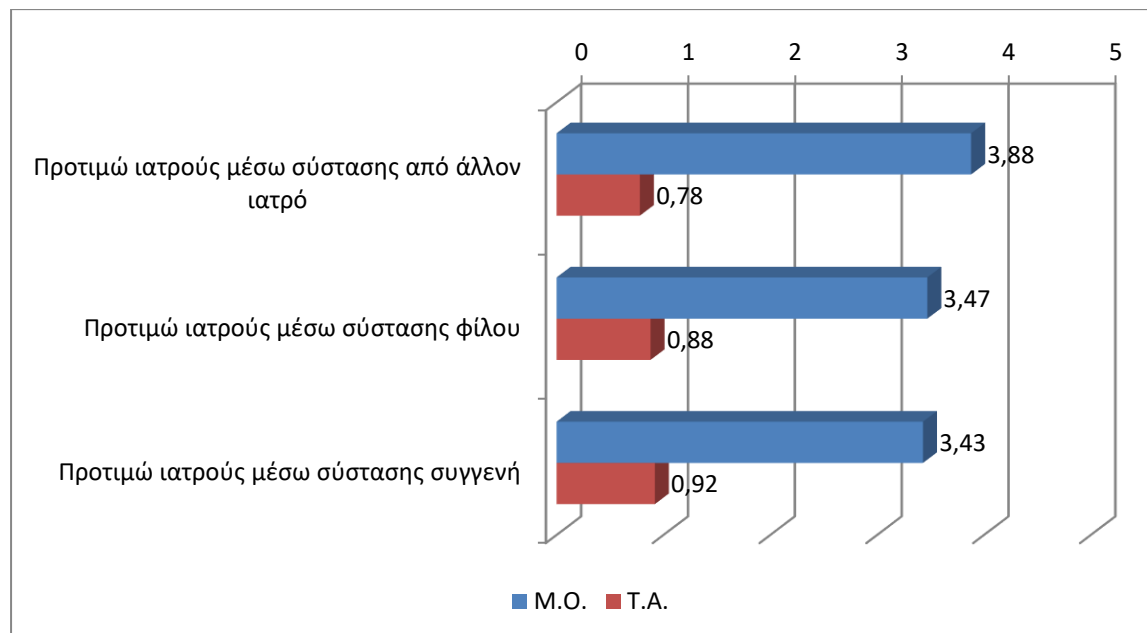
7.1.4. Συστάσεις

Στην παρούσα ενότητα, παρατίθενται οι ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τις προτιμήσεις στους ιατρούς μέσω συστάσεων και απαντώνται μέσω πενταβάθμιας κλίμακας 1-5 και τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον Πίνακα 6 (Γράφημα 15).

Προκύπτει πως οι συμμετέχοντες συμφωνούν στο ότι προτιμούν ιατρούς μέσω σύστασης από άλλο ιατρό (M.O=3,88±0,78). Επίσης, τάση συμφωνίας παρατηρήθηκε στην άποψη πως προτιμούν ιατρούς μέσω σύστασης φίλου (M.O=3,47±0,88) και ιατρούς μέσω σύστασης συγγενή (M.O=3,43±0,92).

Πίνακας 6:Συστάσεις

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Προτιμώ ιατρούς μέσω σύστασης από άλλον ιατρό	3,88	0,78
Προτιμώ ιατρούς μέσω σύστασης φίλου	3,47	0,88
Προτιμώ ιατρούς μέσω σύστασης συγγενή	3,43	0,92



Γράφημα 15:Συστάσεις

7.1.5. Εξυπηρέτηση

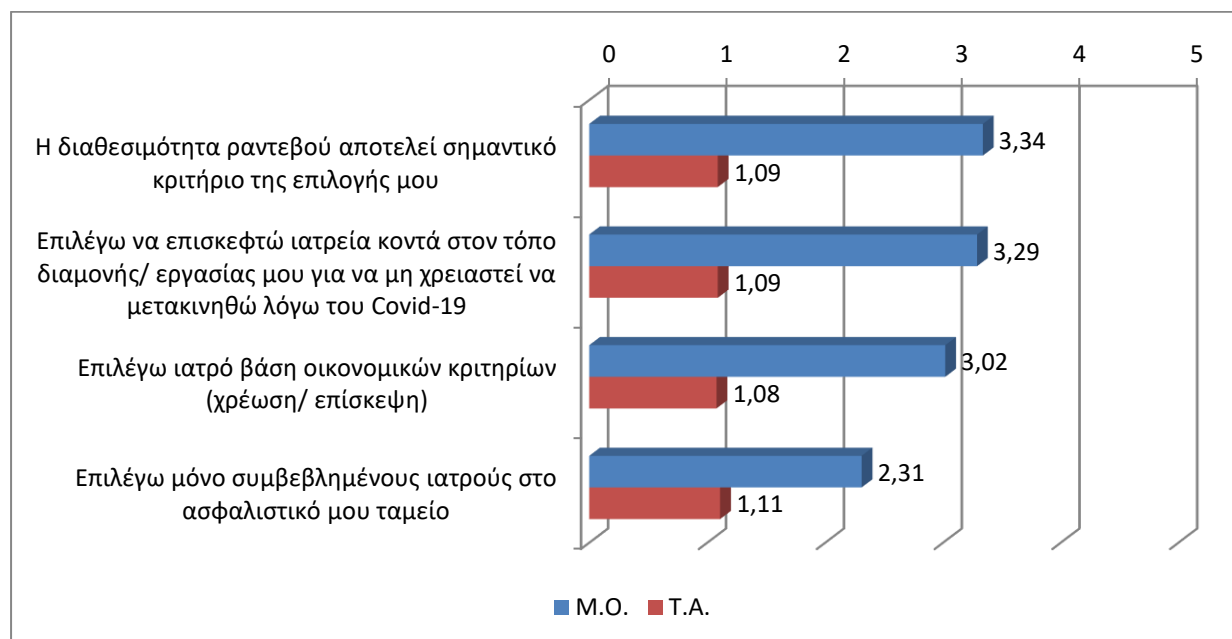
Σε αυτήν την ενότητα, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την εξυπηρέτηση μέσω πενταβάθμιας κλίμακας 1-5.

Από τον Πίνακα 7(και Γράφημα 16) προκύπτει ότι υπάρχει ουδετερότητα στην άποψη πως η διαθεσιμότητα ραντεβού αποτελεί σημαντικό κριτήριο της επιλογής τους (M.O=3,34±1,09), ότι επιλέγουν να επισκεφτούν ιατρεία κοντά στον τόπο διαμονής/ εργασίας τους για να μη χρειαστεί να μετακινηθούν λόγω του Covid-19 (M.O=3,29±1,09),όπως, επίσης, και ότι επιλέγουν ιατρό βάση οικονομικών κριτηρίων (χρέωση/επίσκεψη) (M.O=3,02±1,08).

Τέλος, διαφωνούν ότι επιλέγουν μόνο συμβεβλημένους ιατρούς στο ασφαλιστικό τους ταμείο (M.O.=2,31±1,11).

Πίνακας 7:Εξυπηρέτηση

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Η διαθεσιμότητα ραντεβού αποτελεί σημαντικό κριτήριο της επιλογής μου	3,34	1,09
Επιλέγω να επισκεφτώ ιατρεία κοντά στον τόπο διαμονής/ εργασίας μου για να μη χρειαστεί να μετακινηθώ λόγω του Covid-19	3,29	1,09
Επιλέγω ιατρό βάση οικονομικών κριτηρίων (χρέωση/ επίσκεψη)	3,02	1,08
Επιλέγω μόνο συμβεβλημένους ιατρούς στο ασφαλιστικό μου ταμείο	2,31	1,11



Γράφημα 16:Εξυπηρέτηση

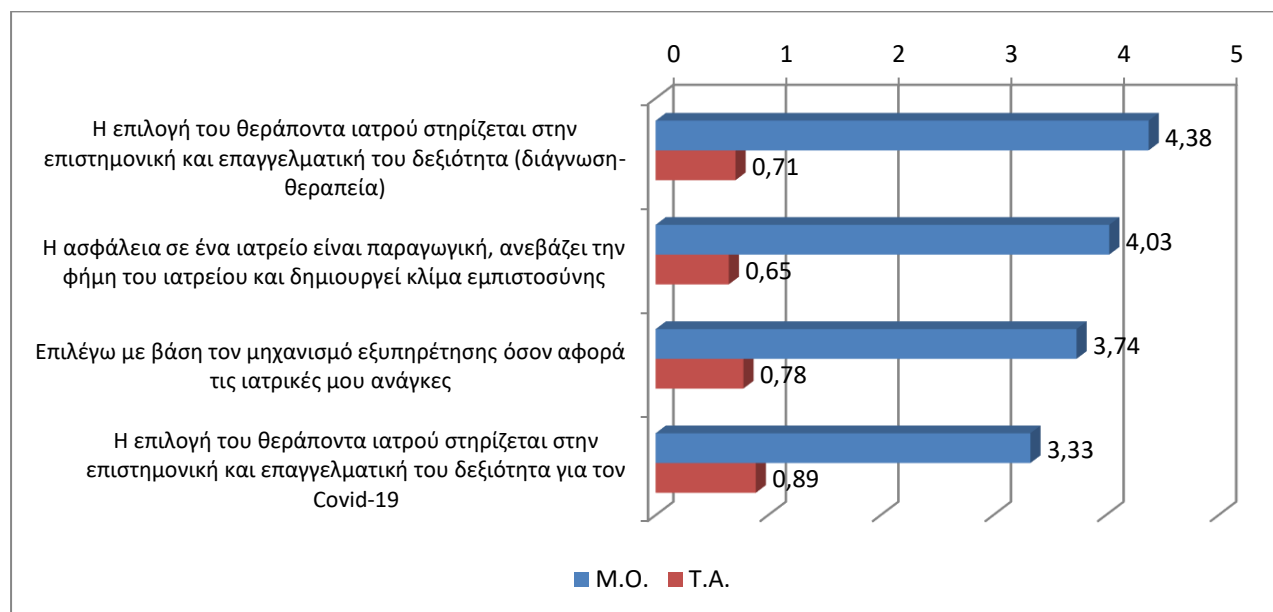
7.1.6. Επιστημονική Δεξιότητα

Στον Πίνακα 8 (και Γράφημα 17) γίνεται αναφορά στις επιστημονικές δεξιότητες του θεράποντος ιατρού σε πενταβάθμια κλίμακα 1-5. Αρχικά, συμφωνούν πως η επιλογή του θεράποντος ιατρού στηρίζεται στην επιστημονική και επαγγελματική του δεξιότητα (διάγνωση-θεραπεία) (M.O.=4,38±0,71), η ασφάλεια σε ένα ιατρείο είναι παραγωγική, ανεβάζει την φήμη του ιατρείου και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης (M.O.=4,03±0,65) και επιλέγουν με βάση το μηχανισμό εξυπηρέτησης όσον αφορά τις ιατρικές τους ανάγκες (M.O.=3,74±0,78)

Τέλος, ουδετερότητα παρατηρείται στην άποψη ότι η επιλογή του θεράποντος ιατρού στηρίζεται στην επιστημονική και επαγγελματική του δεξιότητα για τον Covid-19 (M.O.=3,33±0,89)

Πίνακας 8:Επιστημονική Δεξιότητα

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Η επιλογή του θεράποντος ιατρού στηρίζεται στην επιστημονική και επαγγελματική του δεξιότητα (διάγνωση- θεραπεία)	4,38	0,71
Η ασφάλεια σε ένα ιατρείο είναι παραγωγική, ανεβάζει την φήμη του ιατρείου και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης	4,03	0,65
Επιλέγω με βάση το μηχανισμό εξυπηρέτησης όσον αφορά τις ιατρικές μου ανάγκες	3,74	0,78
Η επιλογή του θεράποντος ιατρού στηρίζεται στην επιστημονική και επαγγελματική του δεξιότητα για τον Covid-19	3,33	0,89



Γράφημα 17:Επιστημονική Δεξιότητα

7.1.7. Διαπροσωπική επικοινωνία

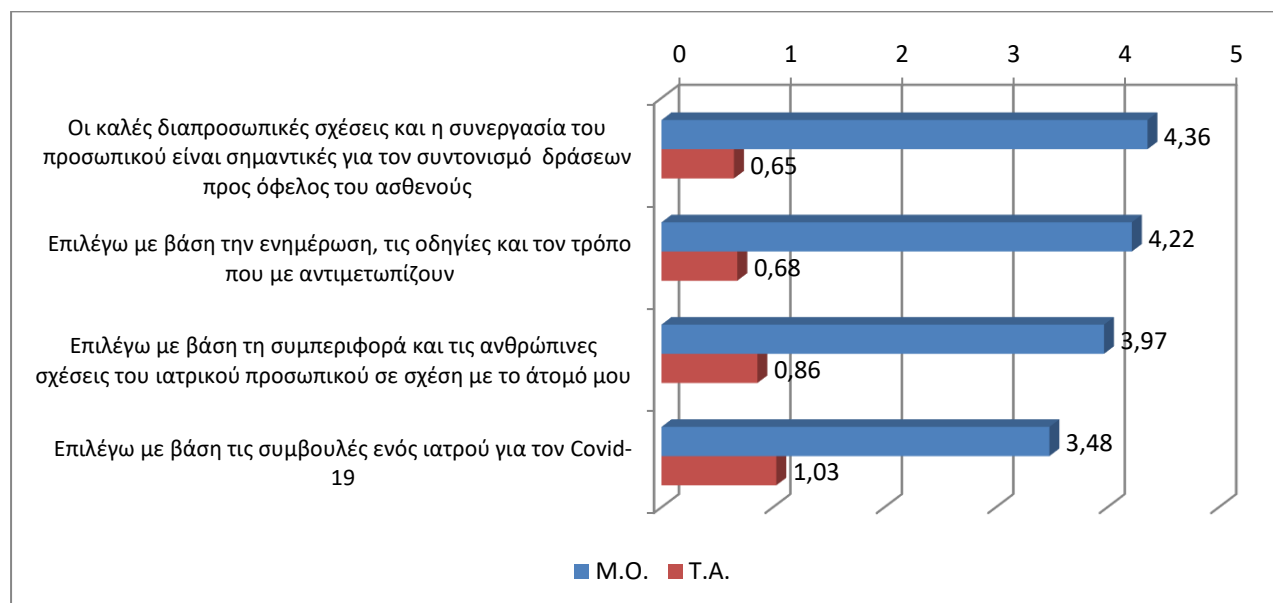
Στον Πίνακα 9 (και γράφημα 18) παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με τη διαπροσωπική τους επικοινωνία μέσω μιας πενταβάθμιας κλίμακας 1-5.

Οι συμμετέχοντες συμφωνούν πως οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό δράσεων προς όφελος του ασθενούς (M.O.=4,36±0,65), επιλέγουν με βάση την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο που τους αντιμετωπίζουν (M.O.=4,22±0,68), καθώς και ότι επιλέγουν με βάση τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το άτομό τους (M.O.=3,97±0,86).

Τέλος, μάλλον συμφωνούν στην επιλογή ενός ιατρού με βάση τις συμβουλές του για τον Covid-19 (M.O.=3,48±1,03).

Πίνακας 9: Διαπροσωπική επικοινωνία

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό δράσεων προς όφελος του ασθενούς	4,36	0,65
Επιλέγω με βάση την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο που με αντιμετωπίζουν	4,22	0,68
Επιλέγω με βάση τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το άτομό μου	3,97	0,86
Επιλέγω με βάση τις συμβουλές ενός ιατρού για τον Covid-19	3,48	1,03



Γράφημα 18: Διαπροσωπική επικοινωνία

7.1.8. Κοινωνική ευθύνη

Σε αυτήν την ενότητα, παρουσιάζονται οι ερωτήσεις, οι οποίες σχετίζονται με την κοινωνική ευθύνη μέσω πενταβάθμιας κλίμακας 1-5.

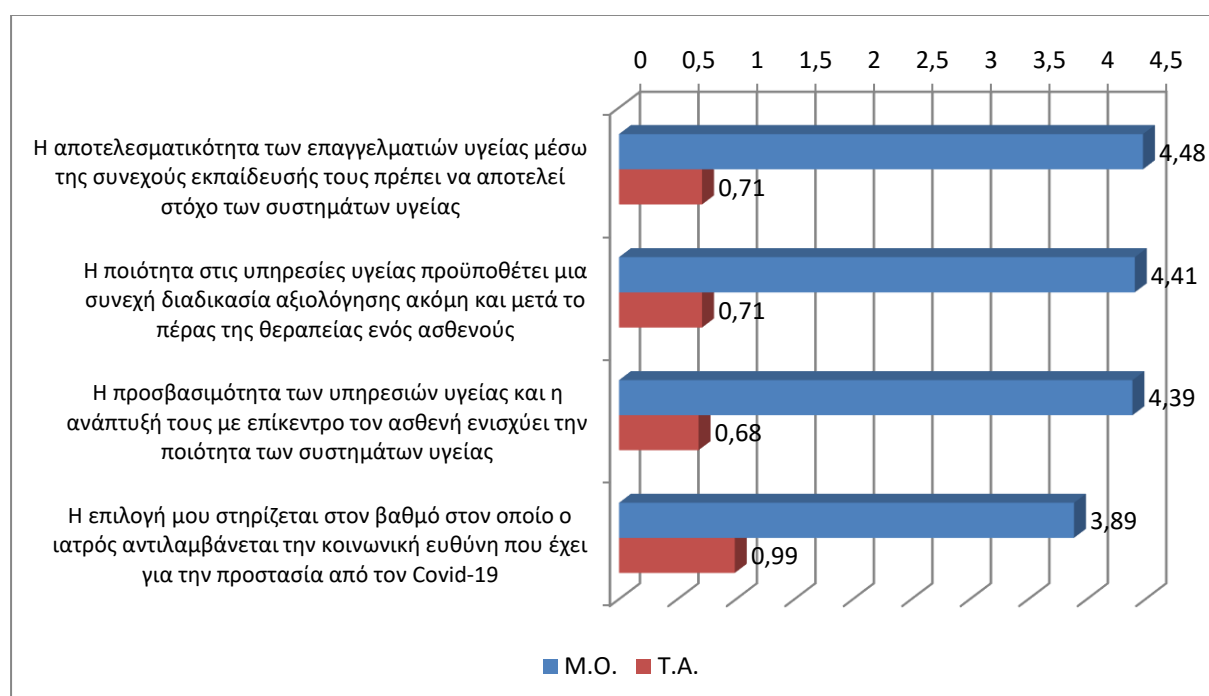
Από τον Πίνακα 10 (και Γράφημα 19) προκύπτει ότι μάλλον συμφωνούν απολύτως στο ότι η αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας μέσω της συνεχούς εκπαίδευσής τους πρέπει να αποτελεί στόχο των συστημάτων υγείας (M.O.=4,48±0,71) και ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς (M.O.=4,41±0,71).

Οι ερωτηθέντες συμφωνούν ότι η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή ενισχύει την ποιότητα των συστημάτων υγείας (M.O.=4,39±0,68) και η επιλογή τους στηρίζεται στο βαθμό στον οποίο ο

ιατρός αντιλαμβάνεται την κοινωνική ευθύνη που έχει για την προστασία από τον Covid-19 (M.O.=3,89±0,99).

Πίνακας 10: Κοινωνική ευθύνη

Ερωτήσεις	M.O.	T.A.
Η αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας μέσω της συνεχούς εκπαίδευσής τους πρέπει να αποτελεί στόχο των συστημάτων υγείας	4,48	0,71
Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς	4,41	0,71
Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή ενισχύει την ποιότητα των συστημάτων υγείας	4,39	0,68
Η επιλογή μου στηρίζεται στο βαθμό στον οποίο ο ιατρός αντιλαμβάνεται την κοινωνική ευθύνη που έχει για την προστασία από τον Covid-19	3,89	0,99



Γράφημα 19: Κοινωνική ευθύνη

7.1.9. Υποδομή ιατρείου

Παρακάτω στον Πίνακα 11 και Γράφημα 20, παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων σχετικά με την υποδομή του ιατρείου. Οι απαντήσεις δίνονται σε πενταβάθμια κλίμακα 1-5.

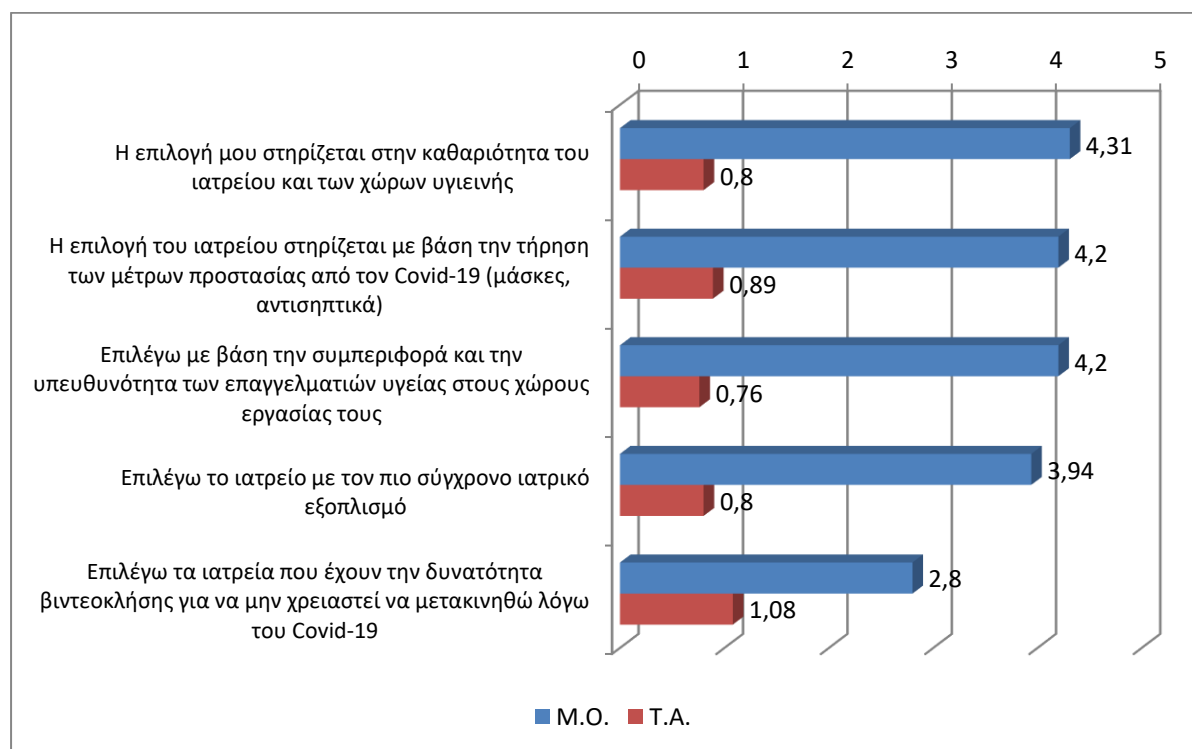
Οι συμμετέχοντες συμφωνούν πως η επιλογή τους στηρίζεται στην καθαριότητα του ιατρείου και των χώρων υγιεινής (M.O.=4,31±0,80), με βάση την τήρηση των μέτρων προστασίας από τον Covid-19 (μάσκες, αντισηπτικά) (M.O.=4,20±0,89), ότι επιλέγουν με βάση τη συμπεριφορά και την υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας

στους χώρους εργασίας τους (Μ.Ο.=4,20±0,76), καθώς και ότι επιλέγουν το ιατρείο με τον πιο σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό (Μ.Ο.=3,94±0,80)

Τέλος, παρατηρείται ουδετερότητα στην άποψη ότι η επιλογή των ιατρείων που έχουν τη δυνατότητα βιντεοκλήσης για να μην χρειαστεί να μετακινηθούν λόγω του Covid-19 (Μ.Ο.=2,80±1,08).

Πίνακας 11:Υποδομή Ιατρείου

Ερωτήσεις	Μ.Ο.	T.A.
Η επιλογή μου στηρίζεται στην καθαριότητα του ιατρείου και των χώρων υγιεινής	4,31	0,80
Η επιλογή του ιατρείου στηρίζεται με βάση την τήρηση των μέτρων προστασίας από τον Covid-19 (μάσκες, αντισηπτικά)	4,20	0,89
Επιλέγω με βάση τη συμπεριφορά και την υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας στους χώρους εργασίας τους	4,20	0,76
Επιλέγω το ιατρείο με τον πιο σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό	3,94	0,80
Επιλέγω τα ιατρεία που έχουν τη δυνατότητα βιντεοκλήσης για να μην χρειαστεί να μετακινηθώ λόγω του Covid-19	2,80	1,08



Γράφημα 20:Υποδομή Ιατρείου

7.2. Μελέτη ερευνητικών ερωτημάτων

7.2.1. 1^ο ερευνητικό ερώτημα

Ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες στην επιλογή ενός θεράποντος ιατρού:

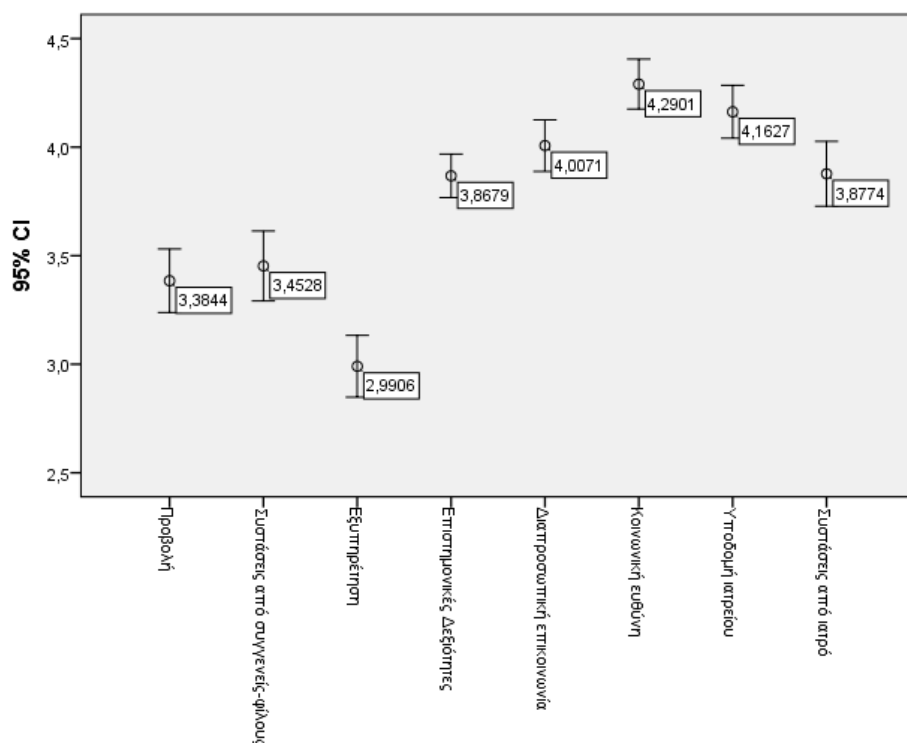
Ο Πίνακας 12 (Γράφημα 21) παρουσιάζει τα περιγραφικά στοιχεία των παραγόντων. Η κλίμακα των απαντήσεων είναι από το 1-5. Στην ανάλυση συμπεριλήφθηκε και ο παράγοντας «Συστάσεις από ιατρό» που αποτελείται από 1 ερώτηση (46).

Προκύπτει ότι οι ερωτηθέντες συμφωνούν με τις απόψεις σχετικά με την κοινωνική ευθύνη του θεράποντος ιατρού (Μ.Ο.=4,29±0,60), ότι επιλέγουν με βάση την υποδομή του ιατρείου (Μ.Ο.=4,16±0,63), τη διαπροσωπική επικοινωνία (Μ.Ο.=4,01±0,62), τις συστάσεις από άλλο ιατρό (Μ.Ο.=3,88 ± 0,78) και την επιστημονική δεξιότητα του ιατρού(Μ.Ο.=3,87±0,52). Επιπλέον, μάλλον συμφωνούν ότι επιλέγουν ιατρό μέσω συστάσεων από συγγενείς και φίλους (Μ.Ο.=3,45±0,84),

Τέλος, ουδετερότητα παρατηρήθηκε στην άποψη ότι επιλέγουν ιατρό με βάση την προβολή του (Μ.Ο.=3,38±0,76) και με βάση την εξυπηρέτηση που λαμβάνουν (Μ.Ο.=2,99±0,74).

Πίνακας 12: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων

Παράγοντες	Μ.Ο.	Τ.Α.
Κοινωνική ευθύνη	4,29	0,60
Υποδομή ιατρείου	4,16	0,63
Διαπροσωπική επικοινωνία	4,01	0,62
Συστάσεις από ιατρό	3,88	0,78
Επιστημονικές δεξιότητες	3,87	0,52
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	3,45	0,84
Προβολή	3,38	0,76
Εξυπηρέτηση	2,99	0,74



Γράφημα 21: Μέσες τιμές και αποκλίσεις των παραγόντων

7.2.2. 2^ο ερευνητικό ερώτημα

Ποια η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στους παράγοντες επιλογής ενός θεράποντος ιατρού;

Φύλο

Ο Πίνακας 13 παρουσιάζει τους ελέγχους independent samples t-test ως προς το φύλο. Εντοπίστηκε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση μέσω τιμών στους παράγοντες «Προβολή» ($t(104)=-2,982, p=0,004$), «Συστάσεις από συγγενείς και φίλους» ($t(104)=-1,345, p=0,182$), «Εξυπηρέτηση» ($t(104)=0,382, p=0,703$), «Επιστημονικές δεξιότητες» ($t(104)=-3,086, p=0,003$), «Διαπροσωπική επικοινωνία» ($t(104)=-5,370, p=0,000$), «Κοινωνική ευθύνη» ($t(104)=-3,310, p=0,001$) και τέλος την «Υποδομή ιατρείου» ($t(104)=-2,301, p=0,023$).

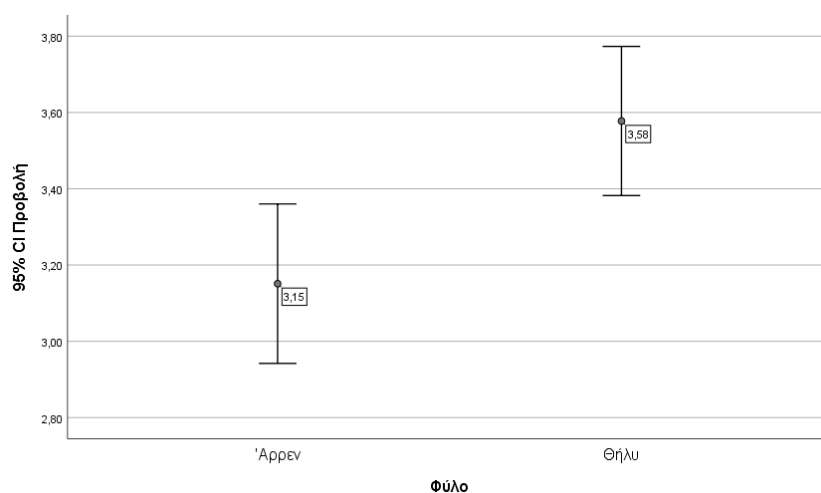
Πίνακας 13: Έλεγχοι independent samples t-test ως προς το φύλο

Παράγοντες	df	T	p-value
Προβολή	104	-2,982	0,004
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	104	-1,345	0,182
Εξυπηρέτηση	104	0,382	0,703
Επιστημονικές δεξιότητες	104	-3,086	0,003
Διαπροσωπική επικοινωνία	104	-5,370	<0,001
Κοινωνική ευθύνη	104	-3,310	0,001
Υποδομή ιατρείου	104	-2,301	0,023
Συστάσεις από ιατρό	104	-1,033	0,304

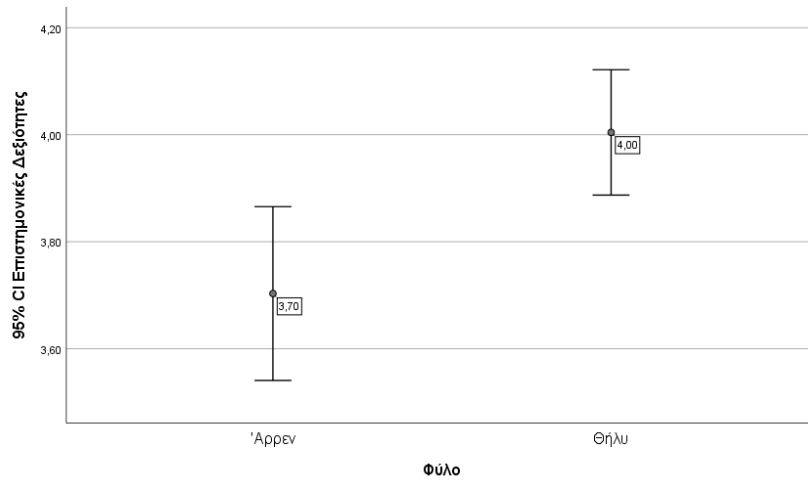
Στον Πίνακα 14 (Γραφήματα 22-26) παρουσιάζονται οι στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών ως προς το φύλο. Στον παράγοντα «Προβολή» η μέση τιμή των αντρών (Μ.Ο.=3,15) είναι στατιστικά μικρότερη ($p=0,004$) από την αντίστοιχη των γυναικών (Μ.Ο.=3,58). Στον παράγοντα «Επιστημονικές δεξιότητες» η μέση τιμή των αντρών (Μ.Ο.=3,70) είναι στατιστικά μικρότερη ($p=0,003$) από την αντίστοιχη των γυναικών (Μ.Ο.=4,00). Στη «Διαπροσωπική επικοινωνία» η μέση τιμή των αντρών (Μ.Ο.=3,69) είναι μικρότερη ($p<0,001$) από αυτή των γυναικών (Μ.Ο.=4,27). Στον παράγοντα «Κοινωνική ευθύνη» η μέση τιμή των αντρών (Μ.Ο.=4,09) είναι μικρότερη ($p=0,001$) από την αντίστοιχη των γυναικών (Μ.Ο.=4,46). Τέλος, στην «Υποδομή ιατρείου» η μέση τιμή των αντρών (Μ.Ο.=4,01) είναι μικρότερη ($p=0,023$) από αυτή των γυναικών (Μ.Ο.=4,29).

Πίνακας 14: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών ως προς το φύλο

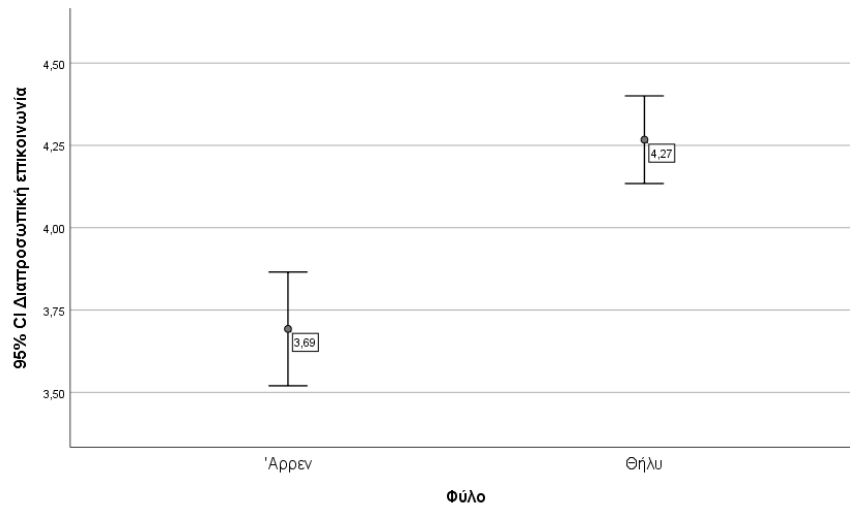
Παράγοντας	Φύλο	N	M.O.	t (104)	p-value
Προβολή	Άρρεν	48	3,15	-2,982	0,004
	Θήλυ	58	3,58		
Επιστημονικές Δεξιότητες	Άρρεν	48	3,70	-3,086	0,003
	Θήλυ	58	4,00		
Διαπροσωπική επικοινωνία	Άρρεν	48	3,69	-5,370	<0,001
	Θήλυ	58	4,27		
Κοινωνική ευθύνη	Άρρεν	48	4,09	-3,310	0,001
	Θήλυ	58	4,46		
Υποδομή ιατρείου	Άρρεν	48	4,01	-2,301	0,023
	Θήλυ	58	4,29		



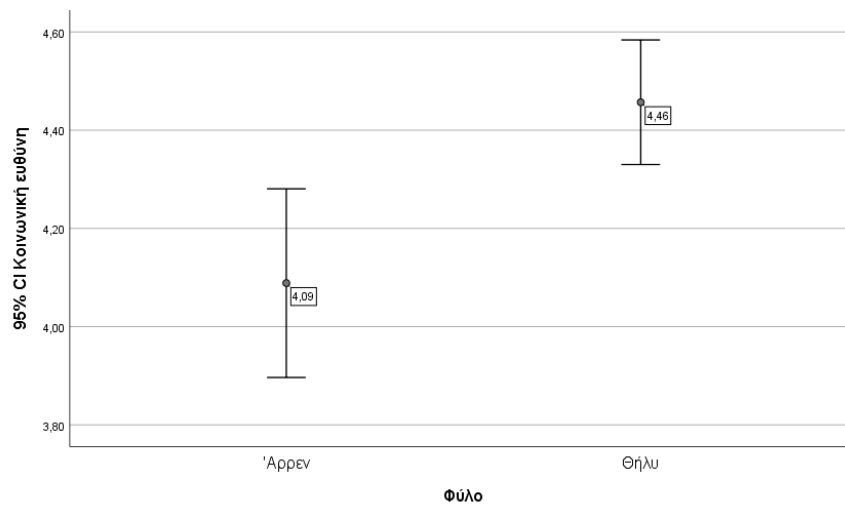
Γράφημα 22: Προβολή ως προς το Φύλο



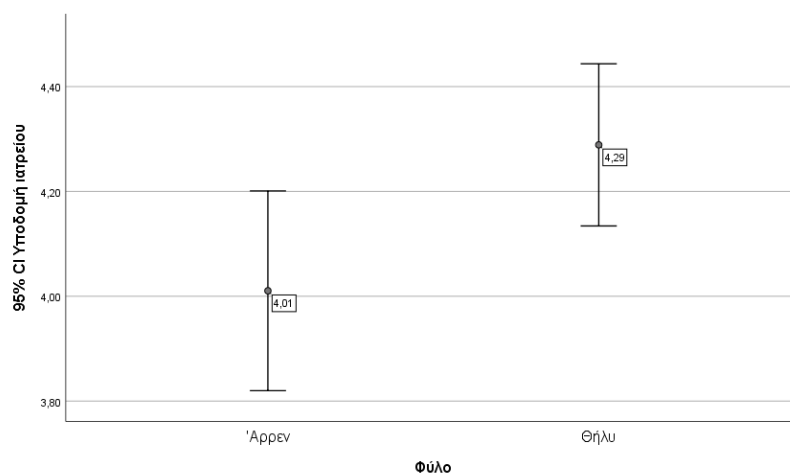
Γράφημα 23:Επιστημονικές δεξιότητες ως προς το Φύλο



Γράφημα 24:Διαπροσωπική επικοινωνία ως προς το Φύλο



Γράφημα 25:Κοινωνική ευθύνη ως προς το Φύλο



Γράφημα 26: Υποδομή ιατρείου ως προς το Φύλο

Ηλικία

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται οι έλεγχοι ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς την ηλικία όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών στον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» ($F(4,101)=3,252$, $p=0,015$).

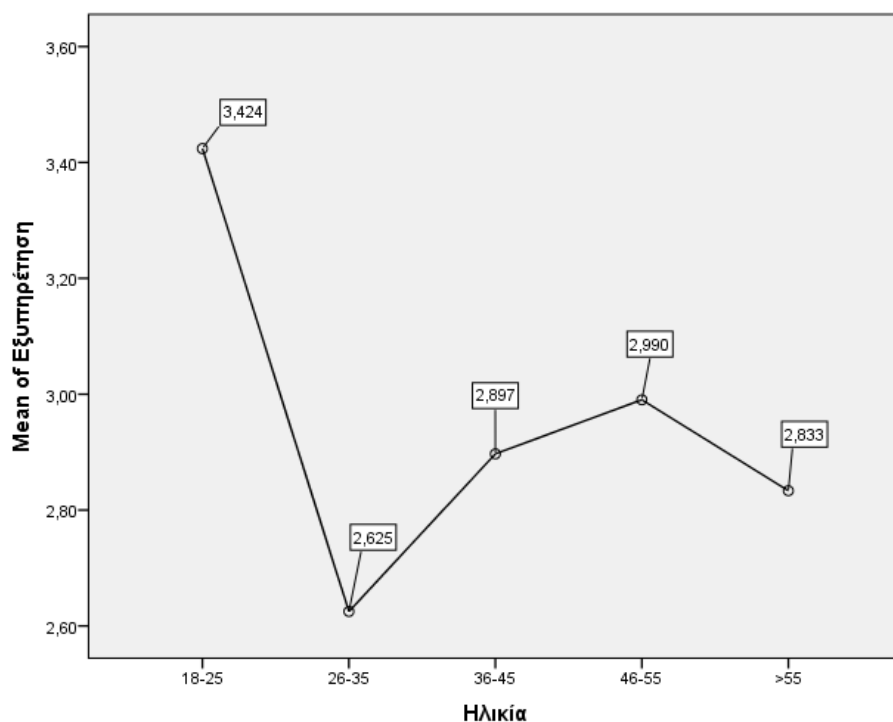
Πίνακας 15: Έλεγχοι Kruskal Wallis και ANOVA ως προς την ηλικία

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Kruskal Wallis	H (4) =5,241	0,263
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Kruskal Wallis	H(4)=6,131	0,190
Εξυπηρέτηση	ANOVA	F(4,101) =3,252	0,015
Επιστημονικές Δεξιότητες	ANOVA	F (4,101) =1,300	0,275
Διαπροσωπική επικοινωνία	Kruskal Wallis	H(4)=1,125	0,890
Κοινωνική ευθύνη	Kruskal Wallis	H(4)=4,709	0,318
Υποδομή ιατρείου	Kruskal Wallis	H(4)=4,202	0,379
Συστάσεις από ιατρούς	Kruskal Wallis	H(4)=1,845	0,764

Από τους Πίνακες 16-17, προκύπτει ότι στον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» η μέση τιμή των ατόμων ηλικίας 18-25 ετών (M.O.=3,42) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ατόμων ηλικίας 26-35 (M.O.=2,63, $p=0,004$), 36-45 (M.O.=2,90, $p=0,022$), 46-55 (M.O.=2,99, $p=0,035$) και άνω των 55 (M.O.=2,83, $p=0,003$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 27.

Πίνακας 16: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων τιμών για «Εξυπηρέτηση» ως προς την ηλικία

Ηλικία	N	M.O.	F (4,101)	p-value
18-25	23	3,42	3,252	0,015
26-35	10	2,63		
36-45	17	2,90		
46-55	26	2,99		
>55	30	2,83		



Γράφημα 27: Εξυπηρέτηση ως προς την ηλικία

Πίνακας 17: Posthoc analysis LSD για εξυπηρέτηση ως προς την ηλικία

Ηλικία (I)	Ηλικία (J)	Μέση διαφορά (I-J)	p-value
18-25	26-35	,79891*	0,004
	36-45	,52685*	0,022
	46-55	,43353*	0,035
	>55	,59058*	0,003
26-35	18-25	-,79891*	0,004
	36-45	-0,27206	0,338
	46-55	-0,36538	0,169
	>55	-0,20833	0,423
36-45	18-25	-,52685*	0,022
	26-35	0,27206	0,338
	46-55	-0,09333	0,674
	>55	0,06373	0,768
46-55	18-25	-,43353*	0,035
	26-35	0,36538	0,169
	36-45	0,09333	0,674
	>55	0,15705	0,411
>55	18-25	-,59058*	0,003
	26-35	0,20833	0,423
	36-45	-0,06373	0,768
	46-55	-0,15705	0,411

Οικογενειακή κατάσταση

Ο Πίνακας 18 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση, όπου βρέθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση με τον παράγοντα «Συστάσεις από ιατρούς» ($H(2)=9,132$, $p=0,010$).

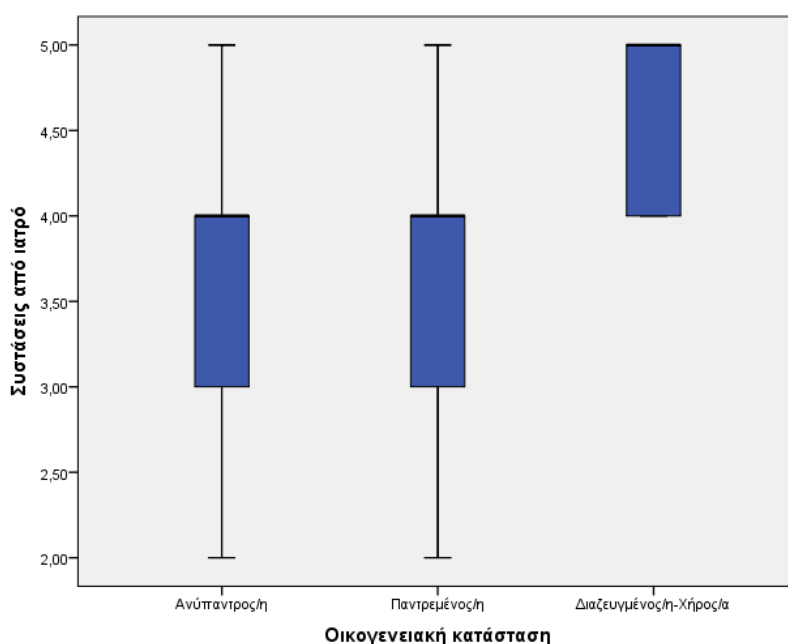
Πίνακας 18: Έλεγχοι ANOVA και Kruskal Wallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Kruskal Wallis	$H(2) = 3,171$	0,205
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Kruskal Wallis	$H(2) = 3,897$	0,142
Εξυπηρέτηση	ANOVA	$F(2,103) = 1,059$	0,351
Επιστημονικές Δεξιότητες	Kruskal Wallis	$H(2) = 0,765$	0,682
Διαπροσωπική επικοινωνία	Kruskal Wallis	$H(2) = 2,091$	0,352
Κοινωνική ευθύνη	Kruskal Wallis	$H(2) = 1,200$	0,549
Υποδομή ιατρείου	Kruskal Wallis	$H(2) = 0,867$	0,648
Συστάσεις από ιατρούς	Kruskal Wallis	$H(2) = 9,132$	0,010

Σύμφωνα με τον Πίνακα 19 (Γράφημα 28), προκύπτει ότι στον παράγοντα «Συστάσεις από ιατρό» μεγαλύτερη μέση βαθμίδα εμφανίζουν οι διαζευγμένοι-χήροι ($M.B.=78,83$) σε σύγκριση με τους παντρεμένους ($M.B.=48,07$, $p=0,008$).

Πίνακας 19: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Συστάσεις από ιατρό» ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Παράγοντας	Οικογενειακή κατάσταση	N	M.B.	H(2)	p-value
Συστάσεις από ιατρό	Ανύπαντρος/η	46	54,57	9,132	0,010
	Παντρεμένος/η	51	48,07		
	Διαζευγμένος/η-Χήρος/α	9	78,83		



Γράφημα 28: Συστάσεις από ιατρό ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Εκπαιδευτικό επίπεδο

Ο Πίνακας 20 παρουσιάζει τα αποτελέσματα των ελέγχων ANOVA και Kruskal Wallis ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο όπου δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ($p \geq 0,071$).

Πίνακας 20: Έλεγχοι Kruskal Wallis και ANOVA ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Kruskal Wallis	H (4) =8,077	0,089
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Kruskal Wallis	H (4) =1,167	0,884
Εξυπηρέτηση	ANOVA	F (4,101) =0,894	0,470
Επιστημονικές δεξιότητες	Kruskal Wallis	H (4) =1,706	0,790
Διαπροσωπική επικοινωνία	Kruskal Wallis	H (4) =2,967	0,563
Κοινωνική ευθύνη	Kruskal Wallis	H (4) =8,622	0,071
Υποδομή ιατρείου	Kruskal Wallis	H (4) =3,745	0,442
Συστάσεις από ιατρό	Kruskal Wallis	H (4) = 2,618	0,624

Επαγγελματική κατάσταση

Στον Πίνακα 21 παρουσιάζονται οι έλεγχοι ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς την επαγγελματική κατάσταση όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική εξάρτηση στον παράγοντα «Συστάσεις από συγγενείς-φίλους» ($H(4)=12,343$, $p=0,015$) και «Εξυπηρέτηση» ($F(4,101)=4,606$, $p=0,002$).

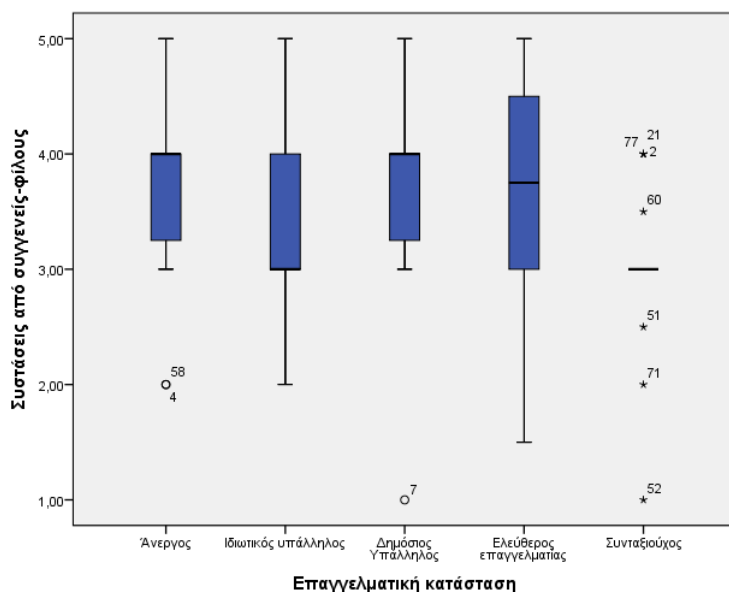
Πίνακας 21: Έλεγχοι Kruskal Wallis και ANOVA ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Kruskal Wallis	H (4) =5,722	0,221
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Kruskal Wallis	H (4) =12,343	0,015
Εξυπηρέτηση	ANOVA	F (4,101) =4,606	0,002
Επιστημονικές δεξιότητες	ANOVA	F (4,101) =0,719	0,581
Διαπροσωπική επικοινωνία	Kruskal Wallis	H (4) =4,138	0,388
Κοινωνική ευθύνη	Kruskal Wallis	H (4) =1,919	0,751
Υποδομή ιατρείου	Kruskal Wallis	H (4) =3,398	0,494
Συστάσεις από ιατρό	Kruskal Wallis	H (4) =3,775	0,437

Από τον Πίνακα 22 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Συστάσεις από συγγενείς-φίλους» η μέση βαθμίδα των ανέργων (M.B.=64,76) είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των συνταξιούχων (M.B.=36,12, $p=0,025$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 29.

Πίνακας 22: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Συστάσεις από συγγενείς-φίλους» ως προς επαγγελματική κατάσταση

Παράγοντας	Επαγγελματική κατάσταση	N	M.B	H(4)	p-value
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Άνεργος	23	64,76	12,343	0,015
	Ιδιωτικός υπάλληλος	30	47,10		
	Δημόσιος υπάλληλος	20	61,30		
	Ελεύθερος επαγγελματίας	16	58,03		
	Συνταξιούχος	17	36,12		

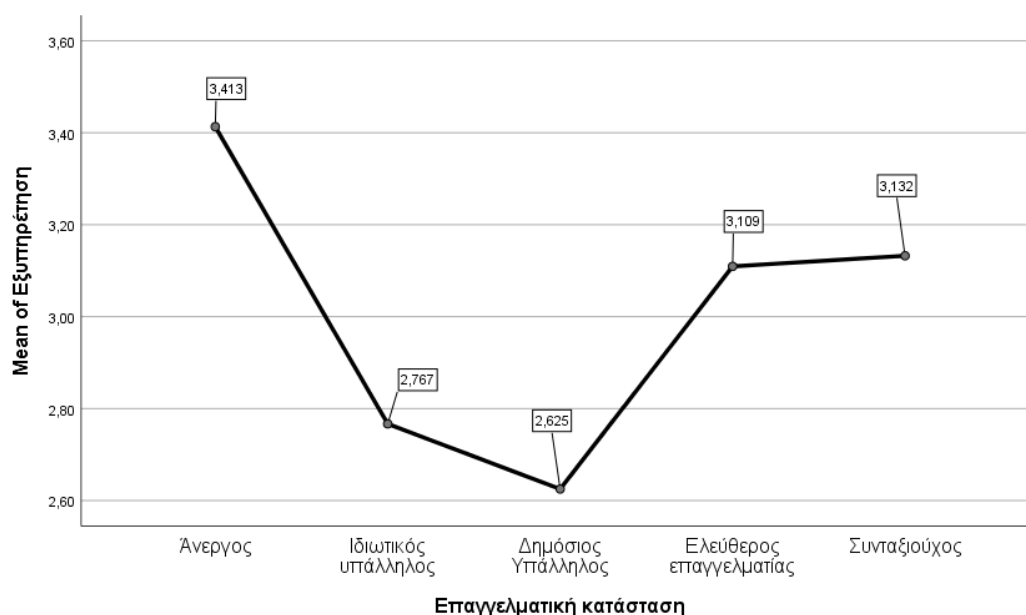


Γράφημα 29: Συστάσεις από συγγενείς-φίλους ως προς επαγγελματική κατάσταση

Από τους Πίνακες 23-24 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» η μέση τιμή των ανέργων (M.O.=3,41) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ιδιωτικών υπαλλήλων (M.O.=2,77 $p=0,001$) και των δημοσίων (M.O.=2,63, $p<0,001$). Επιπλέον, η μέση τιμή των δημοσίων υπαλλήλων (M.O.=2,77) είναι στατιστικά μικρότερη από την αντίστοιχη των ελεύθερων επαγγελματιών (M.O.=3,11, $p=0,040$) και των συνταξιούχων (M.O.=3,13, $p=0,029$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 30.

Πίνακας 23: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω τιμών για «Εξυπηρέτηση» ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική κατάσταση	N	M.O.	F (4,101)	p-value
Άνεργος	23	3,41	4,606	0,002
Συνταξιούχος	17	3,13		
Ελεύθερος επαγγελματίας	16	3,11		
Ιδιωτικός υπάλληλος	30	2,77		
Δημόσιος υπάλληλος	20	2,63		



Γράφημα 30: Εξυπηρέτηση ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Πίνακας 24: Post hoc analysis LSD για εξυπηρέτηση ως προς την επαγγελματική κατάσταση

Επαγγελματική κατάσταση (I)	Επαγγελματική κατάσταση (J)	Μέση διαφορά (I-J)	p-value
Άνεργος	Ιδιωτικός υπάλληλος	,64638*	0,001
	Δημόσιος υπάλληλος	,78804*	<0,001
	Ελεύθερος επαγγελματίας	0,30367	0,181
	Συνταξιούχος	0,28069	0,208
Ιδιωτικός υπάλληλος	Άνεργος	-,64638*	0,001
	Δημόσιος υπάλληλος	0,14167	0,481
	Ελεύθερος επαγγελματίας	-0,34271	0,113
	Συνταξιούχος	-0,36569	0,085
Δημόσιος Υπάλληλος	Άνεργος	-,78804*	<0,001
	Ιδιωτικός υπάλληλος	-0,14167	0,481
	Ελεύθερος επαγγελματίας	-,48438*	0,040
	Συνταξιούχος	-,50735*	0,029
Ελεύθερος επαγγελματίας	Άνεργος	-0,30367	0,181
	Ιδιωτικός υπάλληλος	0,34271	0,113
	Δημόσιος υπάλληλος	,48438*	0,040
	Συνταξιούχος	-0,02298	0,924
Συνταξιούχος	Άνεργος	-0,28069	0,208
	Ιδιωτικός υπάλληλος	0,36569	0,085
	Δημόσιος υπάλληλος	,50735*	0,029
	Ελεύθερος επαγγελματίας	0,02298	0,924

Μηνιαίο εισόδημα

Στον Πίνακα 25 παρουσιάζονται οι έλεγχοι ANOVA και Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς την ηλικία, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των μέσων τιμών στον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» ($F(4,101)=3,472$, $p=0,011$).

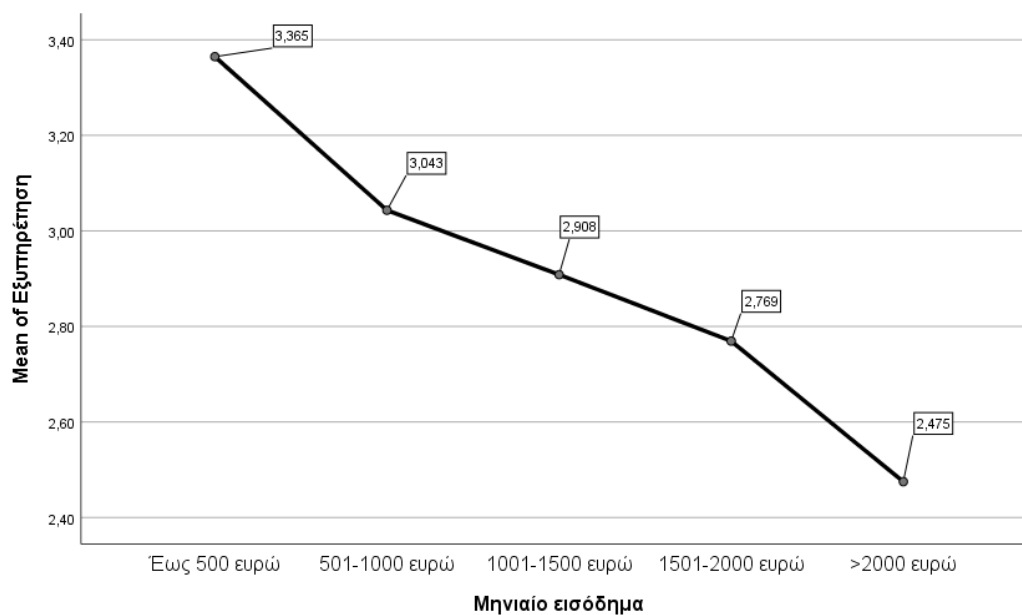
Πίνακας 25: Έλεγχοι ANOVA και Kruskal Wallis ως προς το μηνιαίο εισόδημα

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Kruskal Wallis	H (4) =3,467	0,483
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Kruskal Wallis	H (4) =8,840	0,065
Εξυπηρέτηση	ANOVA	F (4,101) =3,472	0,011
Επιστημονικές δεξιότητες	Kruskal Wallis	H (4) =3,928	0,416
Διαπροσωπική επικοινωνία	Kruskal Wallis	H (4) =3,383	0,496
Κοινωνική ευθύνη	Kruskal Wallis	H(4)=4,017	0,404
Υποδομή ιατρείου	Kruskal Wallis	H (4) =0,623	0,960
Συστάσεις από ιατρό	Kruskal Wallis	H (4) =2,814	0,589

Από τους Πίνακες 26-27 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» η μέση τιμή των ατόμων με μηνιαίο εισόδημα έως 500 ευρώ (M.O.=3,36) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των 501-1000 ευρώ (M.O.=3,04 $p=0,102$), των 1001-1500 ευρώ (M.O.=2,91 $p=0,020$), των 1501-2000 (M.O.=2,77, $p=0,016$) και των ατόμων με εισόδημα μεγαλύτερο από 2000 ευρώ (M.O.=2,48, $p=0,001$). Επιπλέον, η μέση τιμή των ατόμων με εισόδημα 501-1000 ευρώ (M.O.=3,04) είναι στατιστικά μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ατόμων με εισόδημα μεγαλύτερο από 2000 ευρώ (M.O.=2,48, $p=0,031$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 31.

Πίνακας 26: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσων τιμών για «Εξυπηρέτηση» ως προς το μηνιαίο εισόδημα

Μηνιαίο εισόδημα	N	M.O.	F (4,101)	p-value
Έως 500 ευρώ	24	3,36	3,472	0,011
501-1000 ευρώ	29	3,04		
1001-1500 ευρώ	30	2,91		
1501-2000 ευρώ	13	2,77		
>2000 ευρώ	10	2,48		



Γράφημα 31: Εξυπηρέτηση ως προς το μηνιαίο εισόδημα

Πίνακας 27: Post hoc analysis LSD για εξυπηρέτηση ως προς το μηνιαίο εισόδημα

Μηνιαίο εισόδημα (I)	Μηνιαίο Εισόδημα (J)	Μέση διαφορά (I-J)	p-value
Έως 500 ευρώ	501-1000 ευρώ	0,32148	0,102
	1001-1500 ευρώ	,45625*	0,020
	1501-2000 ευρώ	,59535*	0,016
	>2000 ευρώ	,88958*	0,001
501-1000 ευρώ	Έως 500 ευρώ	-0,32148	0,102
	1001-1500 ευρώ	0,13477	0,466
	1501-2000 ευρώ	0,27387	0,248
	>2000 ευρώ	,56810*	0,031
1001-1500 ευρώ	Έως 500 ευρώ	-,45625*	0,020
	501-1000 ευρώ	-0,13477	0,466
	1501-2000 ευρώ	0,13910	0,555
	>2000 ευρώ	0,43333	0,096
1501-2000 ευρώ	Έως 500 ευρώ	-,59535*	0,016
	501-1000 ευρώ	-0,27387	0,248
	1001-1500 ευρώ	-0,13910	0,555
	>2000 ευρώ	0,29423	0,325
>2000 ευρώ	Έως 500 ευρώ	-,88958*	0,001
	501-1000 ευρώ	-,56810*	0,031
	1001-1500 ευρώ	-0,43333	0,096
	1501-2000 ευρώ	-0,29423	0,325

Υψηκοότητα

Στον Πίνακα 28 παρουσιάζονται οι έλεγχοι Mann Whitney των παραγόντων ως προς την υψηκοότητα, όπου δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική εξάρτηση ($p \geq 0,068$).

Πίνακας 28: Έλεγχοι Mann Whitney ως προς την υψηκοότητα

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Mann Whitney	U=26,000	0,068
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Mann Whitney	U=78,000	0,531
Εξυπηρέτηση	Mann Whitney	U=91,000	0,761
Επιστημονικές δεξιότητες	Mann Whitney	U=63,000	0,335
Διαπροσωπική επικοινωνία	Mann Whitney	U=56,500	0,265
Κοινωνική ευθύνη	Mann Whitney	U=101,000	0,944
Υποδομή ιατρείου	Mann Whitney	U=55,000	0,251
Συστάσεις από ιατρό	Mann Whitney	U=97,500	0,870

Περιοχή διαμονής

Στον Πίνακα 29 παρουσιάζονται οι έλεγχοι Kruskal Wallis των παραγόντων ως προς την περιοχή διαμονής, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική εξάρτηση με τον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» ($H(2)=6,803$, $p=0,033$) και «Υποδομή ιατρείου» ($H(2)=10,116$, $p=0,006$).

Πίνακας 29: Έλεγχοι Kruskal Wallis και ANOVA ως προς την περιοχή διαμονής

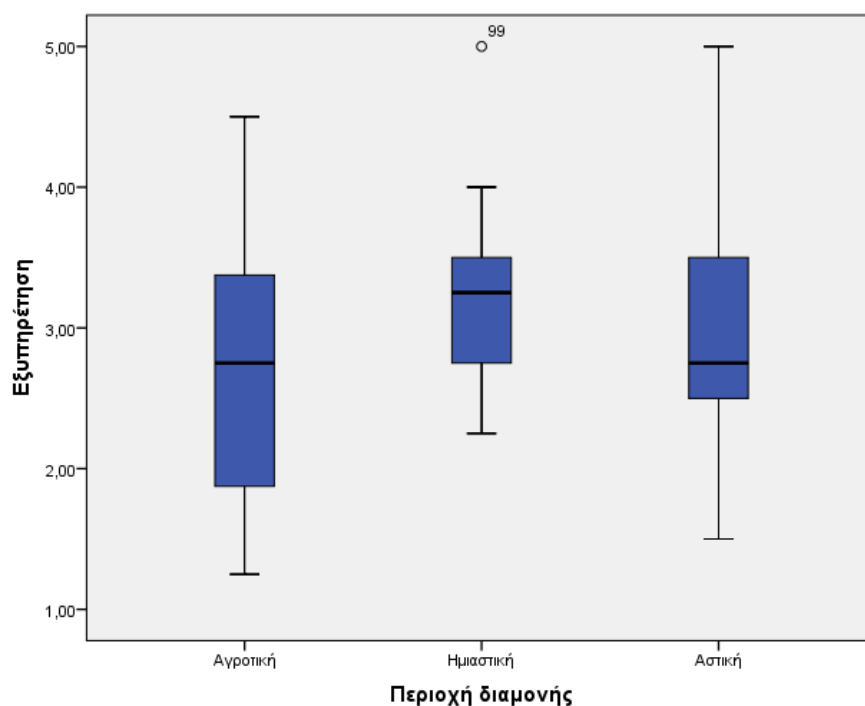
Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Kruskal Wallis	H (2) =2,505	0,286
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Kruskal Wallis	H (2) =0,037	0,982
Εξυπηρέτηση	Kruskal Wallis	H (2) =6,803	0,033
Επιστημονικές Δεξιότητες	Kruskal Wallis	H (2) =4,445	0,108
Διαπροσωπική επικοινωνία	Kruskal Wallis	H (2) =5,095	0,078
Κοινωνική ευθύνη	Kruskal Wallis	H (2) =4,429	0,109
Υποδομή ιατρείου	Kruskal Wallis	H (2) =10,116	0,006
Σύσταση από ιατρό	Kruskal Wallis	H (2) =0,978	0,613

Από τον Πίνακα 30 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» η μέση βαθμίδα των κατοίκων της ημιαστικής περιοχής (M.B.=66,94) είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη της αστικής (M.B.=50,26, $p=0,019$) και της αγροτικής (M.B.=43,59, $p=0,034$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 32.

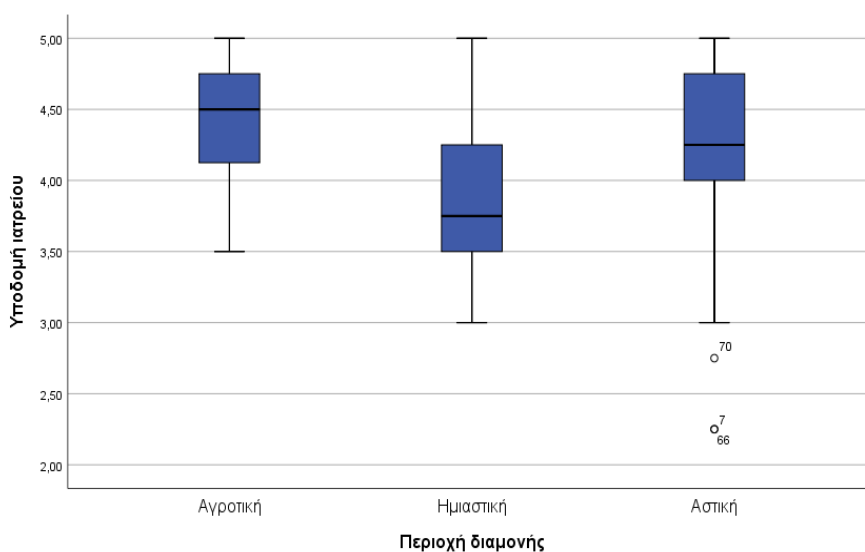
Από τον Πίνακα 30 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Υποδομή ιατρείου» η μέση βαθμίδα των κατοίκων της ημιαστικής περιοχής (M.B.=36,86) είναι μικρότερη από την αντίστοιχη της αστικής (M.B.=57,83, $p=0,009$) και της αγροτικής (M.B.=63,77, $p=0,044$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 33.

Πίνακας 30: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων ως προς την περιοχή διαμονής

Παράγοντας	Περιοχή διαμονής	N	M.B	H (2)	p-value
Εξυπηρέτηση	Αγροτική	11	43,59	6,803	0,033
	Ημιαστική	25	66,94		
	Αστική	70	50,26		
Υποδομή ιατρείου	Αγροτική	11	63,77	10,116	0,006
	Ημιαστική	25	36,86		
	Αστική	70	57,83		



Γράφημα 32: Εξυπηρέτηση ως προς την περιοχή διαμονής



Γράφημα 33: Υποδομή ιατρείου ως προς την περιοχή διαμονής

Ασφαλιστικό ταμείο

Στον Πίνακα 31 παρουσιάζονται οι έλεγχοι Mann Whitney των παραγόντων ως προς την ύπαρξη ασφαλιστικού ταμείου, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική εξάρτηση με τον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» ($U=225$, $p=0,005$).

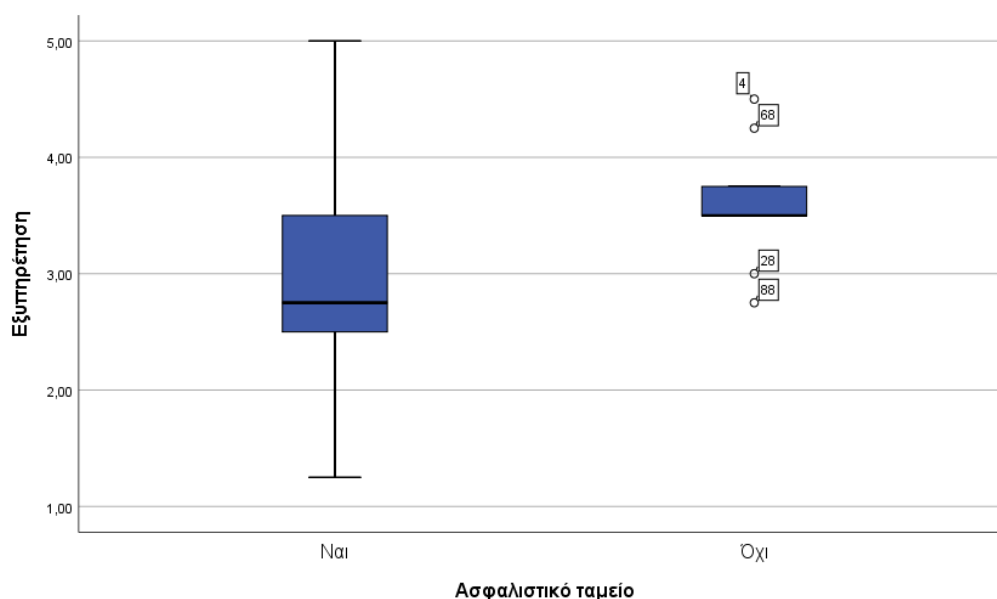
Πίνακας 31: Έλεγχοι Mann Whitney ως προς το ασφαλιστικό ταμείο

Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Mann Whitney	$U=384,000$	0,295
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Mann Whitney	$U=310,000$	0,056
Εξυπηρέτηση	Mann Whitney	$U=225,000$	0,005
Επιστημονικές Δεξιότητες	Mann Whitney	$U=400,000$	0,381
Διαπροσωπική επικοινωνία	Mann Whitney	$U=357,500$	0,181
Κοινωνική ευθύνη	Mann Whitney	$U=452,500$	0,764
Υποδομή ιατρείου	Mann Whitney	$U=445,500$	0,707
Συστάσεις από ιατρό	Mann Whitney	$U=325,500$	0,069

Από τον Πίνακα 32 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Εξυπηρέτηση» η μέση βαθμίδα των ατόμων που δεν έχουν ασφαλιστικό ταμείο ($M.B.=79,00$) είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ατόμων που έχουν ($M.B.=50,84$, $p=0,005$). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 34.

Πίνακας 32: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Εξυπηρέτηση» ως προς το ασφαλιστικό ταμείο

Παράγοντας	Ασφαλιστικό ταμείο	N	M.B	U	p-value
Εξυπηρέτηση	Ναι	96	50,84	225	0,005
	Όχι	10	79,00		



Γράφημα 34: Εξυπηρέτηση ως προς το ασφαλιστικό ταμείο

Ασφάλιση υγείας

Στον Πίνακα 33 παρουσιάζονται οι έλεγχοι Mann Whitney και independent samples t-test των παραγόντων ως προς την ύπαρξη ασφάλειας υγείας, όπου προέκυψε στατιστικά σημαντική εξάρτηση με τον παράγοντα «Συστάσεις από συγγενείς και φίλους» (U=782, p=0,032).

Πίνακας 33: Έλεγχοι Mann Whitney και independent samples t-test ως προς την ασφάλιση υγείας

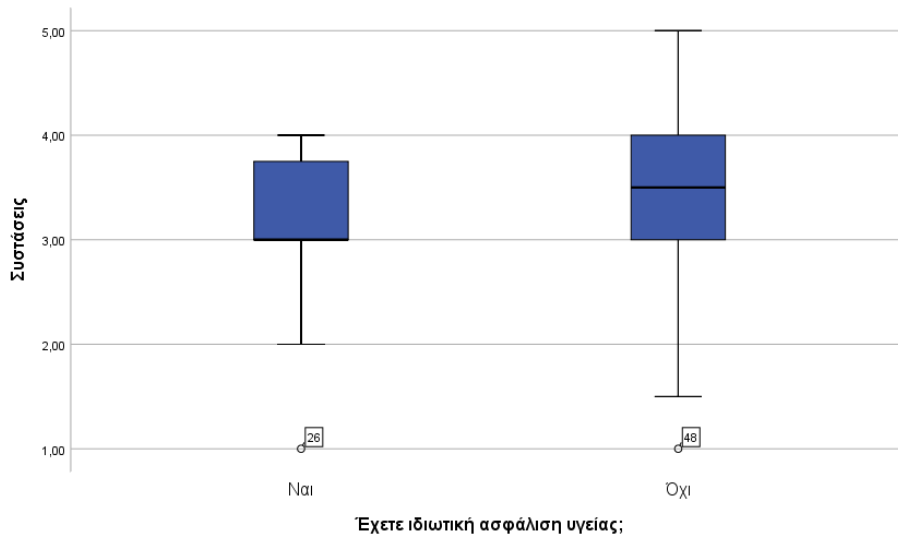
Παράγοντες	Έλεγχος	Στατιστικό	p-value
Προβολή	Mann Whitney	U=814,000	0,065
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Mann Whitney	U=782,000	0,032
Εξυπηρέτηση	t-test	t (104) = -0,903	0,369
Επιστημονικές δεξιότητες	Mann Whitney	U=859,500	0,128
Διαπροσωπική επικοινωνία	Mann Whitney	U=943,000	0,365
Κοινωνική ευθύνη	Mann Whitney	U=834,500	0,089
Υποδομή ιατρείου	Mann Whitney	U=928,500	0,313
Συστάσεις από ιατρό	Mann Whitney	U=743,000	0,011

Από τον Πίνακα 34 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Συστάσεις από συγγενείς-φίλους», η μέση βαθμίδα των ατόμων που δεν έχουν ασφάλεια υγείας (M.B.=57,10) είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ατόμων που έχουν (M.B.=42,96, p=0,032). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 35.

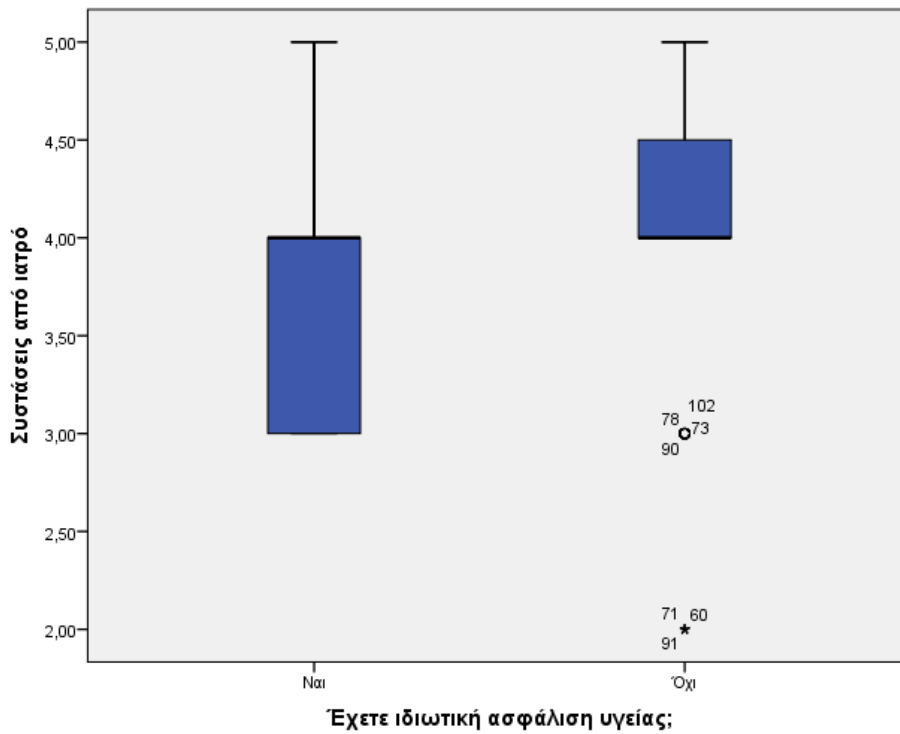
Από τον Πίνακα 34 προκύπτει ότι στον παράγοντα «Συστάσεις από ιατρό», η μέση βαθμίδα των ατόμων που δεν έχουν ασφάλεια υγείας (M.B.=57,59) είναι μεγαλύτερη από την αντίστοιχη των ατόμων που έχουν (M.B.=41,52, p=0,011). Οι στατιστικά σημαντικές διαφορές παρουσιάζονται στο Γράφημα 36.

Πίνακας 34: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων ως προς την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

Παράγοντας	Ασφάλιση υγείας	N	M.B	U	p-value
Συστάσεις από συγγενείς-φίλους	Ναι	27	42,96	782	0,032
	Όχι	79	57,10		
Συστάσεις από ιατρό	Ναι	27	41,52	743	0,011
	Όχι	79	57,59		



Γράφημα 35: Συστάσεις από συγγενείς-φίλους ως προς την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας



Γράφημα 36: Συστάσεις από ιατρό ως προς την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας

7.3. Σύνοψη αποτελεσμάτων

Στην έρευνα συμμετείχαν 106 συμμετέχοντες, στην πλειοψηφία τους Έλληνες, άνω των 35 ετών, υψηλού μορφωτικού επιπέδου ΑΕΙ-ΤΕΙ ή μεταπτυχιακής εξειδίκευσης, με μηνιαίο εισόδημα έως 1500 ευρώ, που διαμένουν σε αστική περιοχή που έχουν ασφαλιστικό ταμείο, χωρίς ιδιωτική ασφάλιση υγείας. Το δείγμα ήταν σχεδόν ισόποσα κατανομημένο ως προς το φύλο και την έγγαμη ή άγαμη οικογενειακή κατάσταση. Επίσης, η πλειοψηφία ανέφερε ότι εργάζεται στον ιδιωτικό ή στον δημόσιο τομέα είτε ως ελεύθεροι επαγγελματίες.

Σημαντικότεροι παράγοντες επιλογής θεράποντος ιατρού αναδείχτηκαν η κοινωνική ευθύνη, η υποδομή του ιατρείου, η διαπροσωπική επικοινωνία με τους ασθενείς, η σύσταση από ιατρό και η επιστημονική δεξιότητα.

Οι παράγοντες επιλογής θεράποντος ιατρού επηρεάστηκαν από το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, την επαγγελματική κατάσταση, το μηνιαίο εισόδημα, την περιοχή διαμονής, το ασφαλιστικό ταμείο και την ασφάλεια υγείας.

8. Κεφάλαιο: Συμπεράσματα

8.1. Συζήτηση

Διάφορες μελέτες^{20,41,42,44} έχουν υποδείξει πως τα απαραίτητα συστατικά του σωστού προσδιορισμού της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν: η προβολή του ιατρού, οι συστάσεις, η εξυπηρέτηση, οι επιστημονικές δεξιότητες, η διαπροσωπική επικοινωνία με τον ασθενή, η κοινωνική ευθύνη και η υποδομή του ιατρείου. Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να μελετήσει τους παράγοντες σύμφωνα με τους οποίους γίνεται η επιλογή ενός θεράποντος ιατρού την τρέχουσα περίοδο του Covid-19, σύμφωνα με τη γνώμη των ασθενών.

Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν 106 συμμετέχοντες, όπου η πλειοψηφία ήταν Ελληνικής καταγωγής, άνω των 35 ετών, υψηλού μορφωτικού επιπέδου ΑΕΙ-ΤΕΙ ή μεταπτυχιακής εξειδίκευσης, με μηνιαίο εισόδημα έως 1500 ευρώ, που διαμένουν σε αστική περιοχή. Το δείγμα ήταν ισόποσα κατανομημένο σε άντρες και γυναίκες καθώς και σε άτομα που βρίσκονται σε έγγαμη ή άγαμη οικογενειακή κατάσταση. Σχετικά με την επαγγελματική κατάσταση, περίπου οι μισοί ήταν ιδιωτικοί ή δημόσιοι υπάλληλοι και 1 στους 3 ελεύθεροι επαγγελματίες ή συνταξιούχοι. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ανέφεραν ότι είχαν ασφαλιστικό ταμείο, χωρίς ιδιωτική ασφάλιση υγείας.

Οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι θα επέλεγαν έναν ιατρό ο οποίος έχει κοινωνική ευθύνη. Συγκεκριμένα, ανέφεραν πως η αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας, μέσω της συνεχούς εκπαίδευσής τους, πρέπει να αποτελεί στόχο των συστημάτων υγείας και ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς. Ακόμη, ανέφεραν πως θα επέλεγαν ιατρό ο οποίος αντιλαμβάνεται την κοινωνική ευθύνη που έχει για την προστασία από τον Covid-19. Τέλος, δήλωσαν πως η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή ενισχύει την ποιότητα των συστημάτων υγείας. Η προσβασιμότητα των ασθενών στις μονάδες υγείας, ως σημαντική παράμετρος για την ικανοποίηση του ασθενούς επισημάνθηκε, επίσης, και στη μελέτη της Κομνηνού⁴⁴.

Σημαντικός αναδείχτηκε ο παράγοντας της υποδομής του ιατρείου. Οι ερωτηθέντες ανέφεραν πως θα επέλεγαν ιατρείο που έχει καθαρούς χώρους και που τηρεί τα μέτρα προστασίας από τον Covid-19. Τα ευρήματα αυτά έρχονται σε συμφωνία με τους Παπαγιαννόπουλο και συν.²⁰ οι οποίοι τόνισαν πως οι σωστές υποδομές των κέντρων φροντίδας υγείας αυξάνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Ακόμη, οι ερωτηθέντες της παρούσας εργασίας δήλωσαν πως θα επέλεγαν ιατρείο με βάση τη συμπεριφορά και την υπευθυνότητα του αντίστοιχου επαγγελματία υγείας και ιατρείο με τον πιο σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό.

Επιπροσθέτως, δήλωσαν πως θα επέλεγαν ιατρό που έχει διαπροσωπική επικοινωνία με τους ασθενείς. Συγκεκριμένα, συμφώνησαν πως οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για το συντονισμό δράσεων προς όφελος του ασθενούς, ότι επιλέγουν με βάση την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο που τους αντιμετωπίζει ο ιατρός και με βάση τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις που αναπτύσσει μαζί τους. Η συμπεριφορά του επαγγελματία υγείας ως προς τον ασθενή του ως σημαντικό παράγοντα για την ικανοποίησή του τονίστηκε και σε άλλες μελέτες^{42,45}.

Τάση συμφωνίας παρατηρήθηκε στην άποψη ότι θα επέλεγαν ιατρό που θα τους συμβούλευε για τον Covid-19. Όσον αφορά στις συστάσεις, οι συμμετέχοντες συμφώνησαν ότι θα επέλεγαν ιατρό από σύσταση άλλου συναδέλφου επαγγελματία υγείας και μάλλον συμφώνησαν ότι θα επέλεγαν ιατρό από σύσταση συγγενή-φίλου.

Σημαντικός παράγοντας στην επιλογή ενός ιατρού αναδείχτηκε η επιστημονική δεξιότητα του, μια παράμετρος που κρίθηκε σημαντική και σε άλλες μελέτες^{42,43}. Συγκεκριμένα, αναφέρθηκε πως οι ερωτηθέντες θα επέλεγαν ιατρό που έχει επιστημονική και επαγγελματική του δεξιότητα όσον αφορά στη διάγνωση και τη θεραπεία, έχει ασφάλεια στο ιατρείο του και ικανοποιητικό μηχανισμό εξυπηρέτησης σύμφωνα με τις ιατρικές ανάγκες τους.

Μέτρια σημαντικοί παράγοντες αναδείχτηκαν η προβολή του ιατρείου και η εξυπηρέτηση που παρέχει. Ωστόσο, η ύπαρξη κριτικών και οι επίσημες τοποθετήσεις για τον Covid-19 ενός ιατρού πιθανόν να παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του. Τέλος, οι συμμετέχοντες δήλωσαν πως προτιμούν ιατρούς που έχουν φήμη για την υπηρεσία που παρέχουν.

Στη συνέχεια, μελετήθηκε η επίδραση του δημογραφικού προφίλ στις απόψεις των ερωτηθέντων. Αναφορικά με το φύλο, προέκυψε ότι οι γυναίκες δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην προβολή και την υποδομή του ιατρείου, στις επιστημονικές δεξιότητες, στη διαπροσωπική επικοινωνία και κοινωνική ευθύνη του ιατρού, όταν μπαίνουν στη διαδικασία να επιλέξουν επαγγελματία υγείας.

Σχετικά με την ηλικία, προέκυψε πως τα νεότερα ηλικιακά άτομα 18-25 ετών, οι ανασφάλιστοι, οι άνεργοι και οι συμμετέχοντες με μισθό έως 500 ευρώ, δίνουν μεγαλύτερη έμφαση στην εξυπηρέτηση του ιατρείου. Οι διαζευγμένοι προτιμούν να επιλέξουν ιατρό από σύσταση συναδέλφου ιατρού, σε μεγαλύτερο βαθμό από τους υπολοίπους, ενώ οι άνεργοι προτιμούν περισσότερο τις συστάσεις από συγγενείς και φίλους. Επιπλέον, οι ελεύθεροι επαγγελματίες και οι συνταξιούχοι έδωσαν μεγαλύτερη βαρύτητα στην εξυπηρέτηση σε σύγκριση με τους δημόσιους υπαλλήλους.

Σχετικά με την περιοχή διαμονής, προέκυψε πως στις ημιαστικές περιοχές δίνεται μεγαλύτερη βαρύτητα στην εξυπηρέτηση του ιατρείου και λιγότερο στην υποδομή του. Τέλος, οι συμμετέχοντες που δεν έχουν ιδιωτική ασφάλιση υγείας, επιλέγουν σε μεγαλύτερο βαθμό ιατρό με βάση τις συστάσεις από συγγενείς και φίλους ή από άλλον επαγγελματία υγείας.

Τα αποτελέσματα της παρούσας εργασίας έρχονται σε συμφωνία με αυτά των Κοτρώτσιου και συν.⁴¹, οι οποίοι υπογράμμισαν τη σημαντικότητα της παραμέτρου «μηνιαίο εισόδημα», αφού μόνο αυτή μπορούσε να προβλέψει, στατιστικώς σημαντικά, το βαθμό ικανοποίησης, σε ότι αφορούσε τη νοσηλευτική φροντίδα. Συγκεκριμένα, οι συγγραφείς επισήμαναν πως για κάθε αύξηση της τάξεως των 100 ευρώ, σημειώθηκε μείωση του βαθμού ικανοποίησης σε ότι αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα κατά 0,7%.

Επιπροσθέτως, οι Κωνσταντίνου και Μητρόπουλος⁴³, επισήμαναν αξιοσημείωτες διαφορές στο μέσο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ των αστικών και των αγροτικών κέντρων υγείας (περιοχή διαμονής), με τον πρώτο να είναι αρκετά μεγαλύτερος (84,2%) συγκριτικά με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από αγροτικά κέντρα υγείας (66,2%). Κατά τους συγγραφείς, υψηλό βαθμό ικανοποίησης συγκέντρωσαν τα θέματα που αφορούσαν το προφίλ των επαγγελματιών υγείας, όπως

είναι η συμπεριφορά, οι γνώσεις και οι δεξιότητες, δεδομένα που έρχονται σε συμφωνία με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

Τέλος, σχετικά με τα δημογραφικά στοιχεία, στη μελέτη που διεξήγαγαν οι Πίνη και συν.⁴⁵, τα αποτελέσματα έδειξαν πως δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση της ικανοποίησης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (φύλο και ηλικία) των ασθενών, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης.

8.2. Περιορισμοί

Τα αποτελέσματα είναι γενικεύσιμα για άτομα υψηλού μορφωτικού επιπέδου, άνω των 35 ετών, με μηνιαίο εισόδημα έως 1500 ευρώ, που διαμένουν σε αστική περιοχή και έχουν ασφαλιστικό ταμείο, χωρίς ιδιωτική ασφάλιση. Επιπλέον, σε ορισμένες περιπτώσεις, χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικοί έλεγχοι με χαμηλή στατιστική ισχύ λόγω των μικρών δειγμάτων που σχηματίστηκαν. Ακόμη, αν και το εργαλείο της έρευνας, αποδείχτηκε αξιόπιστο σε όλους σχεδόν τους παράγοντες εκτός του παράγοντα «Προφίλ», δεν έχει εξεταστεί ως προς την εγκυρότητα του.

8.3. Προτάσεις

Προτείνεται μελλοντική Πανελλαδική έρευνα με στρωματοποιημένη δειγματοληψία σε μεγάλα αστικά κέντρα, με μέγεθος δείγματος το οποίο θα προκύπτει από το μέγεθος του πληθυσμού⁴⁷. Επίσης, προτείνεται η αλλαγή του παράγοντα «Προφίλ» και η χρήση της επιβεβαιωτικής Παραγοντικής ανάλυσης στο υπάρχον ερωτηματολόγιο, για να εξεταστεί η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής⁵⁹ ή η χρήση σταθμισμένου και έγκυρου ερωτηματολογίου για όλους τους παράγοντες.

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1:Αξιοπιστία παραγόντων.....	45
Πίνακας 2:Δημογραφικά στοιχεία.....	47
Πίνακας 3:Προφίλ Ιατρού.....	51
Πίνακας 4: Αιτιολόγηση συμφωνίας στην ερώτηση 11. «Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου».....	52
Πίνακας 5:Προβολή.....	54
Πίνακας 6:Συστάσεις.....	55
Πίνακας 7:Εξυπηρέτηση.....	56
Πίνακας 8:Επιστημονική Δεξιότητα.....	57
Πίνακας 9:Διαπροσωπική επικοινωνία.....	58
Πίνακας 10:Κοινωνική ευθύνη.....	59
Πίνακας 11:Υποδομή Ιατρείου.....	60
Πίνακας 12: Μέσες τιμές και τυπικές αποκλίσεις των παραγόντων.....	61
Πίνακας 13: Έλεγχοι independentsamplest-test ως προς το φύλο.....	62
Πίνακας 14: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών ως προς το φύλο.....	63
Πίνακας 15: Έλεγχοι KruskalWallis και ANOVA ως προς την ηλικία.....	65
Πίνακας 16: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Εξυπηρέτηση» ως προς την ηλικία.....	65
Πίνακας 17:PosthocanalysisLSD για εξυπηρέτηση ως προς την ηλικία.....	66
Πίνακας 18:Έλεγχοι ANOVA και KruskalWallis ως προς την οικογενειακή κατάσταση....	67
Πίνακας 19: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Συστάσεις από ιατρό» ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	67
Πίνακας 20:Έλεγχοι KruskalWallis και ANOVA ως προς το εκπαιδευτικό επίπεδο.....	68
Πίνακας 21:Έλεγχοι KruskalWallis και ANOVA ως προς την επαγγελματική κατάσταση..	68
Πίνακας 22:Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Συστάσεις από συγγενείς-φίλους» ως προς επαγγελματική κατάσταση.....	69
Πίνακας 23: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Εξυπηρέτηση» ως προς την επαγγελματική κατάσταση.....	69
Πίνακας 24: Post hoc analysis LSD για εξυπηρέτηση ως προς την επαγγελματική κατάσταση.....	70
Πίνακας 25:Έλεγχοι ANOVA και KruskalWallis ως προς το μηνιαίο εισόδημα.....	71
Πίνακας 26:Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω των τιμών για «Εξυπηρέτηση» ως προς το μηνιαίο εισόδημα.....	71
Πίνακας 27: Post hoc analysis LSD για εξυπηρέτηση ως προς το μηνιαίο εισόδημα.....	72
Πίνακας 28:Έλεγχοι MannWhitney ως προς την υπηκοότητα.....	73
Πίνακας 29:Έλεγχοι KruskalWallis και ANOVA ως προς την περιοχή διαμονής.....	73
Πίνακας 30: Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων ως προς την περιοχή διαμονής.....	74
Πίνακας 31:Έλεγχοι MannWhitney ως προς το ασφαλιστικό ταμείο.....	75
Πίνακας 32:Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων για «Εξυπηρέτηση» ως προς το ασφαλιστικό ταμείο.....	75
Πίνακας 33:Έλεγχοι MannWhitney και independentsamplest-test ως προς την ασφάλιση υγείας.....	76
Πίνακας 34:Στατιστικά σημαντικές διαφορές μέσω βαθμίδων ως προς την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	76

Κατάλογος Γραφημάτων

Γράφημα 1:Φύλο.....	48
Γράφημα 2:Ηλικία.....	48
Γράφημα 3:Οικογενειακή κατάσταση.....	48
Γράφημα 4:Εκπαιδευτικό Επίπεδο.....	49
Γράφημα 5:Επαγγελματική κατάσταση.....	49
Γράφημα 6:Μηνιαίο εισόδημα.....	49
Γράφημα 7:Υπηκοότητα.....	50
Γράφημα 8:Περιοχή διαμονής.....	50
Γράφημα 9:Ασφαλιστικό ταμείο.....	50
Γράφημα 10:Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;.....	51
Γράφημα 11:Προφίλ Ιατρού.....	52
Γράφημα 12:Αν επιλέγετε τον ιατρό με βάση το φύλο, σημειώστε το φύλο προτίμησης.....	53
Γράφημα 13:Αν επιλέγετε τον ιατρό με βάση το φύλο, αιτιολογήστε τον λόγο.....	53
Γράφημα 14:Προβολή.....	54
Γράφημα 15:Συστάσεις.....	55
Γράφημα 16:Εξυπηρέτηση.....	56
Γράφημα 17:Επιστημονική Δεξιότητα.....	57
Γράφημα 18:Διαπροσωπική επικοινωνία.....	58
Γράφημα 19:Κοινωνική ευθύνη.....	59
Γράφημα 20:Υποδομή Ιατρείου.....	60
Γράφημα 21:Μέσες τιμές και αποκλίσεις των παραγόντων.....	62
Γράφημα 22:Προβολή ως προς το Φύλο.....	63
Γράφημα 23:Επιστημονικές δεξιότητες ως προς το Φύλο.....	64
Γράφημα 24:Διαπροσωπική επικοινωνία ως προς το Φύλο.....	64
Γράφημα 25:Κοινωνική ευθύνη ως προς το Φύλο.....	64
Γράφημα 26:Υποδομή ιατρείου ως προς το Φύλο.....	65
Γράφημα 27: Εξυπηρέτηση ως προς την ηλικία.....	66
Γράφημα 28: Συστάσεις από ιατρό ως προς την οικογενειακή κατάσταση.....	67
Γράφημα 29: Συστάσεις από συγγενείς-φίλους ως προς επαγγελματική κατάσταση.....	69
Γράφημα 30: Εξυπηρέτηση ως προς την επαγγελματική κατάσταση.....	70
Γράφημα 31:Εξυπηρέτηση ως προς το μηνιαίο εισόδημα.....	72
Γράφημα 32:Εξυπηρέτηση ως προς την περιοχή διαμονής.....	74
Γράφημα 33:Υποδομή ιατρείου ως προς την περιοχή διαμονής.....	74
Γράφημα 34:Εξυπηρέτηση ως προς το ασφαλιστικό ταμείο.....	75
Γράφημα 35:Συστάσεις απο συγγενείς-φίλους ως προς την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	77
Γράφημα 36:Συστάσεις από ιατρό ως προς την ύπαρξη ιδιωτικής ασφάλισης υγείας.....	77

Βιβλιογραφία

- 1) Χαλαζωνίτης AN, Τζοβάρια Ι. Η έννοια του επαγγελματισμού στην ιατρική.
- 2) Δούκα Μ. Professionalism and the Medical Profession. *Social Cohesion and Development*. 2010;5(2):95-111.
- 3) Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for medicine: opportunities and obligations. *Medical Journal of Australia*. 2002 Aug;177(4):208-11.
- 4) Relman AS. Medical professionalism in a commercialized health care market. *Jama*. 2007 Dec 12;298(22):2668-70.
- 5) Donnelly LF, Strife JL. Establishing a program to promote professionalism and effective communication in radiology. *Radiology*. 2006 Mar;238(3):773-9.
- 6) Bond S, Thomas LH. Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*. 1992 Jan;17(1):52-63.
- 7) Donabedian A. The definition of quality: a conceptual exploration. The definition of quality and approaches to its assessment. 1980:3-1.
- 8) Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and program planning*. 1983 Jan 1;6(3-4):185-210.
- 9) Smith C. Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *International Journal for Quality in Health Care*. 1992 Jan 1;4(3):171-7.
- 10) Sitzia J, Wood N. Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social science & medicine*. 1997 Dec 1;45(12):1829-43.
- 11) Vuori H. Patient satisfaction--an attribute or indicator of the quality of care? *QRB Quality review bulletin*. 1987 Mar 1;13(3):106-8.
- 12) Καραδήμας Ε. Ψυχολογία της υγείας: Θεωρία και κλινική πράξη. Εκδόσεις Τυπωθήτω, Αθήνα. 2005.
- 13) Παυλάκης Α. Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Μύθος ή πραγματικότητα. Εργασία στο 14ο Παγκύπριο Νοσηλευτικό Συνέδριο με θέμα: Ισότητα, ποιότητα και ασφάλεια στη Φροντίδα Υγείας, Λευκωσία. 2007.
- 14) Αντεριώτη, Π., Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας, Περιεγχειρητική νοσηλευτική. 2014;1(1): 62-68
- 15) Κατσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού. 2010; 9(4): 398-408.
- 16) Arah OA, Klazinga NS, Delnoij DM, Asbroek AT, Custers T. Conceptual frameworks for health systems performance: a quest for effectiveness, quality, and improvement. *International journal for quality in health care*. 2003 Oct 1;15(5):377-98.
- 17) Nelson CW, Niederberger J. Patient satisfaction surveys: an opportunity for total quality improvement. *Journal of Healthcare Management*. 1990 Oct 1;35(3):409.
- 18) Fottler MD, Ford RC, Roberts V, Ford EW. Creating a healing environment: The importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*. 2000 Mar 1;45(2):91-106.
- 19) Barnett PB. Rapport and the hospitalist. *The American journal of medicine*. 2001 Dec 21;111(9):31-5.
- 20) Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Υφαντόπουλος Γ. Ν. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2008;25: 73–82.
- 21) Καλογεροπούλου Μ. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών- Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 2011;28(5): 667- 673.

- 22) Cleary PD, McNeil BJ. Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*. 1988 Apr;1:25-36.
- 23) Λαζάρου Π. Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών σε Νοσοκομείο: Εργαλείο Διασφάλισης και Διαχείρισης Ποιότητας ή 'φωνή βοώντος εν τη ερήμω', *Επιθεώρηση της Υγείας*. 2004;88:29-32.
- 24) Τούντας Γ. Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 2003;20(5): 532-546.
- 25) Μπόχωρης Γ. Διοίκηση ολική ποιότητας, τόμος Α. Πάτρα, ΕΑΠ. 2008.
- 26) Ostenfeld E. Aristotle on the good life and quality of life. In: *Concepts and measurement of quality of life in health care 1994* (pp. 19-34). Springer, Dordrecht.
- 27) Cronin Jr JJ, Taylor SA. Measuring service quality: a reexamination and extension. *Journal of marketing*. 1992 Jul;56(3):55-68.
- 28) www.familiesusa.org
- 29) Cromwell J, Trisolini MG, Pope GC, Mitchell JB, Greenwald LM, editors. *Pay for performance in health care: Methods and approaches*. RTI Press; 2011 Feb 28.
- 30) www.ncqa.org (Accessed 20/3/2021)
- 31) Μείντάνης Σ. Διοίκηση και Οργάνωση Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Κριτική; 2004.
- 32) Οικονομοπούλου Χρ, Πολύζος Ν, Μεράκου Κ, Σούλης Σ. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου. Η Ευρωπαϊκή εμπειρία και η Ελληνική πραγματικότητα. *Επιθεώρηση Υγείας*. 1995;6(32):55-58
- 33) Σύκας Ν. Ο Ιατρικός Έλεγχος (Medical Audit) και η συμβολή του στη βελτίωση των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*. 2002;13(74):32-34
- 34) Αλεξιάδης Α.Δ. Σιγάλας, Ι. Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο, ιδιοτυπίες και προκλήσεις, *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων*. Εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές. ΕΑΠ, Πάτρα, 1999;4:15-96.
- 35) Χατζηπουλίδης Γ. Η εφαρμογή των προτύπων διαχείρισης της ποιότητας. Από τη βιομηχανία και τις επιχειρήσεις, στις μονάδες υγείας, *Πότνη*; 2003.
- 36) Χατζηβασιλείου Χ. Προσωπικά δεδομένα, τεχνητή νοημοσύνη, υπολογιστική νέφους και διαδίκτυο των πραγμάτων στον τομέα της υγείας. 2020.
- 37) Νιάκας Δ. Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, Τόμος. 1993;2.
- 38) <https://www.iatronet.gr/> (Accessed 21/3/2021)
- 39) <https://www.in.gr/> (Accessed 21/3/2021)
- 40) <https://eody.gov.gr/> (Accessed 21/3/2021)
- 41) Κοτρώτσιου Σ, Βαλδούμας Σ, Φουντούκη Α, Θεοφανίδης Δ, Κατσιάνα Α, Παραλίκας Θ. Διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας*. 2020;12 (3): 1-13.
- 42) Πολύζος Ν, Μπαρτσώκας Δ, Πιερράκος Γ, Ασημακοπούλου Ι, Υφαντόπουλος Γ. Ν. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 2015;22: 284–295
- 43) Κωνσταντίνου, Ε., & Μητρόπουλος, Ι. (2012). Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29, 614-622.
- 44) Κομνηνού, Φ. (2012). Ιδιωτικές οδοντιατρικές υπηρεσίες: Ικανοποίηση δημοσίων και δημοτικών υπαλλήλων στον Νομό Αχαΐας. *Ανοιχτό Πανεπιστήμιο Κύπρου*. Μεταπτυχιακή Διατριβή.

- 45) Πίνη, Α., Σαράφης, Π., Μαλλιαρού, Μ., Μπαμίδης, Π., & Νιάκας, Δ. (2011). Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 4, 42-52.
- 46) Σαραντίδου Σ, Μελά Σ, Πιτσιλλίδης Α. Εκτίμηση των αναγκών του πρωτοβάθμιου εθνικού δικτύου υγείας του Αιγάλεω μέσω της ικανοποίησης των ασθενών και του προσωπικού. *Archives of Hellenic Medicine/Arheia Ellenikes Iatrikes*. 2019;36(5).
- 47) Creswell JW, Creswell JD. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage publications; 2017 Nov 27.
- 48) Fox N, Hunn A, Mathers N. *Sampling and sample size calculation*. East Midlands/Yorkshire: The National Institutes for Health Research. Research Design Service for the East Midlands/Yorkshire & the Humber. 2009.
- 49) Cohen L, Manion L, Morrison K. *Observation*. *Research methods in education*. 2007; 6:396-412.
- 50) Muijs D. *Doing quantitative research in education with SPSS*. Sage; 2010 Dec 10.
- 51) Hayes AF. *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. Guilford Publications; 2017 Dec 13.
- 52) Φαρμάκης Ν. Εισαγωγή στη δειγματοληψία. Αφοί Κυριακίδη ΕΚΔΟΣΕΙΣ ΑΕ, Θεσσαλονίκη. 2017; 105:106-7.
- 53) Jones C. G. *Research Methods for Sports Studies*. New York: Taylor & Francis e-Library. 2010.
- 54) Driscoll DL. *Introduction to primary research: Observations, surveys, and interviews*. *Writing spaces: Readings on writing*. 2011 Jan 4; 2:153-74.
- 55) Lowe C, Zemliansky P, editors. *Writing Spaces 2: Readings on Writing*. Parlor Press LLC; 2011 Jan 4.
- 56) Σιώμκος Γ. Ι. Μαύρος Δ. Α. Έρευνα Αγοράς. Σταμούλη. 2008.
- 57) Koocher G. Keith-Spiegel P. *Ethics in psychology*. Oxford University Press. 1998.
- 58) Nunnaly J, Bernstein I. *Psychometric Theory*. New York: McGraw-Hill, Inc. 1994
- 59) Γαλάνης Ι. *Εγκυρότητα και αξιοπιστία των ερωτηματολογίων στις επιδημιολογικές μελέτες, Εφαρμοσμένη Ιατρική Έρευνα*. 2012.

Παράρτημα-Ερωτηματολόγιο

I. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1. Φύλο:

- Άρρεν
- Θήλυ

2. Ηλικία

- 18-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- >55

3. Οικογενειακή κατάσταση

- Ανύπαντρος/η
- Παντρεμένος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

4. Εκπαιδευτικό επίπεδο

- Δημοτικό
- Γυμνάσιο
- Λύκειο
- ΙΕΚ
- ΑΕΙ-ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακό
- Διδακτορικό

5. Επαγγελματική κατάσταση

- Άνεργος
- Ιδιωτικός υπάλληλος
- Δημόσιος υπάλληλος
- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Συνταξιούχος

6. Μηνιαίο εισόδημα

- Έως 500 ευρώ
- 501-1000 ευρώ
- 1001-1500 ευρώ
- 1501-2000 ευρώ
- >2000 ευρώ

7. Υψηκότητα

- Ελληνική
- Άλλη

8. Περιοχή διαμονής

- Αγροτική
- Ημιαστική
- Αστική

9. Ασφαλιστικό ταμείο:

- Ναι
- Όχι

10. Έχετε ιδιωτική ασφάλιση υγείας;

- Ναι
- Όχι

II. ΠΡΟΦΙΛ

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα), στον οποίο θεωρείτε ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις.

Προφίλ	1	2	3	4	5
11. Το φύλο παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου					
12. Η ηλικία παίζει σημαντικό ρόλο στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου					
13. Δεν επιλέγω νέους ιατρούς λόγω απουσίας επαγγελματικής εμπειρίας					
14. Επιλέγω νεότερους ιατρούς γιατί έχουν επικαιροποιημένες γνώσεις					
15. Προτιμώ ιατρούς που διδάσκουν στο Πανεπιστήμιο					
16. Προτιμώ ιατρούς που έχουν φήμη για την υπηρεσία που παρέχουν					

17. Αν στην ερώτηση 11 επιλέξατε 4 ή 5 σημειώστε το φύλο προτίμησης του θεράποντος ιατρού σας

- Άντρας
- Γυναίκα

18. Αν στην ερώτηση 11 επιλέξατε 4 ή 5 αιτιολογήστε τον λόγο.....

III. ΠΡΟΒΟΛΗ-ΔΙΑΦΗΜΙΣΗ

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα), στον οποίο θεωρείτε ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις.

Προβολή-Διαφήμιση	1	2	3	4	5
19. Η ύπαρξη ιστοσελίδας με βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου					
20. Η ύπαρξη κριτικών με βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου					
21. Η διάθεση πληροφοριών στα μέσα κοινωνικής δικτύωσης με βοηθάει στην επιλογή του θεράποντος ιατρού μου					
22. Οι επίσημες τοποθετήσεις για τον Covid-19 ενός ιατρού με βοηθάει στην επιλογή του					

IV. ΣΥΣΤΑΣΕΙΣ

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα), στον οποίο θεωρείτε ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις

Συστάσεις	1	2	3	4	5
23. Προτιμώ ιατρούς μέσω σύστασης συγγενή					
24. Προτιμώ ιατρούς μέσω σύστασης φίλου					
25. Προτιμώ ιατρούς μέσω σύστασης από άλλον ιατρό					

V. ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα), στον οποίο θεωρείτε ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις

Εξυπηρέτηση Ιατρείου	1	2	3	4	5
26. Η διαθεσιμότητα ραντεβού αποτελεί σημαντικό κριτήριο της επιλογής μου					
27. Επιλέγω να επισκεφτώ ιατρεία κοντά στον τόπο διαμονής/ εργασίας μου για να μη χρειαστεί να μετακινηθώ λόγω του Covid-19					
28. Επιλέγω ιατρό βάση οικονομικών κριτηρίων (χρέωση/ επίσκεψη)					
29. Επιλέγω μόνο συμβεβλημένους ιατρούς στο ασφαλιστικό μου ταμείο					

VI. ΔΙΑΣΤΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΣΜΟΥ

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα), στον οποίο θεωρείτε ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις

Επιστημονική δεξιότητα	1	2	3	4	5
30. Η επιλογή του θεράποντος ιατρού στηρίζεται στην επιστημονική και επαγγελματική του δεξιότητα (διάγνωση- θεραπεία)					
31. Επιλέγω με βάση τον μηχανισμό εξυπηρέτησης όσον αφορά τις ιατρικές μου ανάγκες (περαιτέρω εξετάσεις, ραντεβού με άλλα τμήματα, εργαστήρια κτλ)					
32. Η ασφάλεια σε ένα ιατρείο(απουσία ατυχημάτων, προστασία σωματικής και ψυχικής υγείας ασθενών) είναι παραγωγική, ανεβάζει την φήμη του ιατρείου					

και δημιουργεί κλίμα εμπιστοσύνης					
33. Η επιλογή του θεράποντος ιατρού στηρίζεται στην επιστημονική και επαγγελματική του δεξιάτητα για τον Covid-19					
Διαπροσωπική επικοινωνία	1	2	3	4	5
34. Επιλέγω με βάση τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το άτομό μου					
35. Επιλέγω με βάση την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο που με αντιμετωπίζουν					
36. Οι καλές διαπροσωπικές σχέσεις και η συνεργασία του προσωπικού είναι σημαντικές για τον συντονισμό των δράσεων τους προς όφελος του ασθενούς					
37. Επιλέγω με βάση τις συμβουλές ενός ιατρού για τον Covid-19					
Κοινωνική ευθύνη	1	2	3	4	5
38. Η αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών υγείας μέσω της συνεχούς εκπαίδευσής τους, για να ανταποκριθούν στις καθημερινές προκλήσεις και τις ανάγκες της κοινότητας, πρέπει να αποτελεί σημαντικό στόχο των συστημάτων υγείας					
39. Η προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας και η ανάπτυξή τους με επίκεντρο τον ασθενή ενισχύει την ποιότητα των συστημάτων υγείας					
40. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας προϋποθέτει μια συνεχή διαδικασία αξιολόγησης, βελτίωσης και διαρκούς ελέγχου, ακόμη και μετά το πέρας της θεραπείας ενός ασθενούς					
41. Η επιλογή μου στηρίζεται στον βαθμό στον οποίο ο ιατρός αντιλαμβάνεται την κοινωνική ευθύνη που έχει για την προστασία των πολιτών από τον Covid-19					

VII. ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΕΙΟΥ

Σημειώστε τον βαθμό συμφωνίας σας από 1-5 (1=Διαφωνώ απόλυτα, 2=Διαφωνώ, 3=Ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ, 4=Συμφωνώ, 5=Συμφωνώ απόλυτα), στον οποίο θεωρείτε ότι ισχύουν οι παρακάτω προτάσεις

Υποδομή του ιατρείου	1	2	3	4	5
42. Η επιλογή μου στηρίζεται στην καθαριότητα του ιατρείου και των χώρων υγιεινής					
43. Η επιλογή του ιατρείου στηρίζεται με βάση την τήρηση των μέτρων προστασίας από τον Covid-19 (μάσκες, αντισηπτικά)					
44. Επιλέγω με βάση τη συμπεριφορά και την υπευθυνότητα των επαγγελματιών υγείας στους χώρους εργασίας τους (χρόνος παραμονής στον θάλαμο υποδοχής, αραιά ραντεβού)					
45. Επιλέγω το ιατρείο με τον πιο σύγχρονο ιατρικό εξοπλισμό					
46. Επιλέγω τα ιατρεία που έχουν την δυνατότητα βιντεοκλήσης για να μην χρειαστεί να μετακινηθώ λόγω του Covid-19					