Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων

Διπλωματική Εργασία (Thesis)

Θέμα: *Η Ποιότητα στη Δημόσια Υγεία, «Η Αντίληψη του Ασθενή».*

Επιμέλεια : Χριστόφορος Λαζούδης (Α.Μ 24/00)

Επίβλεψη: Καθηγητής κ. Γεώργιος Τσιότρας

Θεσσαλονίκη Μάρτιος 2002

Πρόλογος

Η γνώμη μας για τις αντιδράσεις του ασθενή σχετικά με την παραμονή του στο Νοσοκομείο, τείνει να είναι ανεκδοτική, αφού βασίζεται σε απόψεις φίλων και συναδέλφων και σε περιορισμένο μόνο αριθμό ασθενών, οι οποίοι έτυχε να είναι περισσότερο ομιλητικοί και ευφράδεις. Προφανώς μια έρευνα σε ασθενείς όλων των θαλάμων ή ενός αντιπροσωπευτικού δείγματος θα έδινε σίγουρα μια περισσότερο ορθή άποψη. Μια τέτοια έρευνα μπορεί να δώσει πληροφορίες για εκείνες τις πλευρές της Νοσοκομειακής ζωής, οι οποίες προκαλούν ιδιαίτερο ενδιαφέρον στους ασθενείς και θα μπορούσε να υποδείξει περιοχές, στις οποίες η βελτίωση τους ίσως είναι απαραίτητη. Επιπλέον, είναι δυνατόν να συνταχθούν πολύτιμες πληροφορίες, σχετικά με τις τυχόν αντιδράσεις των ασθενών σε αλλαγές που η εφαρμογή τους επιχειρείται ή προτείνεται από ειδικούς.

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορούμε να την δούμε ως ένα μέτρο, το οποίο δείχνει κατά πόσο αυτοί που παρέχουν τις Φροντίδες Υγείας πέτυχαν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και στις προσδοκίες του.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

1. Περίληψη 4

ΜΕΡΟΣ Α

2. Ποιότητα

2.1 Η Έννοια της Ποιότητα 5

2.2 Διαφορά Ποιότητας Υπηρεσιών – Παραγωγής Προϊόντων 6

3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)

3.1 Η Έννοια της ΔΟΠ 8

3.2 Η Εξέλιξη της Θεωρίας της ΔΟΠ 11

4. Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας 14

4.1 Πρότυπο Διασφάλισης Ποιότητας 15

4.2 Έλεγχος Ποιότητας 17

4.3 Η Ικανοποίηση του Ασθενή

4.3.1 Ο Ασθενής ως Προσωπικότητα 18

4.3.2 Οι Σχέσεις με τον Ασθενή 19

4.3.3 Η Στάση του Ασθενή 19

4.3.4 Μέτρηση Ικανοποίησης 20

4.4 Προσωπικό Υπηρεσιών Υγείας 21

4.5 Κτιριακές Εγκαταστάσεις 23

4.6 Πληροφορία – Πληροφόρηση 24

4.7 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση 26

5. Η Υπάρχουσα Κατάσταση στη Δημόσια Υγεία

5.1 Το Πρόβλημα του Κόστους 33

5.2 Το Σύστημα Υγείας 34

5.3 Σχέση Ιατρών-Διοίκησης 35

5.4 Συνοπτική Εικόνα 35

6. Τρόποι Μέτρησης της Ποιότητας στην Υγεία

6.1 Μέτρηση της Ποιότητας με την Βοήθεια Τεχνικών και Κλινικών Χαρακτηριστικών 37

6.2 Μέτρηση της Ποιότητας από τον Ίδιο τον Ασθενή 39

ΜΕΡΟΣ Β

7. Ανάλυση της Έρευνας

7.1 Στόχος της Έρευνας 41

7.2 Μέθοδος της Έρευνας 42

7.2.1 Δείγμα Έρευνας 42

7.2.2 Περιεχόμενο Ερωτηματολογίου 43

7.2.3 Μεταβλητές 44

7.2.4 Επεξεργασία Δεδομένων 45

8. Ανάλυση Αποτελεσμάτων – Συμπεράσματα

8.1 Ανάλυση Προφίλ Δείγματος 46

8.2 Ανάλυση Κατάστασης Νοσηλείας 46

8.3 Στάση Ασθενών για τους Έλληνες Ιατρούς πριν την Εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο 46

8.4 Ανάλυση Αποτελεσμάτων Κυριοτέρων Μεταβλητών

8.4.1 Εισαγωγή στο Νοσοκομείο 47

8.4.2 Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό 47

8.4.3 Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό 49

8.4.4 Ικανοποίηση από Υποδομή – Ξενοδοχειακές Υποδομές 50

8.4.5 Ικανοποίηση από Σίτιση 51

8.4.6 Γενική Εικόνα 52

8.5 Ανάλυση Κυριοτέρων Παραγόντων που Συντελούν στην Γενική Αντίληψη της Ποιότητας 53

8.5.1 Ανάλυση Ιατρικής Φροντίδας 54

8.5.2 Ανάλυση Νοσηλευτικής Φροντίδας 58

8.5.3 Ανάλυση Γενικής Εικόνας από την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας 62

9. Συμπεράσματα 68

10. Βιβλιογραφία 71

Παράρτημα 1 : Ερωτηματολόγιο

Παράρτημα 2 : Αποτελέσματα

Παράρτημα 3 : Ανάλυση Ικανοποίησης από την Ιατρική Φροντίδα Δ.5.1

Παράρτημα 4 : Ανάλυση Ικανοποίησης από την Νοσηλευτική Φροντίδα Ε.4.1

Παράρτημα 5 : Ανάλυση Ικανοποίησης από την Γενική Εικόνα Θ.

1. Περίληψη

Στην παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε η απεικόνιση της ποιότητας των υπηρεσιών παροχής υγείας όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς των δημόσιων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης.

Η παρουσίαση της μελέτης χωρίζεται σε 2 μέρη. Το μέρος Α, το οποίο ξεκινάει με το εισαγωγικό κεφάλαιο 2 όπου και καθορίζεται ο ορισμός της ποιότητα και της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) (κεφάλαιο 3) και γίνεται μια ιστορική αναδρομή για την έννοια της ποιότητα στην δημόσια υγεία. Το θεωρητικό αυτό μέρος επικεντρώνεται κυρίως στην ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας (κεφάλαιο 4), αναλύοντας τα προβλήματα που πηγάζουν από αυτήν και παραθέτοντας πρότυπα διασφάλισης ποιότητας, τον έλεγχο της ποιότητας και την ικανοποίηση του ασθενή από όλες τις πλευρές της. Τέλος γίνεται μια περιγραφή της υπάρχουσας κατάστασης στην δημόσια υγεία και τα προβλήματα που υπάρχουν (κεφάλαιο 5), και στην συνέχεια παρατίθενται οι τρόποι μέτρησης της ποιότητας στη υγεία (κεφάλαιο 6).

Στο Β μέρος που αποτελεί και το κύριο μέρος αυτής της μελέτης καθορίζεται ο στόχος της έρευνας (κεφάλαιο 7) που είναι η μέτρηση της ποιότητας ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας, όπως και η αποτελεσματικότητα της περίθαλψης και το περιβάλλον και οι συνθήκες παραμονής. Η μέθοδος της έρευνας έγινε με συνέντευξης με την μέθοδο των ερωτηματολογίων (παράρτημα 1), το οποίο αποτελείται από 8 μέρη. Τα μέρη αυτά αναφέρονται σε δημογραφικά στοιχεία των ασθενών στην σημαντικότητα του προβλήματος, στην εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, στην ικανοποίηση από την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα, στις υποδομές την σίτιση και την γενική εικόνα των νοσοκομείων.

Τα αποτελέσματα των ερωτηματολογίων παραθέτονται στο κεφάλαιο 4 και στα παραρτήματα 2 έως 5. Οι κλίμακες που χρησιμοποιούνται είναι πενταβάθμιες όπου ο αριθμός 1 αντιστοιχεί σε υψηλού επιπέδου ποιότητα. Οι μέσοι όροι των παραγόντων που συνιστούν την ποιότητα είναι : για την αποτελεσματικότητα εισαγωγής 2,6, για την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό 2,8, για το νοσηλευτικό προσωπικό 3,0 για τις υποδομές κυμαίνεται από 2,9 έως 3,3, για την σίτιση από 2,1 έως 3,2, ενώ η συνολική εικόνα έχει μέσο όρο 3,5.

Στο κεφάλαιο 8.5 γίνεται μια προσπάθεια να ανιχνευτούν οι κυριότεροι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα για την νοσηλευτική και την ιατρική καθώς και για την συνολική παροχή υπηρεσιών υγείας. Οι σημαντικότεροι παράγοντες που διαπιστώθηκαν ήταν, η βελτίωση της κατάστασης των ασθενών η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών και των γιατρών η φιλικότητα και η γνώμη για τους Έλληνες ιατρούς.

Στο κεφάλαιο 9 γίνεται μια ανασκόπηση των αποτελεσμάτων και αφού διαπιστώνεται η χαμηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι η ικανοποίηση του ασθενεί αποτελεί δείκτη ποιότητας για την δημόσια υγεία και πως μπορούν να γίνουν βελτιωτικές κινήσεις εάν επικεντρωθούν σε αυτόν.

ΜΕΡΟΣ Α «ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ»

2. Ποιότητα

2.1 Η έννοια της Ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας δεν είναι καινούργια στο χώρο των επιχειρήσεων και άλλων οργανισμών, ωστόσο είχε πάντοτε πολλές και αμφιλεγόμενες ερμηνείες που προσπαθούσαν να εξηγήσουν μια ποικιλία φαινομένων. Μια άποψη ταυτίζει την έννοια της ποιότητας με την έννοια του άριστου αποτελέσματος (excellent) οποιασδήποτε προσπάθειας. Μια άλλη άποψη συνδέει την έννοια της ποιότητας με την έννοια της αξίας (value). Για παράδειγμα η ποιότητα μιας παραγωγικής προσπάθειας έχει σημασία μόνο αν το αποτέλεσμα, προϊόν ή υπηρεσία, έχει αξία για τον τελικό χρήστη (καταναλωτή). Αξία για τον καταναλωτή σημαίνει ποιότητα αλλά και τιμή. Ένα προϊόν μπορεί να μην είναι 'άριστο' με την απόλυτη σημασία της έννοιας, αλλά μπορεί να είναι ποιοτικό, αν έχει αξία, δηλαδή αν έχει εκείνο το συνδυασμό ποιότητας και τιμής που επιθυμεί ο καταναλωτής. Μια τρίτη άποψη ταυτίζει την έννοια της ποιότητας με την παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, σύμφωνα με συγκεκριμένες προδιαγραφές (specifications). Η άποψη αυτή καθιερώθηκε πρίν από τον δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο και οδήγησε στην ποσοτικοποίηση της έννοιας 'ποιότητας' που άνοιξε το δρόμο για την επιστημονική εφαρμογή προγραμμάτων ποιότητας, χρησιμοποιώντας τις διάφορες στατιστικές τεχνικές ως χρήσιμα μέσα. Τέλος ο επικρατέστερος ορισμός της έννοιας ποιότητας σήμερα είναι ο εξής: (16)

'Η ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι οτιδήποτε ανταποκρίνεται ή και ξεπερνάει τις προσδοκίες των καταναλωτών'

2.2 Διαφορές Ποιότητας Υπηρεσιών από Παραγωγής Πρϊόντων

Ο παραπάνω ορισμός αναφέρεται και στην παραγωγή αγαθών αλλά και υπηρεσιών. Ωστόσο η παροχή υπηρεσιών διαφέρει από την παραγωγή αγαθών σε πολλά σημεία. Το σημαντικότερο είναι ότι οι υπηρεσίες είναι προϊόντα άϋλα. Επιπρόσθετα είναι περισσότερο εντάσεως εργασίας σε αντίθεση με τα προϊόντα που είναι περισσότερο εντάσεως κεφαλαίου και έχουν σχεδόν μηδενικό χρόνο ανάμεσα στην παραγωγή και στη διάθεση τους. Καταναλώνονται δηλαδή καθώς δημιουργούνται και δεν μπορούν να αποθηκευτούν όπως τα παραγόμενα προϊόντα, και ως εκ' τούτου είναι δυσκολότερο να γίνει οποιαδήποτε διόρθωση από τη στιγμή που διαπιστώνεται κάποιο λάθος, χωρίς το πρόβλημα και η διορθωτική ενέργεια να γίνουν αντιληπτά από τον πελάτη. Εξαφανίζεται δηλαδή η ευκαιρία για επιθεώρηση σαν ένα μέσο ελέγχου ποιότητας, όπως συμβαίνει με τα αμιγή προϊόντα. Ίσως οι σημαντικότερες όλων των διαφορών έγκειται στο ότι η επιτυχία της παροχής των υπηρεσιών εξαρτάται περισσότερο από:

- Τα άτομα που τις παράγουν, από τον βαθμό ικανότητας, τεχνογνωσίας, εκπαίδευσης και διαρκούς επιμόρφωσης τους.
- Τον χώρο στον οποίο παράγονται.
- Την απαιτούμενη σε μεγαλύτερο βαθμό προσαρμογή της παρεχόμενης υπηρεσίας σε συνήθως μη τυποποιημένες και σημαντικής διαφοροποίησης ανάγκες και ιδιοχαρακτηριστικά του πελάτη από ότι απαιτεί η παραγωγή υλικών αγαθών.

Στις υπηρεσίες τα πρότυπα συμμόρφωσης και διασφάλισης πρέπει να αναπτυχθούν για το προϊόν-υπηρεσία με ένα τρόπο που είναι ανάλογος (όσον αφορά τις θεμελιώδης αρχές) με αυτόν για την παραγωγή προϊόντων. Έτσι η συμμόρφωση και διασφάλιση της ανταπόκρισης και υπερκερασμού των απαιτήσεων του πελάτη σχετίζονται με το κατά πόσο καλά προσφέρεται η συγκεκριμένη υπηρεσία και σε σχέση με τι προσδοκεί ή εύχεται ο πελάτης ότι θα μπορούσε να έχει προσφερθεί. Είναι σημαντικό να συνδυαστούν τα πρότυπα

συμμόρφωσης και διασφάλισης με τις ανάγκες, τις απαιτήσεις και τις προσδοκίες του πελάτη. Οι ποιο σημαντικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι:

- Η πληρότητα και αποτελεσματικότητα των χαρακτηριστικών που καθορίζουν τον βασικό και θεμελιώδη πυρήνα της υπηρεσίας
- Η επικαιρότητα της παροχής υπηρεσιών και το χρονικό διάστημα αναμονής
- Η αξιοπιστία και συνέπεια στην απόδοση
- Η ευγένεια αντιμετώπισης και η πληρότητα της πληροφόρησης (επικοινωνία).
- Η προσβασιμότητα και η καταλληλότητα του χώρου
- Η ακρίβεια

Πολλοί οργανισμοί υπηρεσιών όπως αερογραμμές, τράπεζες και ξενοδοχεία έχουν αναπτύξει και εξελίσσουν τα συστήματα διασφάλισης της ποιότητας, βασιζόμενα σε βιομηχανικά συστήματα που τείνουν να είναι προσανατολισμένα στο προϊόν παρά στην υπηρεσία. Για παράδειγμα ένα τυπικό σύστημα διασφάλισης της ποιότητας σε ξενοδοχείο εστιάζεται σε τεχνικά πρότυπα όπως η καλή περιποίηση των δωματίων. Όμως οι οργανισμοί υπηρεσιών έχουν κάποιες ιδιομορφίες που τα συστήματα της βιομηχανίας δεν χρειάζεται να τις λάβουν υπόψη. Τα συστήματα που σχετίζονται με υπηρεσίες πρέπει να ξεφεύγουν από τον απλό προσανατολισμό μόνο στο προϊόν και να συμπεριλαμβάνουν τη συναλλαγή της υπηρεσίας με τον πελάτη και την επίδοση και συμπεριφορά του εργαζομένου/εκπροσώπου της οργανισμού/εταιρίας προσφοράς υπηρεσιών.

3. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας.

3.1 Η έννοια της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ)

Η έννοια της διοίκησης ολικής ποιότητας ορίζεται ως εξής (16):

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αφορά όλες τις δραστηριότητες ενός οργανισμού – σχεδιασμό, οργάνωση, διεύθυνση, έλεγχο – που αποσκοπούν στην παραγωγή ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών, δηλαδή προϊόντων που ανταποκρίνονται ή κα ξεπερνούν τις προσδοκίες των καταναλωτών

Ο ορισμός της διοίκησης ολικής ποιότητας είναι γενικά αποδεκτός και συμπεριλαμβάνεται σ΄ όλα τα εισαγωγικά εγχειρίδια επιχειρηματικών σπουδών. Ο ορισμός αυτός όμως είναι ασαφής και μόνο ως μια πολύ γενική αρχή μπορεί να γίνει αποδεκτός. Οι ασάφειες του έγκειται στους εξής λόγους:

1. Είναι τόσο γενικός που δεν διαφαίνεται η διαφορετικότητα ορισμένων λειτουργιών. (π.χ. η λειτουργία της διοίκησης ολικής ποιότητας από την λειτουργία της διοίκησης μάρκετινγκ).
2. Είναι ποσοτικά απροσδιόριστος, διότι περιλαμβάνει μεταβλητές, όπως προσδοκίες καταναλωτών που πολύ δύσκολα μπορούν να μετρηθούν.
3. Πολλές φορές οι ίδιοι οι καταναλωτές, δεν μπορούν να προσδιορίσουν τις προσδοκίες τους για ένα συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία. Απλώς μετά την χρήση της υπηρεσίας μπορούν να εκφέρουν άποψη εάν ικανοποιήθηκαν ή όχι.
4. Δεν ξεκαθαρίζεται η σχέση της έννοιας καταναλωτικής ικανοποίησης με την έννοια της ανταπόκρισης των προσδοκιών. Πολλές φορές εκείνο που έχει σημασία είναι η διαφορά μεταξύ βαθμού ικανοποίησης και προσδοκίας.
5. Δεν ξεκαθαρίζεται η σχέση καταναλωτικών προσδοκιών και καταναλωτικών επιθυμιών. Ιδιαίτερα, στον τομέα των υπηρεσιών δεν είναι οι προσδοκίες (προβλέψεις) που έχουν τόσο μεγάλη σημασία, αλλά οι καταναλωτικές επιθυμίες ή η καταναλωτική ζήτηση.
6. Δεν λαμβάνει υπόψη του το γεγονός ότι οι καταναλωτές δεν είναι μια ομοιογενής ομάδα, όσον αφορά στις προτιμήσεις τους για ποιότητα και τιμή.

7. Δίνει μεγάλη έμφαση στον καταναλωτή, κάτι που θα πρέπει να απασχολεί περισσότερο τη λειτουργία του μάρκετινγκ, αντί να ασχολείται περισσότερο με το 'εσωτερικό' της επιχείρησης. Για παράδειγμα, η διοίκηση ολικής ποιότητας θα πρέπει να ασχολείται με τη συνεχή βελτίωση του ποιοτικού επιπέδου και της ποιοτικής αξιοπιστίας των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών. Ποια προϊόντα κα υπηρεσίες θα παραχθούν αφορά κύρια, όχι μόνο και αποκλειστικά, το τμήμα μάρκετινγκ και έρευνας αγοράς της επιχείρησης.

Η παραπάνω κριτική οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η έννοια της ποιότητα όπως παρουσιάζεται στην βιβλιογραφία είναι επιεικώς ασαφής. Το περιεχόμενο της ολικής ποιότητας σε αντίθεση με την έννοια της ποιότητας, θα πρέπει να είναι πιο συγκεκριμένο. Η ολική ποιότητα είναι μια φιλοσοφία του τρόπου που θα πρέπει να διοικείται και να οργανώνεται η επιχείρηση. Όπως επισημαίνουν οι Dean & Bowen (6), η ολική ποιότητα, ως μια προσέγγιση της διοικητικής επιστήμης, έχει αρχές (principles), πρακτικές (practices) και τεχνικές (Techniques) που αφορούν τους πελάτες (costumer focus), τη συνεχόμενη βελτίωση (continuous improvement) και την ομαδική εργασία (teamwork). Στον παρακάτω πίνακα δίνεται η σχέση των αρχών, πρακτικών και τεχνικών με τους πελάτες τη συνεχόμενη βελτίωση και την ομαδική εργασία.

	Εστίαση στον Πελάτη **Costumer Focus**	**Συνεχής Βελτίωση** **Continous Improvement**	**Ομαδικότητα** **Teamwork**
Αρχές **Principles**	Paramount importance of providing products services that fulfill customer needs; requires organization wide focus on customer	Consistent customer satisfaction can be attained only through relentless improvement of processes that create products and services	Customer focus and continuous improvement are best achieved by collaboration through an organization as well as with customer and suppliers
Πρακτικές **Practices**	Direct customer contact; Collecting information about customer needs; Using information to design and deliver product and services	Process analysis Reengineering Problem Solving Plan/do/check/act	Search for arrangement that benefit all units involved in process; Formulation of various types of teams; Group skills training
Τεχνικές **Techniques**	Customer surveys and focus group; Quality function deployment (translates customer information into product specifications)	Flowcharts Pareto Analysis Statistical Process Control Fishbone Diagrams	Organizational deployment methods such as the nominal group technique; Team-building methods (e.g. role clarification and group feedback)

Πίνακας 1. Αρχές Πρακτικές και Τεχνικές Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (6)

Αυτό το περιεχόμενο της ολικής ποιότητας δίνει πλέον σαφή περιεχόμενο στη διοίκηση ολικής ποιότητας η οποία θα μπορούσε να ορισθεί ως εξής:

«Η διοίκηση ολικής ποιότητα αφορά όλες τις δραστηριότητες ενός οργανισμού – σχεδιασμό, οργάνωση, διεύθυνση, έλεγχο – που αποσκοπούν στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών συγκεκριμένου ποιοτικού επιπέδου και ποιοτικής αξιοπιστίας ανταποκρινόμενο στις ανάγκες των καταναλωτών, χρησιμοποιώντας συγκεκριμένες πρακτικές και τεχνικές με ιδιαίτερη έμφαση στις στατιστικές τεχνικές».

Η αποτελεσματική διοίκηση ολικής ποιότητας απαιτεί τη συλλογική συμμετοχή όλων: των προμηθευτών, των εργαζομένων και των πελατών του οργανισμού. Οι Hodgetts, Luthans & Lee (9), αναγνωρίζουν τις ιδιαιτερότητες κάθε οργανισμού ολικής ποιότητας, αλλά ταυτόχρονα μελετώντας αυτούς τους οργανισμούς και ιδιαίτερα αυτούς που τους απονεμήθηκε το Malcolm Baldridge National Quality Award, οριοθέτησαν τέσσερα χαρακτηριστικά γνωρίσματα των οργανισμών ολικής ποιότητας:

- Φιλοσοφία ή Όραμα για την ποιότητα
- Συμμετοχή των Ανωτάτων Στελεχών του Οργανισμού
- Σχεδιασμός και Οργάνωση της Προσπάθειας
- Εφαρμογή και Έλεγχος της Προσπάθειας.

Το επίπεδο της ποιότητας είναι έννοια σχετική και συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των προϊόντων και υπηρεσιών που προσφέρουν οι άλλοι οργανισμοί καθώς και την τιμή. Γίνεται σαφές από τον παραπάνω ορισμό, αλλά και από το περιεχόμενο της ολικής ποιότητας του πίνακα 1, ότι η ολική ποιότητα είναι άμεσα συνδεδεμένη με τις στατιστικές τεχνικές. Υπάρχουν, όμως, πολλά μέσα, εκτός από τις στατιστικές τεχνικές, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν στη διαδικασία διοίκησης ολικής ποιότητας.

3.2 Εξέλιξη της Θεωρίας της ΔΟΠ

Η έννοια της ολικής ποιότητας προέρχεται από τον ιδιωτικό τομέα από τον ιδιωτικό τομέα, από τον χώρο της διοίκησης επιχειρήσεων. Η θεωρητική της βάση μπορεί να αναζητηθεί στις εργασίες του Αμερικάνου στατιστικού Edward Deming,(8) ο οποίος ξεκινώντας κατά την δεκαετία του 1930 από το Υπουργείο Γεωργίας των Ηνωμένων Πολιτειών και βασιζόμενος στις εργασίες του W. Shewhart επάνω στον Στατιστικό Έλεγχο Ποιότητας (Statistical Quality Control-SQC), ανέπτυξε το μοντέλο του για τον Στατιστικό Έλεγχο της Παραγωγικής Διαδικασίας (Statistical Process Control).

Με πυρήνα το εν λόγω υπόδειγμα, που βρήκε αρχικά πεδίο εφαρμογής στην Ιαπωνική βιομηχανία και εισήχθη αργότερα στις Αμερικάνικες και Ευρωπαϊκές επιχειρήσεις, δομήθηκε σταδιακά από τον ίδιο τον Deming, αλλά και με την συμβολή πολλών ακόμη θεωρητικών και – κυρίως ανθρώπων της πράξης, το εννοιολογικό και μεθοδολογικό πλαίσιο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management – T.Q.M.).

Ξεκινώντας από την στατιστική διερεύνηση της έκτασης των αποκλίσεων από την τυποποιημένη – ιδανική κατάσταση των διαδικασιών παραγωγής (έλεγχο της διασποράς), η ποιοτική προβληματική οδηγήθηκε σύντομα στον βαρύνοντα ρόλο του ανθρώπινου παράγοντα.

Ο K. Ishihara (8) παρατηρεί ότι οι στατιστικές μέθοδοι ελέγχου δεν εξασφαλίζουν την ποιότητα, αλλά αποτελεί ένα εργαλείο που συμβάλει στην επίτευξή της, ενώ ο A.V. Feigendaum (8) αναδεικνύει την συνεργασία ως βασική παράμετρο της ποιοτικής προβληματικής.

Αν και οι κλασικές μέθοδοι διαχείρισης της ποιότητας στην βιομηχανική παραγωγή παραμένουν εντόνως στατιστικο-κεντρικές, όπως επί παραδείγματι οι μέθοδοι Taguchi (8), ή οι διαγραμματικές προσεγγίσεις του Ishikawa, το ποιοτικό management στον τομέα παροχής υπηρεσιών εμφανίζεται ήδη αρκετά διευρυμένο προς το επικοινωνιακό πεδίο.

Ο Deming στον δεκατετράλογό του για την Ποιοτική Διοίκηση συμπεριέλαβε κανόνες όπως «εξάλειψε τον φόβο», «εξάλειψε τα εμπόδια που αφαιρούν από τον εργαζόμενο το δικαίωμα να νιώθει υπερήφανος για την δουλειά του», «εξάλειψε τα εμπόδια επικοινωνίας μεταξύ των τμημάτων», «θέσπισε ένα πρόγραμμα διαρκούς

επιμόρφωσης», οι οποίοι αναδεικνύουν τον ξεχωριστό ρόλο του ανθρωπίνου παράγοντα μεταξύ των παραμέτρων εξασφάλισης της ποιότητας.

Τέλος οι νεώτερες και περισσότερο ευρωκεντρικές προσεγγίσεις, όπως αυτή *της* Isabelle Orgogozo, (8), τοποθετούν τα επικοινωνιακά προβλήματα στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τους και αντλούν κυρίως από τις τεχνικές της δυναμικής των ομάδων.

Συνοψίζοντας τις κυριότερες πλευρές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας όπως αυτή εξελίχθηκε ιστορικά καταλήγουμε στα ακόλουθα συμπεράσματα: (21)

1. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας επιδιώκει την μακροπρόθεσμη βελτίωση των οργανωσιακών επιδόσεων (της επιχείρησης και κατ' επέκταση κάθε οργάνωσης που υιοθετεί την εν λόγω προσέγγιση). Οι επιδόσεις αυτές αποτιμώνται σε αύξηση των πωλήσεων, αύξηση των κερδών, βελτίωση της εικόνας της οργάνωσης στο περιβάλλον κ.λ.π. Οι οργανωσιακές επιδόσεις βελτιστοποιούνται όταν τελικές εκροές, δεδομένης παραγωγικής διαδικασίας που ελαχιστοποιεί την δαπάνη οργανωτικών πόρων, βελτιστοποιούν την ικανοποίηση του αποδέκτη.
2. Η ικανοποίηση του αποδέκτη («πελάτη» για τις επιχειρήσεις – «χρήστη» ή «συναλλασσόμενου» για τις δημόσιες υπηρεσίες), προκύπτει από την κατά το δυνατόν κάλυψη των «πραγματικών του αναγκών». Προϋποτίθεται συνεπώς ουσιαστική γνώση των πραγματικών αναγκών. Ως πραγματικές ανάγκες ορίζονται οι αναμονές του πελάτη από την οργάνωση σε αντιδιαστολή με την τρέχουσα οργανωτική αντίληψη περί του τι θα πρέπει να τον ικανοποιεί.
3. Το σχήμα των εναλλακτικών σχέσεων, μεταξύ της οργάνωσης και του αποδέκτη των εκροών της, βρίσκει πεδίο εφαρμογής και εντός της οργάνωσης. Η παραγωγική διαδικασία αναλύεται σε επιμέρους στάδια, και οι συντελεστές παραγωγής του καθενός αντιμετωπίζονται ως αποδέκτες των εκροών της προηγούμενης και ως προμηθευτές της επόμενης. Εισάγεται δηλαδή ο όρος του «εσωτερικού πελάτη» και του «εσωτερικού προμηθευτή». Έτσι οι σχέσεις των συνεργασιακών εξαρτήσεων, ανταλλαγών και αλληλεπιδράσεων εντός της οργάνωσης ταξινομούνται υπό το πρίσμα της ικανοποίησης του «εσωτερικού πελάτη» από τον «εσωτερικό προμηθευτή», μέσω της χορήγησης ποιοτικών «εσωτερικών ή ενδιάμεσων» προϊόντων.
4. Υπογραμμίζεται το γεγονός ότι η ποιότητα των τελικών εκροών μιας οργανωσιακής διαδικασίας εξαρτάται από την ποιότητα των ενδιάμεσων

εκροών, όλων των επί μέρους διαδοχικών / συμπληρωματικών φάσεων από τις οποίες συντίθεται η διαδικασία. Κατ' αυτόν τον τρόπο δίδεται έμφαση τόσο στον καθορισμό των χαρακτηριστικών των τελικών εκροών από τα χαρακτηριστικά των ενδιάμεσων εκροών, όσο και στις αλληλεξαρτήσεις μεταξύ των συντελεστών που διεκπεραιώνουν – ή εμπλέκονται σε κάθε μια από αυτές. Η καταγραφή αυτής της γενικευμένης και πολυδιάστατης αλληλεξάρτησης οδηγεί στην συνειδητοποίηση του ολιστικού χαρακτήρα της ποιότητας. Στο μέτρο που η δραστηριότητα κάθε οργανωσιακού συντελεστή καθορίζει την – αλλά και καθορίζεται από την – δραστηριότητα άλλων οργανωσιακών συντελεστών, από κοινού δομείται σταδιακά το τελικό αποτέλεσμα, η ποιότητα ως κάλυψη των πραγματικών αναγκών του χρήστη, *δεν* αποτελεί ένα μερικό ή εντοπισμένο επίμετρο της οργανωτικής δραστηριότητας αλλά μια γενικευμένη και διάχυτη δομική και λειτουργική οργανωτική ιδιότητα. Η ποιότητα γίνεται έτσι ολική και η εξασφάλιση της υπόθεσης κάθε οργανωτικού συντελεστή και όλων μαζί από κοινού.

5. Η παραγωγή ποιότητας ως προσαρμογή στις πραγματικές ανάγκες του χρήστη είναι μια διαδικασία λεπτομερειών και διαρκούς ανανέωσης. Για τον λόγο αυτό απαιτούνται λεπτές έως σχολαστικές αναλύσεις των εισροών, των παραγωγικών μεθόδων και φάσεων καθώς και των εκροών, με σκοπό αφ΄ ενός μεν ολοκληρωμένη και ενημερωμένη εικόνα των οργανωσιακών – παραγωγικών τεκταινόμενων που να υποστηρίζει την ορθολογική λήψη αποφάσεων σε κάθε επίπεδο και σε κάθε χρονικό ορίζοντα, αφ' ετέρου δε μια ευέλικτη και διαρκής προσαρμογή στις ταχέως μεταβαλλόμενες συνθήκες του περιβάλλοντος.

4. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Ο καθορισμός της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι αρχικά δύσκολο να καθοριστεί και ακόμα δυσκολότερο να εφαρμοστεί οποιαδήποτε θεωρία έχει αναπτυχθεί γύρω από αυτό. Η ακαδημαϊκή πρόταση είναι προσανατολισμένη στην δημιουργία σταθερών (standards) που μπορούν να μετρηθούν και να βελτιώσουν το αποτέλεσμα. Πρέπει εδώ να σημειωθεί ο ορισμός του quality assurance (3), ως «η αποτίμηση του τελικού επιπέδου της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (και όχι μόνο του ιατρικού έργου), σε συνδυασμό με τις προσπάθειες για την τροποποίηση των υπηρεσιών αυτών όταν αυτό είναι αναγκαίο».

Στις υπηρεσίες Υγείας ο «παραγωγός» (κυριότερος συντελεστής παραγωγής) είναι ο γιατρός και επομένως είναι ο ρυθμιστής της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (14). Έτσι η υπόθεση της ποιότητας δεν είναι απλά ένα διαχειριστικό – τεχνικό θέμα, αλλά μια ολιστική προσέγγιση που περικλείει την αποδοτικότητα των ιατρικών πράξεων, την ίση δυνατότητα πρόσβασης και την αποτελεσματική παροχή των Υπηρεσιών Υγείας. Ωστόσο οι ασθενείς δεν είναι πάντοτε ικανοί να εκτιμήσουν άμεσα την τεχνική ποιότητα της φροντίδας που λαμβάνουν με αποτέλεσμα να χρησιμοποιούν ποιοτικές ιδιότητες που συνδέονται με την παράδοση της φροντίδας υγείας (2). Οι ασθενείς καθορίζουν την ποιότητα της φροντίδας υγείας σε όρους εμπάθειας, αξιοπιστίας, ανταπόκρισης, επικοινωνίας και φροντίδας, δηλαδή δίνουν έμφαση σε ανθρώπινες διαστάσεις και όχι στις τεχνικές ικανότητες των ιατρών υγείας (4). Υπάρχουν όμως ιδιαίτερες τεχνικές αρχές και νόμοι που διέπουν την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στον τομέα της παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Για παράδειγμα είναι ίσως η μόνη περίπτωση όπου η ικανοποίηση του πελάτη – ασθενή, δεν μπορεί να μετρηθεί από το πόσες φορές θα επιστρέψει στον οργανισμό, μέτρο που αποτελεί και ένα ευρέως κατανοητό ορισμό της ποιότητας, αλλά μάλλον με το πόσες φορές δεν θα χρειαστεί να επιστρέψει για λόγους που σχετίζονται με ένα ιατρικό πρόβλημα που έχει αντιμετωπίσει στο παρελθόν.

4.1 Πρότυπο Διασφάλισης Ποιότητας

Η εφαρμογή ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας σ΄ έναν οργανισμό παροχής Υπηρεσιών Υγείας πρέπει να λάβει υπόψη του τα επικοινωνιακά δεδομένα των ομάδων των ανθρώπων που θα το εφαρμόσουν, ούτως ώστε να υπάρχει 'ατμόσφαιρα' εμπιστοσύνης μεταξύ τους.(18) Η δημιουργία ενός προτύπου (model) είναι σημαντική, αλλά περιλαμβάνει μόνο ένα μέρος της διαδικασίας. Η παρακίνηση όλων για δράση, η δημιουργία σταθερών (standards) που θα καθοριστούν και θα ελέγχονται, η ολοκλήρωση μέσα από την διαδικασία (process) παροχής των υπηρεσιών υγείας και όχι η επιβολή πάνω στην υπάρχουσα δομή (structure), η κατανόηση του ρόλου του καθενός από τους συμμετέχοντες είναι θέματα εξίσου σπουδαία αν όχι τα σπουδαιότερα. Ο Wilson (23) στο νοσοκομειακό του μοντέλο προτείνει συγκεκριμένα βήματα – στόχους για κάθε ομάδα του προσωπικού, μέσα από μια μεγάλη ποικιλία υπηρεσιών που πρέπει να καθοριστούν:

Βήμα 1 – συμφωνία και τοποθέτηση αποστολής και στόχων

Βήμα 2 – συζήτηση με το προσωπικό – συμφωνία για το 1

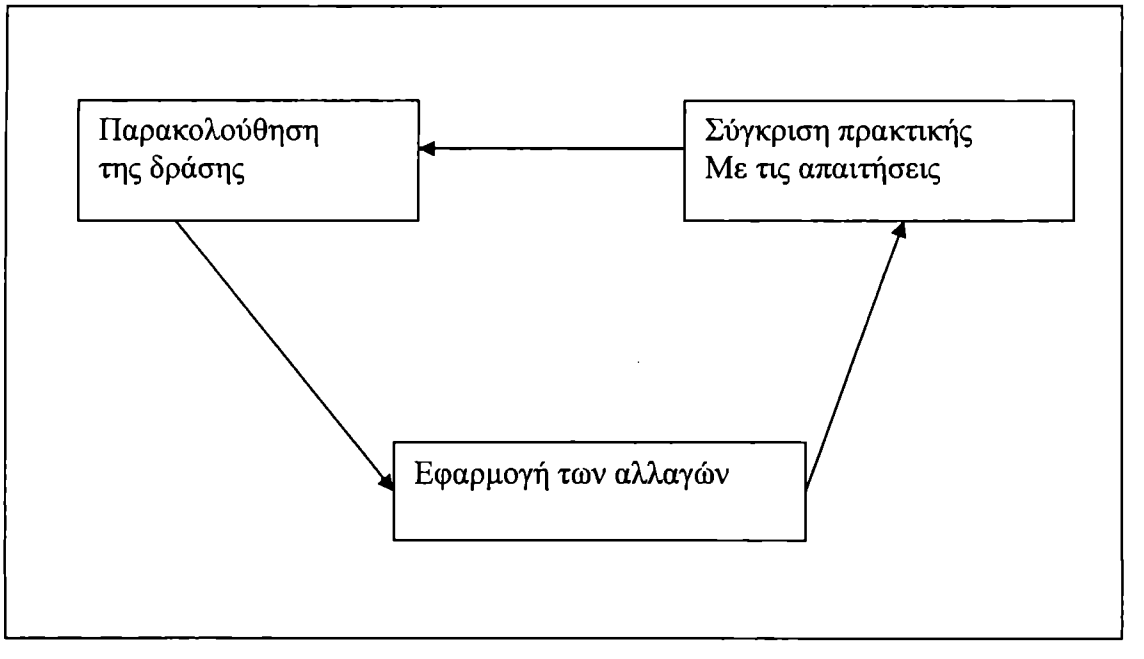
Βήμα 3 – δημόσια συμφωνημένοι στόχοι

Βήμα 4 – οι επιμέρους ομάδες ανακεφαλαιώνουν τον τρόπο δράσης

Βήμα 5 – οι επιμέρους ομάδες αποφασίζουν το θέμα 'ποιότητας' που τίθεται

Βήμα 6 – συμφωνία στην παρακολούθηση, τις μεθόδους και την διάρκεια

Βήμα 7 – έναρξη διαδικασίας



Ο σκοπός εφαρμογής του παραπάνω σχεδίου είναι:

- Αμοιβαία εμπιστοσύνη μεταξύ των επαγγελματιών που συμμετέχουν
- Ενθάρρυνση του ασθενή να μοιρασθεί τις αποφάσεις
- Επίδραση σε άλλους χώρους που συνεργάζονται
- Αποδεκτά επαγγελματικά πρότυπα και στόχοι για να συνεισφέρουν όλοι
- Ενθάρρυνση όλου του προσωπικού στην έκφραση πρωτοβουλιών και στην στόχευση παροχής υπηρεσιών υψηλών προδιαγραφών
- Αναγνώριση/ανάπτυξη της διαδικασίας.

Η εφαρμογή και ο έλεγχος (monitoring) ενός προγράμματος διασφάλισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας προϋποθέτει τους ακόλουθους 4 στόχους:

- κλινικά 'standards' (ποσοτικά και ποιοτικά)
- καλό περιβάλλον (υπευθυνότητα)
- ικανοποίηση ασθενών (ανταπόκριση)
- ανάπτυξη του προσωπικού (ανάγκες)

Χρησιμοποιώντας το παράδειγμα εφαρμογής ενός προγράμματος εμβολιασμού σε Α πληθυσμό μπορούμε να τοποθετήσουμε τα ακόλουθα κριτήρια (13) τα οποία προηγούνται του καθορισμού των στόχων:

- αποδοχή από τους συμμετέχοντες
- ισότητα στην πρόσβαση του πληθυσμού
- καταλληλότητα των υποκειμένων στο πρόγραμμα
- αποδοτικότητα (κόστος/όφελος)
- αποτελεσματικότητα (ποσοτική-ποιοτική βελτίωση)

4.2 Έλεγχος Ποιότητας

Η έννοια του ελέγχου στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών περιέχει την εξέταση – αξιολόγηση του παραγόμενου ιατρικού έργου και όχι του γιατρού προσωπικά, ο οποίος μπορεί να αντιδράσει στον έλεγχο.

Ο έλεγχος (audit) είναι μια κυκλική διαδικασία συνεχούς βελτίωσης της πρακτικής και του αποτελέσματος, μέσα από την εφαρμογή βελτιωτικών αλλαγών. Ο έλεγχος μπορεί να διαχωριστεί σε τρεις ομάδες: (5)

- έλεγχος αποτελέσματος (κατά περίπτωση ή / και ασθενή)
- έλεγχος διαδικασίας (παροχής υπηρεσιών)
- έλεγχος πηγών – πόρων (αξιολόγηση εισροών)

Ο γιατρός εξ ορισμού επιδρά σε όλες τις φάσεις. Αναφορικά τώρα, με όλα τα στοιχεία της κλινικής αξιολόγησης, η διαδικασία και το αποτέλεσμα διαμορφώνεται από την συνεργασία των ομάδων θεραπείες παρά τις όποιες επιφυλάξεις των ιατρών.

Εργασίες που έγιναν (19) στο ΕΣΥ (NHS) Αγγλίας (1985-1987), σχετικά με τους θανάτους που οφείλονται στην εγχείρηση ή στον τοκετό, απέδειξαν ότι, αν και η καταγραφή γινόταν χωρίς την χρήση υπολογιστών, παρατηρήθηκε μειωμένη θνησιμότητα την εποχή που η διαδικασία κλινικής αξιολόγησης ήταν σε εφαρμογή. Σε κάθε περίπτωση πρέπει να εξασφαλίζεται η εμπιστευτικότητα και η συνεργασία με τον ασθενή, καθώς επίσης και η πολιτική στην εφαρμογή απλών θεμάτων θεραπείας ή θεμάτων υγείας (π.χ. τοποθέτηση ορού). Σε δεύτερη φάση η πολυπλοκότητα των διαδικασιών και η εξασφάλιση του απόρρητου των ιατρικών πράξεων θα απαιτήσει την χρήση Η/Υ, μέσα από την διατήρηση ιατρικών αρχείων που θα στηρίζουν την ορθή άσκηση του ιατρικού έργου και τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς.

Η ορθή χρήση των αποτελεσμάτων της κλινικής αξιολόγησης διαμορφώνεται μέσα από την συμμετοχή στη διαδικασία όλων των επαγγελμάτων υγείας. Η αποφυγή μιας επανεισαγωγής μετά την αποχώρηση από το Νοσοκομείο π.χ. ασθενούς μετά από χειρουργική επέμβαση, εξασφαλίζεται αν η νοσηλευτική φροντίδα και η εκτέλεση της θεραπευτικής αγωγής ήταν ποιοτικά και ποσοτικά οι αρμόζουσες. Όταν ο έλεγχος (audit) από μια μόνο επαγγελματική ομάδα φαίνεται σωστός, το αποτέλεσμα μπορεί να αλλάξει προς το καλύτερο ή το χειρότερο αν στην πράξη επηρεασθεί και από το έργο μιας άλλης επαγγελματικής κατηγορίας (12). Το πλαίσιο

και οι ρόλοι λειτουργίας μιας υγειονομικής μονάδας (health team) πρέπει σαφώς να οριοθετούνται εκ των προτέρων, με τη συμμετοχή του γιατρού και όχι την κυριαρχία του.

4.3 Η Ικανοποίηση του Ασθενή

4.3.1 Ο Ασθενής ως Προσωπικότητα

Είναι απολύτως φυσικό και απαραίτητο το υγειονομικό προσωπικό να προσπαθεί να ανταποκριθεί στις φυσικές, συναισθηματικές και κοινωνικές ανάγκες των ασθενών. Η φιλική, γεμάτη ελπίδα – ενδιαφέρον και προσπάθεια φροντίδα μπορεί να παρακάμψει τον φόβο και το άγχος της (άγνωστης για τον ασθενή) νόσου. Η σχέση αυτή πρέπει να βασίζεται στην εμπιστοσύνη και να προάγει την εχεμύθεια και τις υψηλές προσδοκίες του ασθενούς, που υποφέρει, καθώς και των συγγενών του. Αν και οι ασθενείς δύσκολα διαφωνούν ή κατακρίνουν την προσφερόμενη κλινική φροντίδα, ιδιαίτερα από την μεριά του γιατρού, συνήθως διαφωνούν στα θέματα νοσηλείας παραμονής κ.λ.π. (22).

Κάθε απόφαση επιλογής θεραπευτικής μεθόδου είναι και του ασθενούς. Ο επαγγελματίας πρέπει να προσφέρει την κατάλληλη πληροφόρηση στον ασθενή και τους συγγενείς του. Έτσι οι Υπηρεσίες Υγείας θα ανταποκριθούν στην αυξανόμενη απαίτηση να είναι βασισμένες στον πελάτη ασθενή και όχι μόνο στον επαγγελματία-παραγωγό. Οι μεταρρυθμίσεις που διαφαίνονται στον ορίζοντα του ελληνικού ΕΣΥ πρέπει να προβλέψουν μέσα από τις νέες δομές (οικογενειακός γιατρός, Ενιαίος Φορέας Υγείας) και μέσα από τις παλαιές (Νοσοκομείο, Κέντρο Υγείας, Πολυϊατρείο ΙΚΑ) διαδικασίες διασφάλισης ποιότητας και παραπόνων του καταναλωτή – χρήστη υπηρεσιών, ξεκινώντας με απλές Επιτροπές – Τμήματα που θα έχουν αυτό το έργο (σε κεντρικό ή σε τοπικό επίπεδο). Παράδειγμα μελετών από τους Άγγλους οικογενειακούς γιατρούς (19) δείχνουν τη σημασία των προτιμήσεων των ασθενών που καταγράφηκαν : προτίμηση Νοσοκομείου, εξοπλισμός Νοσοκομείου, λίστες αναμονής, φιλικότητα του προσωπικού, πληροφόρηση κ.λ.π.

4.3.2 Οι Σχέσεις με τον Ασθενή

Σωστές σχέσεις ασθενή – επαγγελματία υγείας διαμορφώνονται μόνο όταν ο δεύτερος εκτός των άλλων είναι σωστά εκπαιδευμένος, ειδικά σε θέματα επικοινωνίας. Έτσι χρησιμοποιώντας και την υπάρχουσα εμπειρία του παρελθόντος *θα* δώσει εμπιστοσύνη στον ασθενή για κάθε βοήθεια που θα χρειασθεί. Παράλληλα καθρέφτης της επικοινωνίας μιας υγειονομικής μονάδας είναι και το προσωπικό των εισόδων, των πληροφοριών, των γραφείων κίνησης, των ανελκυστήρων κ.λ.π. Εκτός από την συμπεριφορά των παραπάνω ανθρώπων η ενημέρωση γίνεται και από πληροφοριακά φυλλάδια με πολύ χαμηλό κόστος.

Η πληροφοριακή επανατροφοδότηση του ασθενούς ή των συγγενών του κρίνεται απαραίτητη. Οι πρωτοβουλίες του κατάλληλα εκπαιδευμένου προσωπικού αναπτύσσουν τις σχέσεις του με τον πελάτη – χρήστη των υπηρεσιών. Η αναφορά στον πληθυντικό ή στον ενικό, με το μικρό ή το μεγάλο όνομα πρέπει να προσέχονται ιδιαίτερα σε ανθρώπους που είναι σε προχωρημένη ηλικία ή έχουν σοβαρό πρόβλημα αναπηρίας ή πάσχουν από συγκεκριμένη νόσο.

4.3.3 Η Στάση του Ασθενή

Η ανθρώπινη συμπεριφορά είναι απρόβλεπτη. Έχουν καταγραφεί περιπτώσεις καταγμάτων που επειδή ο συγκεκριμένος ασθενής δεν ούρλιαζε από τον πόνο ο γιατρός δεν το διέγνωσε αρχικά. Οι ασθενείς ζητούν κυρίως από τους επαγγελματίες υγείας:

- επαρκή πληροφόρηση
- δικαίωμα επιλογής
- να μην τους δημιουργούν μεγαλύτερες προσδοκίες από όσα μπορούν να κάνουν για αυτούς.

Οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να υπηρετούν τις παρακάτω αρχές:

- κατανόηση του σκοπού της εξέτασης – θεραπείας και προσπάθεια επίτευξης της προς όφελος των ασθενών

- η επιλεγόμενη μέθοδος θα πρέπει να προσιδιάζει τις ανάγκες του συγκεκριμένου ασθενή

4.3.4 Μέτρηση της Ικανοποίησης

Είναι γεγονός ότι η μέθοδος των ερωτηματολογίων χρειάζεται προσοχή επειδή μπορεί να μη γίνει κατανοητή ή να οδηγήσει εκεί που αυτή θέλει. Γι' αυτό πριν από όλα πρέπει να υπάρχει:

- συμφωνία για τις περιοχές ικανοποίησης που θα ελεγχθούν
- έλεγχος των στόχων και των μέσων επίτευξης
- κατάλογος προτεραιοτήτων, χρονοδιάγραμμα
- οδηγίες μεθόδου, μέτρησης, ανάλυσης αποτελεσμάτων
- σχέδιο εφαρμογής πιθανών αλλαγών, μέθοδοι παρακολούθησης.

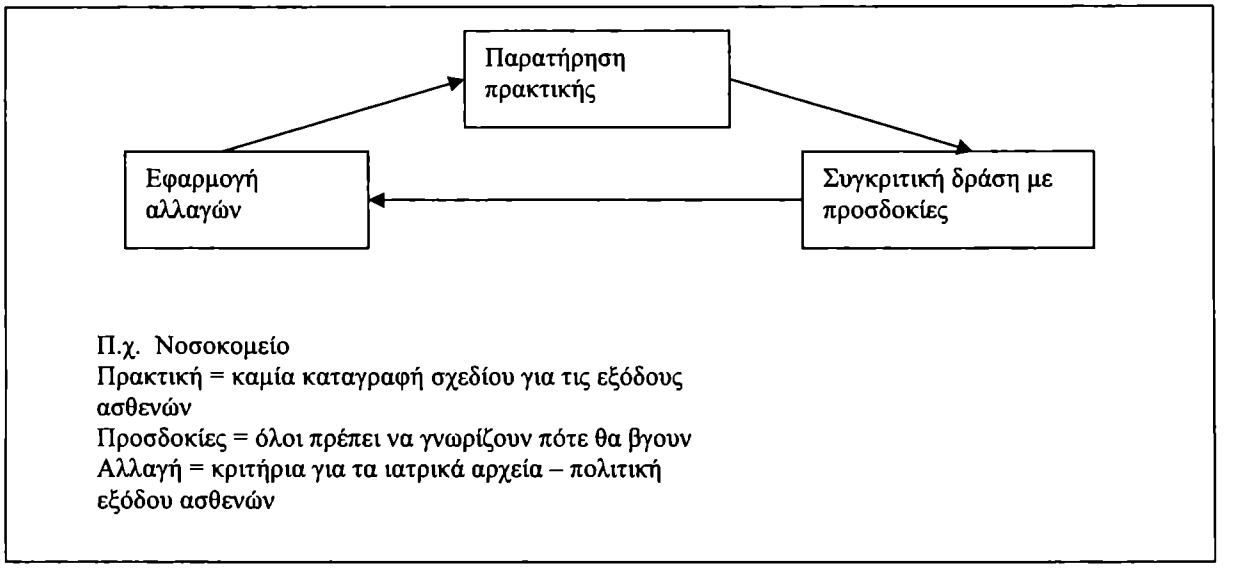
Ένας άλλος τρόπος είναι οι έρευνες (survey) μέσα από συστηματική καταγραφή συγκεκριμένων παραμέτρων. Εδώ πρέπει να λυθούν τα προβλήματα όπως : ηθικές αναστολές του ασθενή, ανωνυμία, υπεύθυνος έργου αξιολόγησης, καθορισμός περιοδικότητας της αξιολόγησης, αποτελεσματικότητα, επανατροφοδότηση (Feedback) κλπ. Παραλλαγή αυτής της μεθόδου είναι η συνέντευξη λίγο πριν την αναχώρηση. Εδώ πρέπει να δίνεται σημασία στο ποιος *την πραγματοποιεί*, που απευθύνεται, ποιες είναι οι περιοχές μέτρησης και οι βελτιώσεις που προτείνονται.

Το «κιτίο των παραπόνων» είναι μία άλλη κλασική μέθοδος. Βέβαια όλοι οι επαγγελματίες της υγείας πρέπει να το δουν ως μια θετική και όχι αρνητική πράξη ανάλυσης και αξιολόγησης της κλινικής διαδικασίας, και με την συμμετοχή τους να προτείνουν βελτιωτικές αλλαγές.

Τρία είναι τα κύρια ζητήματα που πρέπει να ελέγξει μια ομάδα παρακολούθησης των παραπόνων:

- ποιότητα διαδικασιών για τις οποίες υπήρξαν παράπονα
- ο τύπος σχολίων – παραπόνων που λήφθηκαν
- δράση για βελτίωση των υπηρεσιών

Η προσέγγιση αυτή μας επαναφέρει στις εννοιολογικές προσεγγίσεις και αντανακλά το γνωστό «κύκλο ποιότητας», που μπορεί να διαμορφωθεί όπως το παρακάτω παράδειγμα



Έτσι η ομάδα ή ο υπεύθυνος συλλογής των παραπόνων, σε συνεργασία με τον Γενικό Διευθυντή ή τον Διευθυντή Ανθρωπίνων Πόρων ενσωματώνει την παραπάνω εργασία δημιουργικά και αποδοτικά για το νοσοκομείο ή οποιαδήποτε άλλη υγειονομική μονάδα.

4.4 Προσωπικό Υπηρεσιών Υγείας

Το ανθρώπινο δυναμικό στις Υπηρεσίες Υγείας είναι ο πιο σημαντικός πόρος. Σε όλους τους οργανισμούς που λειτουργούν αποδοτικά, κάθε μέλος έχει μια ουσιαστική συνεισφορά στον συνολικό στόχο της κάθε ομάδας. Εκτός από την ποσότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται, η ποιότητα περιλαμβάνει τις ευκαιρίες και το περιβάλλον που διαμορφώνεται για το προσωπικό, με στόχο την ικανοποίησης των μελών του, αλλά και των ασθενών. Πέντε είναι τα στοιχεία αξιολόγησης της ικανοποίησης του προσωπικού από την άσκηση του Διοικητικού ρόλου των μεσαίων ή των ανωτέρων Διευθυντικών στελεχών: (18)

1. όλο το προσωπικό έχει εργασία από την οποία ικανοποιείται
2. αναγνώριση και εκτίμηση για τη συμμετοχή του καθενός
3. οικονομικά κίνητρα
4. ευκαιρίες για επαγγελματική και προσωπική ανέλιξη
5. κτίρια και εξοπλισμός που έλκουν αντί να απωθούν

Αναλύοντας τα παραπάνω:

1. Ο ρόλος των managers (Διευθυντών) σε αυτό το σημείο είναι σημαντικός. Κάθε θέση πρέπει να περιγράφεται και περιοδικά να αναλύεται ή να αναπροσαρμόζεται παρέχοντας τη δυνατότητα σύνδεσης των ικανοτήτων κάθε μέλους του προσωπικού με το αντίστοιχο έργο. Όσοι θα περιγράψουν την συγκεκριμένη θέση εργασίας (job description) πρέπει να κατανοήσουν τους στόχους του οργανισμού και του αντίστοιχου τμήματος που υπάγεται η συγκεκριμένη θέση. Το προσωπικό πρέπει να ενθαρρύνεται να συμμετέχει σ' αυτή τη διαδικασία παρουσιάζοντας τις ιδέες του ή αναλαμβάνοντας πρωτοβουλίες. Έτσι οι προτεινόμενες αλλαγές, μετά από ένα πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, θα ενσωματωθούν πιο εύκολα στην περιγραφή της θέσης που αναφέρθηκε.
2. Τα στελέχη πρέπει να είναι διαθέσιμα να ακούσουν το προσωπικό. Η προφορική επικοινωνία μερικές φορές είναι αποδοτικότερη του γραπτού λόγου και βοηθά όχι μόνο στην κατανόηση προβλημάτων, αλλά και στην παρακίνηση του προσωπικού. Το παραπάνω μπορεί και πρέπει να μεταφερθεί και στη σχέση προσωπικού ασθενών. Είναι σημαντικό οι ασθενείς να περιγράφουν το Νοσηλευτή/τρια που τους περιθάλπει ως δικό τους άνθρωπο. Συχνά αυτή η ατμόσφαιρα δημιουργεί κίνητρα και σε άλλα τμήματα να ακολουθήσουν και θα πρέπει να αναγνωρίζεται και να επιβραβεύεται.
3. Οι μισθοί του Ελληνικού ΕΣΥ είναι καθηλωμένοι τα τελευταία χρόνια. Είναι γεγονός επίσης ότι δίνονται κίνητρα για αποδοτικότερες συμπεριφορές, δημιουργώντας έτσι τα φαινόμενα παραοικονομικής δραστηριότητας. Ένα άλλος κίνδυνος που ελλοχεύει είναι οι ανισότητες που δημιουργούνται στις αμοιβές μεταξύ των επαγγελματικών κατηγοριών που αισθάνονται ότι αδικούνται περισσότερο απ' τις άλλες (νοσηλευτές, διοικητικά στελέχη κλπ.).

Επειδή οι απασχολούμενοι στο ΕΣΥ είναι δημόσιοι υπάλληλοι θα ήταν ανώφελο να αναφερθούμε στην ύπαρξη κινήτρων αν δεν αλλάξει το θεσμικό πλαίσιο για την θέσπισή τους.

4. Κάθε μέλος του προσωπικού πρέπει να γνωρίζει τις ευκαιρίες που θα του δοθούν και πως θα τις αξιοποιήσει (προς όφελος του οργανισμού αλλά και του ιδίου). Η έκφραση προσωπικών φιλοδοξιών είναι θεμιτή, αρκεί να εντάσσεται στους γενικότερους στόχους. Η συνεργασία των Υπηρεσιών Υγείας με τους φορείς εκπαίδευσης (Πανεπιστήμια εταιρίες συμβούλων κλπ.) είναι επιβαλλόμενη. Το Β' Κοινοτικό πλαίσιο στήριξης στο μέρος των ανθρώπινων πόρων προσφέρει μια σημαντική ευκαιρία σχεδιασμού μιας τέτοιας πολιτικής, αρκεί να συνεργαστούν οι φορείς με τις νέες δομές που πρέπει να δημιουργηθούν (Μονάδες Εκπαίδευσης), με παράλληλη καταγραφή αναγκών, αξιολόγηση και ανάπτυξη.
5. Η ικανοποίηση του προσωπικού αλλά και του ασθενή μπορεί να μετρηθεί με διαφόρους τρόπους. Το σίγουρο είναι ότι προϋποθέτει καλό περιβάλλον μέσα από σωστές συνθήκες εργασίας. Ένας καθαρός και φρεσκοβαμμένος χώρος ελκύει περισσότερο από έναν βρώμικο με πεσμένους σοβάδες. Η διατήρηση των κτιρίων σε καλή κατάσταση και η συντήρηση του εξοπλισμού πρέπει να είναι σημείο αναφοράς για τους χρήστες των χώρων που είναι οι απασχολούμενοι στις μονάδες υγείας, οι ασθενείς και οι συνοδοί τους.

4.5 Κτιριακές Εγκαταστάσεις

Στην πλειοψηφία τους τα Ελληνικά νοσοκομεία είναι παλαιά κτίρια, για πολλά από τα οποία ο αρχικός σκοπός κατασκευής τους δεν ήταν αυτός που είναι τώρα. Συμπληρωματικοί των κτιρίων παράγοντες είναι η καθαριότητα των χώρων και η συντήρηση κτιρίων και μηχανημάτων. Σε πολλά Νοσοκομεία της Δυτικής Ευρώπης υπάρχει εξειδικευμένος ειδικά για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες διευθυντής (manager in housekeeping). Ένα άλλο θέμα είναι η έλλειψη επαρκών κανόνων υγιεινής στην παρασκευή και διανομή του φαγητού που αποτελεί μεγάλο κομμάτι των δαπανών των Νοσοκομείων του ΕΣΥ (8% περίπου). Τα τελευταία χρόνια έχουν γίνει σημαντικές προσπάθειες με την εκπαίδευση του προσωπικού και την πρόσληψη ειδικών (π.χ. διαιτολόγων, τεχνολόγων τροφίμων κλπ.). Η συντήρηση του περιβάλλοντος χώρου (π.χ. κήποι) και η στάθμευση των

αυτοκινήτων, είναι επίσης σημαντικό θέμα στη βελτίωση του φυσικού περιβάλλοντος. Άλλωστε, το τελευταίο δημιουργεί τριβές μεταξύ του προσωπικού (π.χ. θυρωρών) και των ασθενών ή των συνοδών και επισκεπτών *τους*.

Όσον αφορά το κόστος συντήρησης του εξοπλισμού και διατήρησης των χώρων είναι μεγάλο. Γι' αυτό και είναι αναγκαία η καταγραφή του (Overhead cost) και ο τελικός έλεγχος από τμήμα σε τμήμα. Νεωτερισμοί που μειώνουν το κόστος αυτό και αυξάνουν την ικανοποίηση και τη καλή επικοινωνία του ασθενή πρέπει να προσεχθούν

Συμπερασματικά θα μπορούσαμε να πούμε ότι δεν υπάρχουν ορθολογικά σχέδια που οδηγούν με ακρίβεια στη βελτίωση του περιβάλλοντος και της συνολικής εικόνας (image) του Νοσοκομείου, γιατί το καθένα έχει τα δικά του χαρακτηριστικά και τη δική του ιστορία. Κάθε Μονάδα Υγείας πρέπει να αποφασίσει το δικό της πρόγραμμα βελτιωτικών αλλαγών. Η ικανοποίηση από την εφαρμογή του θα μοιρασθεί πρακτικά μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών και δεν σημαίνει απαραίτητα οικονομική επιβάρυνση, αν σκεφτούμε το μακροπρόθεσμο κόστος που θα εξοικονομηθεί.

4.6 Πληροφορία – Πληροφόρηση

Η διάθεση καλών ποιοτικά πληροφοριών συνθέτει τη σωστή πληροφόρηση που απαιτεί ο ποιοτικός έλεγχος των Υπηρεσιών Υγείας. Η διοίκηση (management), ο ποιοτικός έλεγχος (quality control) και η ικανοποίηση του προσωπικού και των ασθενών βασίζονται στην ύπαρξη σωστά δομημένων πληροφοριακών συστημάτων και βάσεων δεδομένων. Η αξιολόγηση του τρίπτυχου

Δομή (structure) → Πρόοδος (progress) → Αποτέλεσμα (outcome)

Σε έναν οργανισμό επιτυγχάνεται από την πρόσβαση σε

Δεδομένα (data) → Πληροφορίες (information) → Αξιολόγηση (Evaluation)

Που δημιουργούν

Εργαλεία (tools) → Επεξεργασία (work) → Αποτέλεσμα (result)

Η κατανομή και διαχείριση των πόρων μιας Μονάδας Υγείας προϋποθέτει μηχανογραφημένα συστήματα (προσιτά στο χρήστη) που δεν αποτελούν αυτοσκοπό, αλλά μέσο για την επίτευξή του, αφαιρώντας έτσι το πιθανόν 'κακό' όνομα από την τεχνολογία της πληροφορικής μεταξύ των επαγγελματιών υγείας.

4.7 Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Οι στόχοι των πολιτικών υγείας στις κοινωνίες του 'δυτικού κόσμου' συνοψίζονται σήμερα στο τρίπτυχο: εκσυγχρονισμός, χαμηλό κόστος, και ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Αν η πρώτη και η δεύτερη επανάσταση στα Συστήματα Υγείας ήταν η καθιέρωση ασφάλισης υγείας(1950-70), η τρίτη επανάσταση περνά μέσα από την αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και τη βελτίωση της ποιότητας τους. Η προσπάθεια αυτή ξεκίνησε ουσιαστικά στις ΗΠΑ, τη δεκαετία του 1970, με στόχο την έξοδο του Υγειονομικού Τομέα από την κρίση. Μία κρίση που χαρακτηρίζεται από εξουθενωτικούς ρυθμούς αύξησης του κόστους, χωρίς ανάλογες βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας του πληθυσμού (10).

Ιστορικά η ανάγκη για ποιοτικό έλεγχο του ιατρικού έργου και των παρεχόμενων υπηρεσιών είχε εμφανισθεί πολύ πριν την εμφάνιση των σύγχρονων αρχών της διοίκησης. Από την εποχή του Ιπποκράτη, οι δεοντολογικοί και ηθικοί κώδικες του ιατρικού επαγγέλματος, έδιναν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τον ασθενή υπηρεσιών (ωφελείν μη βλάπτειν). Η F. Nightingale, κατά την διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου (1850), κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών και μερικά χρόνια αργότερα ο Godman (1915), χειρούργος στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης ασχολήθηκε συστηματικά με *τον* έλεγχο των ιατρικών ιστορικών.

Το 1908, ο Groves (20), μετά από μελέτες και συλλογή στοιχείων από 50 νοσοκομεία της Μ. Βρετανίας, επισήμανε την ανάγκη ενός συστήματος ταξινόμησης των ασθενειών και των χειρουργικών επεμβάσεων έτσι ώστε να μπορούν να γίνο*νται* διαχρονικές συγκρίσεις τόσο σε επίπεδο θνησιμότητας όσο και ανικανότητας. Λίγο αργότερα, το 1914, ο χειρούργος Godmar στο Γενικό Νοσοκομείο της Μασσαχουσέτης ξεκινούσε το δικό του πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου των χειρουργικών επεμβάσεων. Σύμφωνα με το πρόγραμμα αυτό ο ασθενής εξεταζόταν ένα χρόνο μετά τη χειρουργική επέμβαση για να διαπιστωθεί αν η διάγνωση που του έγινε ήταν σωστή, αν η εγχείρηση είχε επιτυχία, αν ο ασθενής ωφελήθηκε από αυτή και ακόμα ποια προβλήματα παρουσιάστηκαν στον ασθενή μετεγχειριτικά που μπορούσαν να αποδοθούν στην εγχείρηση.

Ο Donabedian,(7) διαμόρφωσε μεταξύ των άλλων τον κλασσικό ορισμό της ποιότητας ως «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τα

κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μια διαδικασία περίθαλψης». Μεγάλη είναι η συμβολή του Donabedian στις προσπάθειες μέτρησης (αξιολόγησης) της ποιότητας, προτείνοντας τρείς τρόπους αξιολόγησης:

- *Μέτρηση των συντελεστών παραγωγής*

  Η μέθοδος αυτή αξιολογεί το προϊόν μετρώντας την ποιότητα των συντελεστών παραγωγή που υπεισέρχονται στην παραγωγική διαδικασία.
- *Μέθοδο της διαδικασίας*

  Η μέθοδος αυτή χρησιμοποιεί ορισμένες αποδεκτές 'ρουτίνες' για διάφορες κατηγορίες διάγνωσης ή θεραπείας. Τα πρότυπα αυτά έχουν σαν βάση επαγγελματικά κριτήρια και προκύπτουν από επιστημονικά αποδεκτές μεθόδους και διαδικασίες
- *Εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος*

  Η μέθοδος αυτή σχετίζεται με την εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, η οποία ήδη έχει χρησιμοποιηθεί με επιτυχία από το ιατρικό επάγγελμα για την αξιολόγηση ορισμένων παραμέτρων της ιατρικής φροντίδας.

που δεν είναι τίποτα άλλο από την μίξη της καμπύλης παραγωγής με τα συστατικά του κύκλου διασφάλισης της ποιότητας (δομή-διαδικασία-αποτέλεσμα). Ωστόσο αυτή η μέθοδος πλέον θεωρείται ξεπερασμένη αφού μένοντας σε κάποια πρότυπα διασφάλισης ποιότητας είναι στατική, και δεν εμπεριέχει την νέα φιλοσοφία της συνεχούς βελτίωσης.

Έτσι κάτω από το πρίσμα της νέας φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, σαν εκτίμηση (μέτρηση) του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται τη δεδομένη χρονική στιγμή, είναι το πρώτο βήμα σε οποιαδήποτε προσπάθεια για βελτίωση της ποιότητας, ενώ η διασφάλιση της ποιότητας, περιλαμβάνει κατ' αρχήν την εκτίμηση (μέτρηση) του επιπέδου ποιότητας που πρέπει να παρέχεται και στη συνέχεια την υιοθέτηση μηχανισμών για τη βελτίωση της συνιστά το επόμενο βήμα.

Η συνεχής βελτίωση ποιότητας όπως προτείνεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (ΠΟΥ), είναι η δυναμική αυτή διαδικασία, η οποία προχωρά πέρα από το απλό ορισμό και τη μέτρηση της ποιότητας. Στις μέρες μας φαίνεται (20) να ξεκαθαρίζει ένα πλαίσιο ποιοτικού ελέγχου με τρεις διαφορετικές κατευθύνσεις:

1. Εκείνη που μετρά την ποιότητα λαμβάνοντας υπόψη τους διαθέσιμους πόρους για την υγεία
2. Εκείνη που λαμβάνει υπόψη τις διαδικασίες και τον τρόπο που ένας ασθενής κινείται μέσα στο σύστημα υγείας
3. Εκείνη που κρίνει την ποιότητα από το αποτέλεσμα.

Στην Ευρώπη η ευαισθητοποίηση σχετικά με την ποιότητα ξεκίνησε κυρίως από τον προβληματισμό γύρω από το κόστος των Υπηρεσιών Υγείας. Σημαντικό ρόλο στις εξελίξεις αυτές έπαιξε και η προσπάθεια για συμμόρφωση με τους στόχους 31 και 38 της Πολιτικής «Υγείας για όλους το 2000», που αναφέρονται στη διασφάλιση της ποιότητας και στην αξιολόγηση της χρήσης των Υπηρεσιών Υγείας.(15)

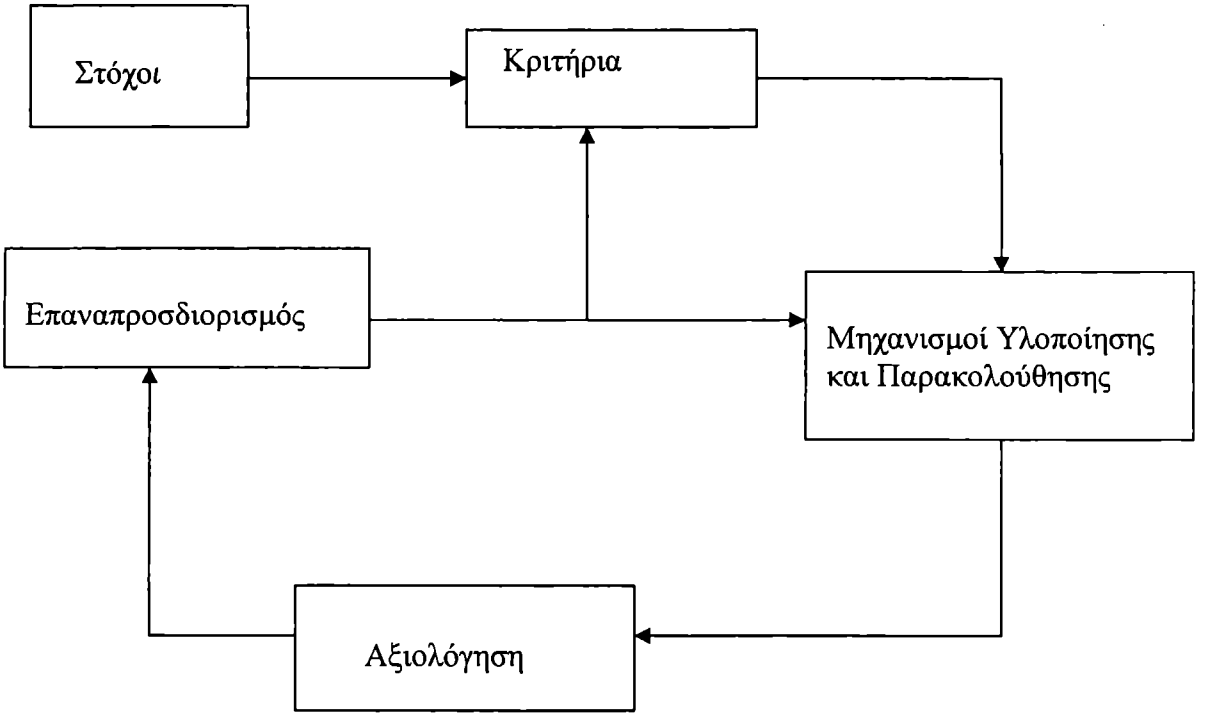
- Στόχος 31: «Ως το 1990 όλα τα κράτη-μέλη θα πρέπει να έχουν εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς που εξασφαλίζουν την ποιότητα των παρεχόμενων φροντίδων στα πλαίσια των ιδιαίτερων συστημάτων τους»
- Στόχος 38: «Πριν από το 1990 όλα τα κράτη-μέλη, θα πρέπει να έχουν θεσπίσει έναν επίσημο μηχανισμό συστηματικής αξιολόγησης της καταλληλότητας χρησιμοποίησης των τεχνολογιών στην υγεία, καθώς και της αποτελεσματικότητας, ικανότητας και αποδοχής τους και των ανταποκρίσεων τους στις εθνικές πολιτικές υγείας και τους οικονομικούς περιορισμούς, σύμφωνα με όσα προδιαγράφουν σε εθνικό επίπεδο οι πολιτικές υγείας και οι οικονομικοί, περιορισμοί».

Από το 1990, 262 Νοσοκομεία, σε 15 διαφορετικές ευρωπαϊκές χώρες, συμμετείχαν σε ένα κοινό πρόγραμμα διασφάλισης Ποιότητας, το οποίο ολοκληρώθηκε τον Ιούλιο του 1993. Πολλές χώρες δημιούργησαν εθνικά προγράμματα δράσης για την ποιότητα στην Υγεία όπως το Βέλγιο η Ισπανία η Ιταλία και η Δανία. Άλλες πάλι συμπεριέλαβαν τη διασφάλιση της ποιότητας στη νομοθεσία τους: Γαλλία, Γερμανία, Ισπανία, και Ιταλία. Σημαντική είναι η προσφορά του παγκόσμιου οργανισμού *Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR)*, που έχει αναπτύξει πολλά μοντέλα και δείκτες ποιότητας για νοσοκομεία.

Η Ευρωπαϊκή Ένωση έχει υποστηρίξει προγράμματα έρευνας και ανάπτυξης στην Υγεία. Το Κοινοτικό Πρόγραμμα AIM (Advanced Informatics in Medicine) αποτελεί μια ειδική δράση-μέσα στα πλαίσια του γενικότερου προγράμματος Telematics- και εκμεταλλεύεται τις δυνατότητες της τεχνολογίας, της πληροφορικής και της τηλεματικής, για να προάγει την εναρμονισμένη εφαρμογή τους στον τομέα της υγείας με απώτερο στόχο την ουσιαστική συμβολή στη βελτίωση της ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας (11).

Μέσα από την διαδικασία συντονισμένης δράσης, σε θέματα που από κοινού διαπραγματεύεται εννέα έργα του Προγράμματος AIM, εκπονήθηκε ένα μοντέλο ανάπτυξης ποιότητας, τέτοιο ώστε να μπορεί να λειτουργεί αποτελεσματικά και ανεξάρτητα από το θεματικό αντικείμενο, τον τομέα ή το επίπεδο της οργάνωσης, όπου πραγματοποιείται η ανάπτυξη της ποιότητας. Με τον τρόπο αυτό προωθείται ένα κοινό πλαίσιο αντίληψης των βασικών αρχών που είναι απαραίτητο, ιδιαίτερα όταν εμπλέκονται ομάδες ατόμων με διαφορετικά γνωστικά αντικείμενα.

Η διαδικασία αυτή βαθμιαία ανέδειξε μια επεξεργασμένη μορφή των διαφόρων όρων και τη δημιουργία των συνδέσμων μεταξύ των εννοιών, αποδίδοντας τελικά ένα ολοκληρωμένο, γενικευμένο μοντέλο που μπορεί να χρησιμοποιείται στην πράξη.



- *Στόχοι:* Η ποιότητα και η επιδίωξη της θεωρείται σημαντική για κάθε επιμέρους δραστηριότητα ή έργο. Η απαίτηση για ποιότητα είναι απόλυτη – τα κριτήρια και τα μέσα με τα οποία θα γίνει η επιδίωξη της είναι ευέλικτα.
- *Κριτήρια:* Τα κριτήρια και τα πρότυπα, τα οποία θα αποτελέσουν τη βάση για την αξιολόγηση, τόσο του τελικού αποτελέσματος, όσο και της διαδικασίας παραγωγής του, θα πρέπει να καθορισθούν στην αρχή της διαδικασίας. Τα κριτήρια που αφορούν το τελικό αποτέλεσμα θα πρέπει να αντικατοπτρίζουν πραγματικές ανάγκες των τελικών αποδεκτών και να διαπιστεύονται από αυτούς.
- *Μηχανισμοί Υλοποίησης και Παρακολούθησης:* Πλήρεις περιγραφές των μεθόδων και των μέσων που θα χρησιμοποιηθούν για να εξασφαλιστεί η ποιότητα, θα πρέπει να διατυπωθούν. Ταυτόχρονα θα πρέπει να εγκατασταθούν οι μηχανισμοί παρακολούθησης της διαδικασίας, με καταγραφή των αποκλίσεων.
- *Αξιολόγηση:* Μια εκ των έσω αξιολόγηση του βαθμού συμμόρφωσης με τα κριτήρια και τα πρότυπα θα πρέπει να γίνεται σε συστηματική βάση. Επιπλέον, μια αξιολόγηση από τρίτους (εξωτερική) θεωρείται απαραίτητη προκειμένου να εξασφαλίζεται η αντικειμενικότητα της.
- *Επαναπροσδιορισμός:* Η διαδικασία της αξιολόγησης μπορεί να οδηγεί σε εξουσιοδοτημένη αναθεώρηση και επαναπροσδιορισμό των κριτηρίων και/ή των μηχανισμών, μέσα από κατάλληλους δίαυλους επικοινωνίας.

Διάφορα μοντέλα έχουν αναπτυχθεί για την βελτίωση της ποιότητας στη υγεία που βασίζονται στην ΔΟΠ. Σημαντικό είναι το μοντέλο (1) το οποίο ονομάστηκε «costumer driven management model», το οποίο βασίζεται στην έννοια της συνεχής βελτίωσης. Το μοντέλο αυτό το οποίο απευθύνονταν σε Νοσοκομεία είχε ως βασικό στόχο την σύγκλιση όλων των φορέων των τμημάτων κάτω από μια κοινή βάση διαδικασιών. Για την εφαρμογή του μοντέλου ελήφθησαν ορισμένες σημαντικές αποφάσεις. Η ποιότητα των αποφάσεων αυτών θα προσδιόριζε το κατά πόσο καλά ένας φορέας θα καθόριζε τα πλέον σημαντικά σημεία της λειτουργίας του. Στην προκαταρκτική φάση οι αποφάσεις αυτές σχετίζονται με τις ακόλουθες ερωτήσεις:

1. Ποιοι είναι οι «πελάτες»;
2. Ποιες είναι οι κυριότερες λογικές και έγκυρες προσδοκίες τους;
3. Ποια είναι τα επαγγελματικά πρότυπα αντιμετώπισης αυτών *των* πελατών;
4. Τι θα πρέπει να γίνει σε λειτουργικό επίπεδο για να ικανοποιηθούν οι προσδοκίες των «πελατών» στα πλαίσια των επαγγελματικών προτύπων;

Αφού είχαν ληφθεί οι προκαταρκτικές αποφάσεις, θα έπρεπε να εφαρμοστούν. Στο σημείο αυτό μια κυκλική εσωστρεφής διαδικασία επίτευξης των βελτιώσεων θα έπρεπε να εφαρμοστεί. Τα κυριότερα σημεία αυτής της διαδικασίας ήταν τα παρακάτω:

1. Μέτρηση της εκτέλεσης, χρησιμοποιώντας τους δείκτες που προσδιορίστηκαν προηγουμένως
2. Καταγραφή των αποτελεσμάτων με κατανοητό τρόπο και κοινοποίηση των αποτελεσμάτων αυτών στο υγειονομικό προσωπικό που έχει άμεση δυνατότητα επέμβασης.
3. Αξιοποίηση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αυτών από το υγειονομικό προσωπικό. Επιβράβευση της προσπάθειας σε περίπτωση θετικών αποτελεσμάτων. Προσδιορισμός και καθορισμός των ευκαιριών για βελτίωση, σε περίπτωση που τα αποτελέσματα δεν είναι τα αναμενόμενα.
4. Επιδίωξη καθορισμένων ευκαιριών για βελτίωση, εφαρμόζοντας μια αποτελεσματική διαδικασία και τα' ανάλογα εργαλεία ποιότητας για την επίτευξη βελτιωμένων αποτελεσμάτων στο μέλλον.

Κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, παγκοσμίως οι προσπάθειες όλων των οργανισμών, για βελτίωση της ποιότητας των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, επωφελήθηκαν σημαντικά από τις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Σε μια εποχή που η γνώμη του καταναλωτή, για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών, αναζητάτε και δημοσιοποιείται διαρκώς, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων αυτών, είναι ίσως πρωτοφανές το γεγονός ότι η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή, του ασθενή του Νοσοκομείου, δε ζητήθηκε μέχρι σήμερα με το ίδιο ενδιαφέρον και την ίδια συχνότητα.

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μια μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα των φροντίδων, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν φροντίδες (1). Επίσης, μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών Υγείας, αποκτώντας έτσι σπουδαία σημασία στο σχεδιασμό και τη χάραξη μιας Πολιτικής Υγείας. Έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών έχουν διεξαχθεί σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, και έχει αποδειχθεί ότι προσφέρουν έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες, όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας .

Στη χώρα μας αξιόλογη είναι η ερευνά (17) που διεξήχθη σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της Αθήνας και της Θεσσαλονίκης, με στόχο την περιγραφή ενός βασικού μοντέλου διαμονής Νοσοκομειακής Φροντίδας, μιας θεωρίας για την βελτίωση του, και των τρόπων με τους οποίους οι κρίσεις των ασθενών, για την ποιότητα των παρεχόμενων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών μπορούν να οδηγήσουν στο σχεδιασμό βελτιώσεων. Η έρευνα επικεντρώθηκε στην μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα, καθώς επίσης και στην ικανοποίηση από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ποιότητα είναι υψηλού βαθμού για τη ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα, ενώ είναι μετρίου βαθμού για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες.

5. Υπάρχουσα Κατάσταση στην Παροχή Δημόσιας Υγείας.

Στις μέρες μας οι προσδοκίες της Ελληνικής κοινωνίας (στον τομέα της φροντίδας Υγείας), συνεχώς αυξάνουν όχι μόνο για την πληρότητα της ποσότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και για την ποιότητα τους.

Ωστόσο η οικονομική κατάσταση της χώρας μας, λόγω υπερβολικών ελλειμμάτων, απαιτεί την βέλτιστη δυνατή χρήση των διαθέσιμων πόρων. Η έννοια του κόστους είναι ο βασικότερος παράγοντας στη λήψη κάθε διοικητικοοικονομικής και όχι μόνο απόφασης. Αποτελεί ευθύνη των υπηρεσιών υγείας, υπό την απειλή του κόστους, να προβούν σε στρατηγικό σχεδιασμό επαναπροσδιορισμού των πηγών και βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, με επιδράσεις στην προσβασιμότητα και την γενίκευση των υπηρεσιών.

5.1 Το Πρόβλημα του κόστους

Το πρόβλημα του κόστους των υπηρεσιών υγείας, έχει ευρέως αναλυθεί (16) και η συνεχής τάση αύξησης του θεωρείται ένας από τους σημαντικότερους λόγους της κρίσης στο χώρο της Υγείας. Η αδυναμία αύξησης των παρεχόμενων πόρων καθίστανται πλέον προφανής σε όλα τα επίπεδα της διοίκησης. Η επίλυση του προβλήματος της αύξησης των δαπανών με ταυτόχρονη μείωση του κόστους, απαιτεί επίλυση των οικονομικών προβλημάτων που είναι σχεδόν αδύνατη για το άμεσο μέλλον. Έτσι λοιπόν, η μείωση του κόστους έχει γίνει ο στρατηγικός ποιοτικός στόχος της διοίκησης.

Σε αυτά τα πλαίσια, το υφιστάμενο σύστημα υγείας δεν θα μπορούσε να χαρακτηρίζεται από την προσφορά των πόρων στον ερευνητικό τομέα. Γι' αυτό κάθε προσπάθεια βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, στηρίζεται στις υπάρχουσες δυνατότητες με αποτέλεσμα να έχουμε ένα σύστημα εντατικοποίησης των παρεχόμενων υπηρεσιών και αυτό βέβαια σημαίνει και αύξηση του κόστους, λόγω αλόγιστης πολλές φορές, χρήσης των πόρων (6).

5.2 Το Σύστημα Υγείας

Το γεγονός ότι η εφαρμοζόμενη τεχνολογία και γνώση είναι ήδη δοκιμασμένη και τεκμηριωμένη στο εξωτερικό, μπορεί να παρουσιάσει αυτό το σύστημα ως μη απόλυτα εκσυγχρονισμένο επιστημονικά, αλλά από την άλλη πλευρά έχει περιορισμό των δαπανών και της ποιότητας στο αποτέλεσμα, αφού εκλείπει εντελώς ο ερευνητικός κίνδυνος.

Ο πελάτης-καταναλωτής (ασθενής) αυτού του συστήματος υγείας δέχεται την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας ως αποτέλεσμα κυρίως των σχέσεων του με τον γιατρό της επιλογής του και γι' αυτό, με όποια στοιχεία διαθέτει, ψάχνει για κάθε του πρόβλημα 'έναν καλό γιατρό'. Έτσι ενώ θεωρεί ότι το σύστημα είναι αυτονόητα υποχρεωμένο: να παρέχει για την φροντίδα υγείας κάθε απαραίτητο στοιχείο (κλίνες, ασθενοφόρα, νοσηλευτές κ.λ.π.), στην σχέση του με το γιατρό, είναι πολλές φορές διατεθειμένος να προσφέρει επιπλέον πόρους για την για την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας (κατά την εκτίμηση του).

Σε αυτό ακριβώς το σημείο στηρίζεται και η εισαγωγή της κάθε νέας τεχνολογίας την οποία πληρώνει ο ασθενής μέχρι την 'αποδοχή' της από το σύστημα. Σε αυτή την πραγματικότητα ο γιατρός έχει αντιληφθεί ότι η επιστημονική του ύπαρξη στηρίζεται στη συνεχή του ενημέρωση και βελτίωση. Αυτή η ιατρική ανάγκη, σε πρώτο βαθμό καλύπτεται από τα Πανεπιστήμια και τις Πανεπιστημιακές Κλινικές, και σε δεύτερο βαθμό από τα μεγάλα Νοσηλευτικά Ιδρύματα (που άλλωστε είναι και ένας από τους βασικότερους παράγοντες συγκέντρωσης γιατρών στα αστικά κέντρα).

Με κριτήρια που δεν είναι αντικειμενικά αυτής της μελέτης, υπάρχει διαβάθμιση της σχέσης του γιατρού με την πανεπιστημιακή γνώση περίπου ως εξής: Καθηγητής, Αναπληρωτής Καθηγητής, Επίκουρος Καθηγητής, Διευθυντής Κλινικής, Επιμελητής και μέχρι τον Γενικό και Αγροτικό γιατρό. Αυτή η διαβάθμιση είναι ένα βασικό κριτήριο με το οποίο ο ασθενής επιδιώκει την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας.

5.3 Σχέση 'Ιατρών-Διοίκησης'

Η διοίκηση, στο υφιστάμενο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας, εκφράζεται συγκεντρωτικά από το υπουργείο υγείας και πρόνοιας. Εδώ οι διαδικασίες του 'management' λειτουργούν στα πλαίσια του εκάστοτε κυβερνητικού στρατηγικού σχεδιασμού. Στα νοσοκομεία όμως που είναι και οι μονάδες παραγωγής της παρεχόμενης ποιότητας φροντίδας υγείας, είναι πολύ δύσκολο να προσδιοριστεί κάποια άλλη διαδικασία του 'management' *πλην* αυτής της διεύθυνσης.

Οι γιατροί αντιλαμβάνονται την προσφορά της διοίκησης απλά ως επικουρική και υφιστάμενη διαφορά στο επιστημονικό επίπεδο (ο ένας επιστήμονας υγείας και ο άλλος διοικητικός), έχει δημιουργήσει μεταξύ γιατρού και διοικητικού μια σχέση 'επιστήμονα-γραφέα'. Τα τελευταία χρόνια έγιναν προσπάθειες βελτίωσης της κατάστασης από εξειδικευμένους επιστήμονες στο management αλλά η υπάρχουσα δομή και νοοτροπία δείχνει να οδηγεί στο χώρο της αδράνειας και του 'overquality'.

Ακόμα στη σχέση μεταξύ διοίκησης και γιατρών θα πρέπει να σημειωθεί το φαινόμενο της παρουσίας της αδιαφιλονίκητα ορθής και κατά συνέπεια άμεσα εφαρμοζόμενης, ιατρικής άποψης, εκείνων των γιατρών των οποίων η κοινωνική αποδοχή της επιστημονικής τους ικανότητας δεν επιτρέπει ούτε καν την κρίση από όλα τα επίπεδα της διοίκησης, με αποτέλεσμα το χάσμα να μεγαλώνει.

5.4 Συνοπτική εικόνα

Η απεικόνιση της προσφερόμενης φροντίδας υγείας στην υπάρχουσα κατάσταση, σκιαγραφεί την ύπαρξη των εξής προβλημάτων:

1. Παρά το γεγονός ότι η κοινωνία είναι υποχρεωμένη να καλύπτει το συνεχώς αυξανόμενο κόστος της υγείας:

   Α) δεν γνωρίζει εάν η προσφερόμενη ποιότητα φροντίδας υγείας είναι η ελάχιστη που θα επιθυμούσε να έχει,

   Β) δεν γνωρίζει εάν η προσφερόμενη ποιότητα υγείας, είναι η ελάχιστη *δυνατή* που θα μπορούσε να έχει, σε σχέση με το κόστος που υφίστανται και εάν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης,

Γ) δεν γνωρίζει εάν η τεχνολογία όπως απρογραμμάτιστα εισάγεται, βελτιώνει και κατά πόσο την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας υγείας.

2. Οι επαγγελματίες υγείας αδυνατούν να επικοινωνήσουν μεταξύ τους, σε όλα τα επίπεδα, ακόμα και σε ομάδες με ταυτόσημα επιστημονικά ενδιαφέροντα (π.χ. Ιατρός-Παθολόγος).
3. Ο ασθενής-καταναλωτής, παρά τις προσπάθειες του να αξιολογήσει την προσφερόμενη ποιότητα υγείας, δέχεται από την υπάρχουσα κατάσταση, αυτό που ικανοποιεί σχετικά τις ανάγκες του, και πέραν τούτου έχει την διαρκή τάση εξεύρεσης εναλλακτικής λύσης με τελικό σταθμό κάποιο νοσοκομείο του εξωτερικού. «Ο ασθενής δεν παραπονιέται απλώς αλλάζει φορέα» (Deming) (9)

Τελικά είναι σαφές ότι η υπάρχουσα κατάσταση χαρακτηρίζεται από βαθιά αδυναμία αντιμετώπισης του τρίπτυχου 'υψηλό κόστος, τεχνολογικός εξοπλισμός, και βελτίωση στην ποιότητα φροντίδας'. Αυτή η αδυναμία οριοθετεί και το πρόβλημα της επιβίωσης. Επειδή, όμως, η ποιότητα είναι κοινό σημείο αναφοράς, τείνει να καταστεί το μέσο με το οποίο μπορούν να επικοινωνούν οι επαγγελματίες υγείας και έχει αρχίσει να θεωρείται παγκοσμίως, ο 'διάδρομος' προσέγγισης για την εξεύρεση πιθανών λύσεων αντιμετώπισης των αδυναμιών και της κρίσης γενικότερα.

6. Τρόποι Μέτρησης της Ποιότητας στην Υγεία

Υπάρχουν κυρίως δύο τρόποι μέτρησης της ποιότητας αυτής. Ο πρώτος αφορά την μέτρηση της ποιότητας μέσα από τεχνικά και κλινικά χαρακτηριστικά ενός συστήματος υγείας με επιστημονικό τρόπο και ο δεύτερος τη μέτρηση της ποιότητας από τον ίδιο τον ασθενή (consumer rating).

6.1. Μέτρηση της ποιότητας με τη βοήθεια τεχνικών και κλινικών χαρακτηριστικών.

Η μέτρηση στην ποιότητα της υγείας με αυτόν τον τρόπο προσεγγίζεται από τρεις βασικές πλευρές. Τη δομή (δυνατότητα να παρέχεται υψηλής ποιότητας υγεία), τη διαδικασία (τρόπος/απόδοση) και το αποτέλεσμα.

α) Δομή

Μετρήσεις της ποιότητας μέσω της δομής ενός συστήματος υγείας περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά και το μέγεθος των πόρων που έχε ένα σύστημα. Δηλαδή ο εξοπλισμός, οι γιατροί και γενικά το προσωπικό, η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας, η γεωγραφική τοποθεσία και η προσιτότητα των υπηρεσιών.
Υπάρχουν μετρήσεις της ικανότητας των επαγγελματιών να παρέχεται υψηλής ποιότητα υγείας. Αυτές περιλαμβάνουν άδειες επαγγέλματος ειδικεύσεις και πιστοποιητικά ειδικών εκπαιδεύσεων.
Για τις υπηρεσίες οι μετρήσεις περιλαμβάνουν πιστοποιήσεις από ειδικούς δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς.
Όσο για τον τεχνολογικό εξοπλισμό εκτιμήσεις μπορούν να γίνουν από τη γενιά εξοπλισμού (αν είναι σύγχρονος ή όχι) και από την πληρότητά του.
Η γεωγραφική τοποθεσία και η προσιτότητα των υπηρεσιών αυτών είναι παράμετροι οι οποίοι αλληλεξαρτώνται και αξιολογούνται βάση και των δημογραφικών χαρακτηριστικών.

β) Διαδικασία

Η μέτρηση της διαδικασίας ενός συστήματος υγείας έχει ν α κάνει με την κλινική πλευρά και εστιάζεται στη διάγνωση, στο χειρισμό της ασθένειας και στην προληπτική ιατρική, (π.χ. έλεγχος για καρκίνο του μαστού – breast screening).Συγκεκριμένα μετριέται η ακρίβεια της διάγνωσης, η έγκαιρη διάγνωση, η καταλληλότητα της θεραπείας, οι επιπλοκές, τα ατυχήματα κατά τη διάρκεια μιας θεραπείας και η επαγγελματικότητα των εργαζομένων.

Τα αποτελέσματα από τέτοιες μετρήσεις δίνονται στους απασχολούμενους σε συστήματα υγείας με σκοπό τον σχεδιασμό και την επιλογή προγράμματος συστήματος υγείας. Πολλές φορές οι μετρήσεις της διαδικασίας που χρησιμοποιεί ένα σύστημα, βοηθούν να δημιουργηθούν report cards των ασθενών οι οποίες παρουσιάζουν τα αποτελέσματα μιας ποικιλίας των μετρήσεων ποιότητας αυτού του είδους σε μία φόρμα που επιτρέπει συγκρίσεις προγραμμάτων.

Στις μετρήσεις της απόδοσης λαμβάνεται υπόψη η άνεση του ασθενή κατά τη διάρκεια ενός προγράμματος ή μιας θεραπείας και η έγκαιρη αντιμετώπιση της ασθένειας. Με αυτόν τον τρόπο παρέχονται στον ενδιαφερόμενο πληροφορίες και απαντήσεις σε πιθανές ερωτήσεις του διευκολύνοντας τον να πάρει τις σωστές αποφάσεις για το πρόβλημα που τον απασχολεί.

Τέλος στις μετρήσεις της απόδοση λαμβάνεται υπόψη και η συμμετοχή του ασθενή σε ένα πρόγραμμα ή μια θεραπεία. Μια λανθασμένη απόφαση ή ενέργεια του ασθενή μπορεί να καταλήξει σε αρνητικό αποτέλεσμα και κατά συνέπεια φαινομενικά να οδηγήσει σε υποβαθμισμένη ποιότητα.

γ) Αποτέλεσμα

Μέτρηση της ποιότητας μέσω των αποτελεσμάτων των θεραπειών περικλείει τις παρασοδιακές μετρήσεις επιβίωσης (risk ajusted mortality), τις επιπλοκές (π.χ. φλεγμονές) και την αποκατάσταση των συμπτωμάτων.

Επίσης περικλείει αναφορές ασθενών για την εξέλιξη της υγείας τους μετά από μια θεραπεία με την ταξινόμηση σε "άριστη, πολύ καλή, καλή, μέτρια, κακή".

Τα αποτελέσματα πολλές φορές μετριούνται και από τους περιορισμού σε καθημερινές δραστηριότητες του ασθενή κατά τη διάρκεια ή μετά το τέλος μια θεραπείας, όπως αποκλεισμό ή περιορισμό στην εργασία, στην παρακολούθηση

σχολείου, στις δουλειές του σπιτιού, ακόμη και στις φυσικές, κοινωνικές και διανοητικές δραστηριότητες.

Τέλος σοφιστική προσέγγιση της ποιότητας της υγείας μέσω των αποτελεσμάτων αποτελεί η ικανοποίηση του ασθενή η οποία εξαρτάται από την εμπειρία του σε συνδυασμό με τις προσδοκίες του.

Αυτός ο τρόπος μέτρησης της ποιότητας της υγείας αποτελεί τη θεμελιώδη μέτρηση γιατί οι περισσότεροι άνθρωπο ενδιαφέρονται περισσότερο για το αν έχει βελτιωθεί η υγεία τους και όχι για τον τρόπο με τον οποίο αυτό επιτεύχθηκε.. Ιδιαίτερα να τα αποτελέσματα είναι τα προσδοκώμενα τότε εύκολα ξεχνιούνται τα υπόλοιπα.

6.2. Μέτρηση της ποιότητας από τον ίδιο τον ασθενή

Εκτίμηση της ποιότητας από τον ασθενή. Έρευνες έχουν δείξει ότι εκατομμύρια ασθενείς λαμβάνουν θεραπείες που δεν είναι απαραίτητες, θεραπείες που είναι αδικαιολόγητα δαπανηρές καθώς και θεραπείες επικίνδυνες για την υγεία τους. Επίσης πολλές θεραπείες διαφέρουν από περιοχή σε περιοχή από Νοσοκομείο σε Νοσοκομείο ή ακόμη και από γιατρό σε γιατρό.

Γι αυτό, εκείνο που μπορεί να κάνει ο ενδιαφερόμενος για να συμμετέχει σε ένα όσο το δυνατό σωστό και προσιτό σύστημα υγείας είναι να ζητήσει απάντηση στις παρακάτω ερωτήσεις:

Όταν ενδιαφέρεται για ένα πρόγραμμα υγείας

- Κατατάσσεται σε υψηλό επίπεδο από τα ίδια του τα μέλη για την περίπτωσή σου;
- Βοηθά ασθενείς στο να αναρρώσουν και να γίνουν καλύτερα;
- Είναι ένα πρόγραμμα πιστοποιημένο από ειδικούς δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς;
- Έχει τους γιατρούς και τα Νοσοκομεία που χρειάζεσαι;
- Παρέχει τις υπηρεσίες που χρειάζεσαι;
- Παρέχει τις υπηρεσίες όποτε και όταν τις χρειάζεσαι;
- Είναι εικονικά προσιτό;

Όταν ενδιαφέρεται για γιατρό

- Έχει την εκπαίδευση και τις γνώσεις που χρειάζεσαι;
- Είναι αξιολογημένος για να προσφέρει ποιοτική υπηρεσία;
- Έχει πρόσβαση στο Νοσοκομείο της επιλογής σου;
- Είναι μέλος του προγράμματος υγείας (αν έχεις επιλέξει κάποιο) ή πρέπει να πληρώσεις επιπλέον;
- Σε ενθαρρύνει στο να κάνεις ερωτήσεις;
- Είναι ομιλητικός-προσιτός;
- Εξηγεί κάθε λεπτομέρεια που μπορείς να καταλάβεις;
- Σε αντιμετωπίζει-θεραπεύει με σεβασμό;

Όταν επιλέγει μια θεραπεία να είναι σίγουρος ότι καταλαβαίνει

- Για ποιο λόγο γίνεται η διάγνωση.
- Αν η θεραπεία χρειάζεται να γίνει αυτή τη στιγμή.
- Πόσες επιλογές θεραπείας βασίζονται σε τελευταία επιστημονικά γεγονότα.
- Τα οφέλη και οι κίνδυνοι κάθε θεραπείας που προτείνονται.
- Το κόστος κάθε θεραπείας.

Όταν ενδιαφέρεται για Νοσοκομείο

- Είναι εγκεκριμένο από ειδικούς δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς;
- Κατατάσσεται σε υψηλό επίπεδο από τους ασθενείς και κάθε ενδιαφερόμενους ή από άλλους φορείς;
- Έχει πρόσβαση σε αυτό ο γιατρός σου;
- Συμπεριλαμβάνεται στο πρόγραμμα υγείας που έχεις επιλέξει (αν έχεις επιλέξει κάποιο);
- Έχει την ανάλογη εμπειρία για την περίπτωσή σου;
- Είχε επιτυχίες σε περιπτώσεις σαν τη δική σου;
- Ελέγχει και δουλεύει να βελτιώσει τη δικιά σου ποιότητα φροντίδας;

Όταν ενδιαφέρεται για μεγάλης διάρκειας υπηρεσία υγείας

- Είναι εγκεκριμένη αυτή η υπηρεσία από ειδικούς δημόσιους ή ιδιωτικούς φορείς;
- Παρέχει τις διευκολύνσεις που χρειάζεσαι:
- Συμμετέχει σ' αυτή την υπηρεσία προσωπικό που χρειάζεσαι;
- Είναι οικονομικά προσιτή;

ΜΕΡΟΣ Β «ΚΥΡΙΟ ΜΕΡΟΣ»

7. Ανάλυση της Έρευνας

7.1 Στόχος της Έρευνας

Ο στόχος της έρευνας είναι η αξιολόγηση της ποιότητας της υγείας που παρέχεται στα δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης, όπως αυτή απεικονίζεται από την αντίληψη των ασθενών. Συγκεκριμένα οι κρίσεις των ασθενών στην παρούσα έρευνα αφορούν:

1. Τον προσδιορισμό και την μέτρηση των παραγόντων εκείνων που συμβάλουν στην αξιολόγηση της καλής ή κακής ποιότητας, από την πλευρά των ασθενών και αφορούν συγκεκριμένα:

    - Την περίθαλψη – φροντίδα από το νοσοκομειακό, και ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων
    - Την αποτελεσματικότητα της περίθαλψης (διαθεσιμότητα-ταχύτητα)
    - Το περιβάλλον της περίθαλψης και τις συνθήκες παραμονής

2. Την επίδραση των διαφόρων κοινωνικοοικονομικών χαρακτηριστικών των ασθενών στην αντίληψή τους για την ποιότητα.

Τελικός στόχος της έρευνας είναι οι προτάσεις βελτιωτικών κινήσεων που θα συμβάλουν στην αύξηση της ποιότητας της νοσηλείας.

7.2 Μέθοδος Έρευνας.

Η μέθοδος που εφαρμόστηκε ήταν η συνέντευξη με την συμπλήρωση ερωτηματολόγιου.

7.2.1 Δείγμα Έρευνας

Το δείγμα αποτελούνταν από ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία Ιπποκράτειο και Αχέπα. Τα δύο αυτά νοσοκομεία αποτελούν και τα μεγαλύτερα για την πόλη της Θεσσαλονίκης. Συμπληρώθηκαν 856 ερωτηματολόγια (346 απο το Ιπποκράτειο και 510 απο το Αχεπα), με την βοήθεια προσωπικής συνέντευξης. Το σύνολο του δείγματος αποτελούνταν από ασθενείς που βρίσκονταν στο τελικό στάδιο της ολοκλήρωσης της νοσηλείας τους, και το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν πρόθυμο να απαντήσει τις ερωτήσεις.

7.2.2 Περιεχόμενο Ερωτηματολογίου.

Το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου όπως φαίνεται και απο το (Παράρτημα 1) αποτελείται από 8 μέρη:

1) ***Μέρος Α: Δημογραφικά στοιχεία – Προφίλ ασθενών***
2) ***Μέρος Β: Σημαντικότητα προβλήματος.***
3) ***Μέρος Γ: Εισαγωγή στο Νοσοκομείο.*** Επιχειρείται να διαπιστωθεί η αποτελεσματικότητα της διαδικασίας εισαγωγής.
4) ***Μέρος Δ: Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό***: Διερεύνηση της ικανοποίησης από τους Γιατρούς ως προς
    i. Την επιστημονική τους κατάρτιση
    ii. Την επικοινωνία
    iii. Την διαθεσιμότητα
    iv. Τις οδηγίες εξόδου
5) ***Μέρος Ε: Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό.*** Διερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά
    i. Την επιστημονική κατάρτιση των νοσηλευτών
    ii. Την επικοινωνία
    iii. Την διαθεσιμότητα
6) ***Μέρος Ζ: Υποδομή – Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες.*** Μελετάται η κατάσταση των εσωτερικών χώρων του νοσοκομείου
7) ***Μέρος Η: Σίτιση.*** Η ποιότητα των παρεχόμενων γευμάτων.
8) ***Μέρος Θ:*** Η γενική εικόνα της νοσηλείας.

Οι ερωτήσεις που απαρτίζουν όλα τα μέρη, είναι διατυπωμένες με όσον το δυνατό πιο απλό τρόπο ώστε να είναι κατανοητό σε μεγάλο δείγμα, στην περίπτωση που συμπληρωθεί χωρίς καμία βοήθεια.

7.2.3 Μεταβλητές

Οι κύριες μεταβλητές που μελετήθηκαν εξάγονται όλες από συγκεκριμένες ερωτήσεις, σε διάφορα μέρη του ερωτηματολογίου

1. **Μέρος Γ: Εισαγωγή στο Νοσοκομείο**
    - Γ.2 Αποτελεσματικότητα εισαγωγής
2. **Μέρος Δ: Ιατρικό προσωπικό**
    - Δ.1.5 Επιστημονική Κατάρτιση Ιατρών
    - Δ.2.2 Ικανοποίηση από επικοινωνία
    - Δ.3.3 Διαθεσιμότητα Ιατρών
    - Δ.4.1 Οδηγίες Εξόδου
    - Δ.5.1 Γενική εκτίμηση από την φροντίδα του Ιατρικού Προσωπικού.
3. **Μέρος Ε: Νοσηλευτικό Προσωπικό**
    - Ε.1.4 Επιστημονική κατάρτιση νοσηλευτών
    - Ε.2.2 Ικανοποίηση από επικοινωνία
    - Ε.3.3 Διαθεσιμότητα Νοσοκόμων
    - Ε.4.1 Γενική εκτίμηση από την φροντίδα του Νοσηλευτικού Προσωπικού
4. **Μέρος Ζ: Υποδομή-Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες**
    - Ζ.1 Άνεση Δωματίων
    - Ζ.2 Φωτεινότητα Δωματίων
    - Ζ.3 Κατάσταση Επίπλων
    - Ζ.4 Θέρμανση Δωματίων
    - Ζ.5 Καθαριότητα χώρων
5. **Μέρος Η: Σίτιση**
    - Η.1 Τήρηση προγράμματος
    - Η.2.1 Εμφάνιση γευμάτων
    - Η.2.2 Θερμοκρασία Γευμάτων
    - Η.2.3 Γεύση
    - Η.3 Γενική εικόνα από ποιότητα γευμάτων

6. **Μέρος Θ: Γενική Εικόνα**
    - Θ.1 Γενική εικόνα

Όλες οι κλίμακες που χρησιμοποιήθηκαν ήταν πενταβάθμιες εκτός από την ερώτηση Γ.2 που είναι τετραβάθμια και τις ερωτήσεις του Η μέρους που αφορούν την σίτιση. Επίσης είναι βαθμολογημένες με τέτοιο τρόπο ώστε το 1 να θεωρείται τα υψηλότερο – καλύτερο σκορ, ενώ το 5 το χαμηλότερο (αναφέρεται στις κατάστασης απογοήτευσης ή χαρακτηρισμός της ποιότητας ως πολύ κακής).

Το μέρος Δ που αναφέρεται στο ιατρικό προσωπικό το συμπεριλαμβάνουμε στην γενικότερη κατηγορία της **ιατρικής φροντίδας,** και το μέρος Ε στην κατηγορία *της* **νοσηλευτικής φροντίδας.**

7.2.4 Επεξεργασία Δεδομένων

Η επεξεργασία των δεδομένων και η στατιστική τους ανάλυση έγινε με την βοήθεια του προγράμματος Statistical Package for Social (SPSS).

8. Ανάλυση Αποτελεσμάτων – Συμπεράσματα

8.1 Ανάλυση Προφίλ Δείγματος

Το δείγμα της έρευνας μας αποτελείται στο σύνολο από 856 ασθενείς από τους οποίους οι 399 είναι άντρες και οι 442 είναι γυναίκες. (παρ. 2 σελ.22). Το ηλικιακό εύρος κυμαίνεται από 16 μέχρι 65+ ετών (παρ. 2 σελ. 23), ενώ το επίπεδο μόρφωσης τους για το 28,1% είναι βασική και μέση, ενώ το 65,2% κατέχει ανωτέρα και ανωτάτη μόρφωση (παράρτημα 2 σελ.24). Το είδος της ασφάλειας είναι κατά ένα μεγάλο ποσοστό ασφάλεια ΙΚΑ (32,9%) και ΤΕΒΕ (17,2%) (παρ. 2, σελ.25).

8.2 Ανάλυση Κατάστασης Νοσηλείας

Οι συνολικές ημέρες νοσηλείας του δείγματος ήταν κατά ένα μεγάλο ποσοστό (87,6%) νοσηλεύτηκε συνολική διάρκεια μικρότερη των 10 ημερών (παρ. 2, σελ. 26). Επίσης ένα μεγάλο ποσοστό 45,4% εισήχθηκε σε δημόσιο νοσοκομείο για πρώτη φορά, ενώ το 29,1% για δεύτερη. Εδώ πρέπει να σημειώσουμε ότι το δείγμα μας θα ήταν περισσότερο αξιόπιστο εάν η διάρκεια νοσηλείας του ήταν περισσότερη των 10 ημερών, ωστόσο αυτό ήταν πολύ δύσκολο έως αδύνατο, λόγο του πολύ μικρού ποσοστού του συνόλου των ασθενών που η διάρκεια νοσηλείας του διαρκεί περισσότερες από 10 ημέρες.

8.3 Στάση Ασθενών για τους Έλληνες Ιατρούς πριν την Εισαγωγή τους στο Νοσοκομείο.

Λόγω της υψηλής συσχέτισης της υγείας με το ιατρικό προσωπικό των νοσοκομείων από ένα μεγάλο ποσοστό των ελλήνων πολιτών η ερώτηση αυτή Δ.1.2, (παρ. 1, σελ. 7), θεωρούμε ότι αποτελεί ένδειξη για την προκατάληψη που υπάρχει για την δημόσια υγεία. Έτσι ένα μεγάλο ποσοστό (παρ. 2, σελ. 28) θεωρούν ότι οι Έλληνες ιατροί ενδιαφέρονται μόνο για την προσωπική τους προβολή την κοινωνική

τους καταξίωση, αλλά και την απόκτηση χρημάτων, ενώ μόλις ένα 17% θεωρεί ότι οι γιατροί ενδιαφέρονται για την μέριμνα και την φροντίδα του άρρωστου, όπως και για την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης. Επίσης πρέπει να τονιστεί ότι ένα αρκετά σημαντικό ποσοστό δεν απαντάει σε αυτήν την ερώτηση.

8.4 Ανάλυση Αποτελεσμάτων Κυριότερων Μεταβλητών

8.4.1 Εισαγωγή στο Νοσοκομείο

Η μεταβλητή αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο η όλη διαδικασία εισαγωγής - αρχικές εξετάσεις μέχρι την εγκατάσταση σε δωμάτιο του ασθενή – ήταν αποτελεσματική χωρίς καθυστερήσεις και γραφειοκρατικές διαδικασίες.

	Μ.Ο
Γ.2 Αποτελεσματικότητα Εισαγωγής	2,6

Πίνακας 1. *Μέσος Όρος Αποτελεσματικότητας Εισαγωγής*
(*παρ.* 2, *σελ.* 1)

Η κατανομή συχνοτήτων παρουσιάζεται αναλυτικά στο παράρτημα. Ο μέσος όρος δείχνει ότι η αποτελεσματικότητα εισαγωγής στο νοσοκομείο έχει γενικός κάποιες καθυστερήσεις που τείνουν να είναι αρκετά σημαντικές

8.4.2 Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό

Οι τέσσερις μεταβλητές που μελετάμε σε αυτήν την περίπτωση αποτελούν συνθέτουν την συνολική εικόνα της ικανοποίησης από τον σημαντικότερο παράγοντα στην παροχή υπηρεσιών υγείας,, το Ιατρικό προσωπικό. Την παροχή υπηρεσιών υγείας από το ιατρικό προσωπικό την αποκαλούμε 'ιατρική φροντίδα' και η συνολική εικόνα της απεικονίζεται στην ερώτηση Δ.5.1 (παρ 1, σελ. 12).

Οι μέσοι όροι των απαντήσεων για αυτές της μεταβλητές παρατίθενται στον πίνακα 2:

	Μ.Ο
Δ.1.5 Επιστημονική Κατάρτιση Ιατρών	2,4
Δ.2.2 Ικανοποίηση από Επικοινωνία με Ιατρούς	2,8
Δ.3.3 Διαθεσιμότητα Ιατρών	3,2
Δ.4.1 Οδηγίες Εξόδου	2,7
Δ.5.1 Γενική Άποψη της Ικανοποίησης από Ιατρούς	2,8

Πίνακας 2: *Μέσοι Όροι Ικανοποίησης από Ιατρικό Προσωπικό* (*παρ.* 2 *σελ* 2-6)

Η κατανομή συχνοτήτων και τα ραβδογράμματα απεικονίζονται στο παράρτημα 2, σελίδες 2 έως 6. Όπως παρατηρούμε οι ασθενείς αξιολογούν σχεδόν 'καλή' την επιστημονική κατάρτιση των Ιατρών ενώ οι υπόλοιπες τρεις κυμαίνονται στο μέσο με την διαθεσιμότητα να τείνει προς την αρνητική κατάσταση.

Η όλη εικόνα δείχνει ότι η ασθενείς δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι αλλά ούτε και δυσαρεστημένοι από την ποιότητα παροχής ιατρικής φροντίδας. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν σε αυτήν την αντίληψη των ασθενών παρουσιάζονται στην παράγραφο 4.5.1.

8.4.3 Ικανοποίηση από Νοσηλευτικό Προσωπικό.

Η ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελούν την νοσηλευτική φροντίδα και μετράται με τις τρεις μεταβλητές που έχουμε αναλύσει καθώς και με την μεταβλητή της συνολικής εικόνας Ε.4.1.

Οι μέσοι όροι των μεταβλητών αυτών παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

	Μ.Ο
Ε.1.4 Επιστημονική Κατάρτιση Νοσηλευτών	2,6
Ε.2.2 Ικανοποίηση από Επικοινωνία με Νοσηλευτές	2,9
Ε.3.3 Διαθεσιμότητα Νοσηλευτών	2,9
Ε.4.1 Γενική Άποψη της Ικανοποίησης από Νοσηλευτές	3,0

Πίνακας 3: *Μέσοι Όροι Ικανοποίησης από Νοσηλευτικό Προσωπικό* (παρ. 2, σελ 7-10)

Οι μέσοι όροι των μεταβλητών αυτών κυμαίνονται στα ίδια επίπεδα με τις μεταβλητές της ιατρικής φροντίδας. Η κατανομή συχνοτήτων για τις παραπάνω μεταβλητές παρατίθενται στο παράρτημα 2 σελίδες από 7 έως 10. Η γενική άποψη της ικανοποίησης Ε.4.1 από την νοσηλευτική φροντίδα αναλύεται σε παρακάτω παράγραφο 4.5.2

8.4.4 Ικανοποίηση από Υποδομή – Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες

Οι μέσοι όροι των μεταβλητών που αφορούν τις ξενοδοχειακές υποδομές των νοσοκομείων παρατίθενται στον παρακάτω πίνακα.

	M.O
Z.1 Άνεση Δωματίων	3,3
Z.2 Φωτεινότητα Δωματίων	2,9
Z.3 Κατάσταση Επίπλων	3,6
Z.4 Θέρμανση Δωματίων	2,9
Z.5 Καθαριότητα χώρων	3,3

Πίνακας 4: *Μέσοι Όροι Ποιότητας Ξενοδοχειακών Υποδομών*

(*παρ.* 2 *σελ.* 11-15)

Όπως παρατηρούμε οι υποδομές χαρακτηρίζονται αρνητικά από τους ασθενείς. Συγκεκριμένα εκεί που φαίνεται να υπάρχει το μεγαλύτερο πρόβλημα είναι στην άνεση των χώρων στην παλαιότητα των επίπλων και στην καθαριότητα των χώρων. Οι κατανομές συχνοτήτων των μεταβλητών αυτών βρίσκονται στο παράρτημα 2, σελίδες 11 έως 15.

8.4.5 Ικανοποίηση από την Σίτιση

Η ποιότητα παροχής των γευμάτων καθώς και η διαδικασία σίτισης αποτελούν ένα σημαντικό παράγοντα για την ικανοποίηση των ασθενών. Στον παρακάτω πίνακα παρατίθενται οι μέσοι όροι της ικανοποίησης από την ποιότητα αλλά και από την διαδικασία σίτισης.

	Μ.Ο
Η.1 Τήρηση προγράμματος	2,1
Η.2.1 Εμφάνιση γευμάτων	2,11
Η.2.2 Θερμοκρασία Γευμάτων	2,09
Η.2.3 Γεύση	3,1
Η.3 Γενική εικόνα από ποιότητα γευμάτων	3,2

Πίνακας 5: *Μέσοι Όροι από Ποιότητα Σίτισης*
(*παρ.* 2, *σελ.* 16-20)

Όπως παρατηρούμαι ενώ η διαδικασία σίτισης, αλλά και η εμφάνιση των γευμάτων και η θερμοκρασία τους, χαρακτηρίζονται ως 'καλά' από τους ασθενείς, η γεύση των τροφίμων που παρέχονται αλλά και η γενική εικόνα των τροφίμων υστερούνε. Η κατανομές συχνοτήτων παρατίθενται στο παράρτημα 2 σελίδες από 16 έως 20.

8.4.6 Γενική Εικόνα

Η γενική εικόνα από την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία αντικατροπτίζεται από τον μέσο όρο στον παρακάτω πίνακα, και από την κατανομή συχνοτήτων. (παράρτημα 2 σελίδα 21).

	Μ.Ο
Θ.1 Γενική Εικόνα	3,5

Πίνακας 6: *Μέσος Όρος Γενικής Ικανοποίησης*

Όπως παρατηρούμε η γενική εικόνα των ασθενών είναι σχεδόν 'κακή'.
Οι παράγοντες που συντελούν σε αυτήν την κρίση των ασθενών αναλύονται στην παράγραφο 4.5.3.

8.5 Ανάλυση Κυριότερων Παραγόντων που Συντελούν στην Γενική Αντίληψη της Ποιότητας

Αναλύονται οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην συνολική αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών

Οι τρείς γενικότερες κατηγορίες που αναλύονται είναι:

- ***Ιατρική Φροντίδα Δ.5.1***
- ***Νοσηλευτική Φροντίδα Ε.4.1***
- ***Γενική Φροντίδα Θ***

Για τις τρεις αυτές μεταβλητές επιχειρείται να διαπιστωθεί ποιοι είναι οι κυριότεροι παράγοντες που οδήγησαν τους ασθενείς να χαρακτηρίσουν την ποιότητα σε αυτό το επίπεδο που περιγράφηκε στην προηγούμενη παράγραφο. Αυτό πραγματοποιείται με αλλεπάλληλους υπολογισμούς x^2 *και* t-Tests *τα* αποτελέσματα των οποίων παρατίθεται στα παραρτήματα 3, 4,και 5 αντίστοιχα για τις τρεις μεταβλητές.

Τα δενδροειδή διαγράμματα που κατασκευάζονται βοηθούν στην παραστατικότερη απεικόνιση αυτής της ανάλυσης.

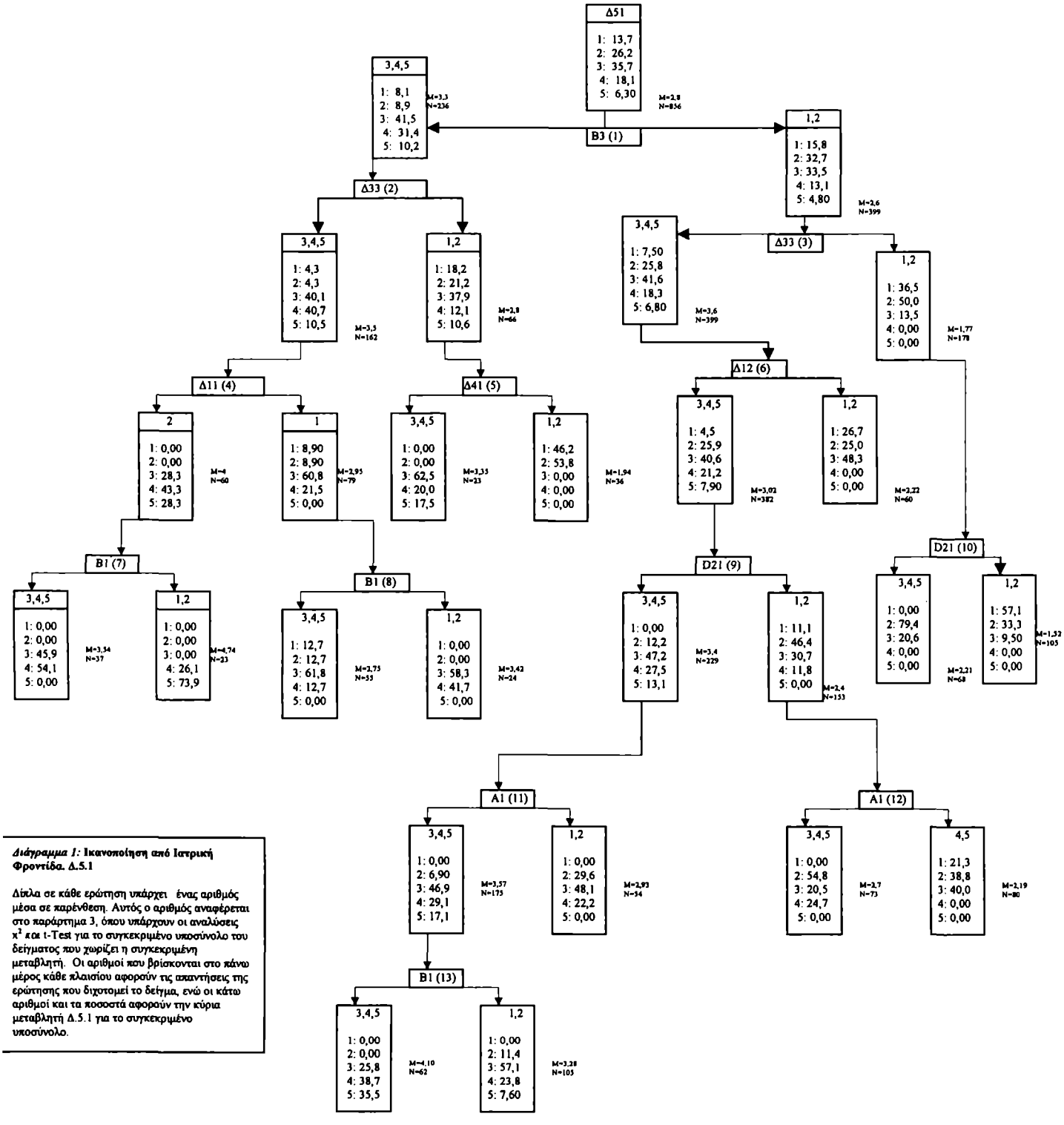
8.5.1 Ανάλυση Ιατρικής Φροντίδας

Τα αποτελέσματα (Παράρτημα 2, σελ.2) δείχνουν ότι το **13.7%** *των* ασθενών εκτιμά την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας από τους γιατρούς ως πολύ καλή, το **26,2%** ως καλή, το **35,7%** ως μέτρια, το **18,1%** ως κακή, και το **6,30%** ως πολύ κακή. Όπως φαίνεται και από τον μέσο όρο των απαντήσεων (2,8), (Πίνακας 2) στο σύνολο τους οι ασθενείς τείνουν προς την αντίληψη ότι η ποιότητα του ιατρικού προσωπικού των νοσοκομείων είναι **μέτρια**.

Για την ανίχνευση των παραγόντων που οδήγησαν τους ασθενείς σε αυτή τους την άποψη πραγματοποιήθηκε σειρά αναλύσεων X^2 *και* t-tests, *για των* διαχωρισμό των διαφορετικών υποσυνόλων που συνθέτουν το δείγμα. (Παράρτημα 3)

Έτσι οι παράγοντες αυτοί είναι κατά σειρά προτεραιότητας:

- **Η βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών.** Β.3
- **Η διαθεσιμότητα των ιατρών στο κάλεσμα των ασθενών.** Δ.3.3
- **Η γνώμη των ασθενών που είχαν για τους Έλληνες Ιατρούς πριν νοσηλευτούν.** Δ.1.2
- **Η φιλικότητα των ιατρών.** Δ.2.1
- **Η ηλικία των ασθενών.** Α.1
- **Το είδος της κλινικής που νοσηλεύτηκαν.** Δ.1.1
- **Η σημαντικότητα του προβλήματος που είχαν.** Β.1
- **Οι οδηγίες των ιατρών για την ολοκλήρωση της θεραπείας των ασθενών μετά την αποχώρηση από το νοσοκομείο.** Δ.4.1



Διάγραμμα 1: **Ικανοποίηση από Ιατρική Φροντίδα. Δ.5.1**

Δίπλα σε κάθε ερώτηση υπάρχει ένας αριθμός μέσα σε παρένθεση. Αυτός ο αριθμός αναφέρεται στο παράρτημα 3, όπου υπάρχουν οι αναλύσεις χ^2 και t-Test για το συγκεκριμένο υποσύνολο του δείγματος που χωρίζει η συγκεκριμένη μεταβλητή. Οι αριθμοί που βρίσκονται στο πάνω μέρος κάθε πλαισίου αφορούν τις απαντήσεις της ερώτησης που διχοτομεί το δείγμα, ενώ οι κάτω αριθμοί και τα ποσοστά αφορούν την κύρια μεταβλητή Δ.5.1 για το συγκεκριμένο υποσύνολο.

Συμπεράσματα

Όπως παρατηρούμε από το διάγραμμα 1, η ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό είναι μεγαλύτερη σε αυτούς που η κατάσταση της υγείας τους βελτιώθηκε. Έτσι η αξιολόγηση της ποιότητας παροχής ιατρικής φροντίδας από αυτούς είναι **2,6** ('σχεδόν καλή'), ενώ η αξιολόγηση από τους ασθενής των οποίων η κατάσταση της υγείας τους δεν βελτιώθηκε είναι **3,3** ('μέτρια προς κακή'). Πολλά συμπεράσματα μπορούν να αναχθούν από το παρακάτω διάγραμμα αφού όπως φαίνεται η πολυπλοκότητα των παραγόντων είναι αυξημένη. Για την απλοποίηση των συμπερασμάτων εξετάζουμε τις δυο περιπτώσεις όσων αφορά την βελτίωση της κατάστασης των ασθενών. Έτσι:

(Α) Βελτίωση της κατάστασης της υγείας – πλήρη ανάρρωση.

Υψηλή ποιότητα παροχή ιατρικής φροντίδας (μέσος όρος Δ.5.1 περίπου 2) χαρακτηρίζουν οι ασθενείς οι οποίοι βρίσκανε ανταπόκριση των ιατρών στο κάλεσμά τους και αντιμετώπισαν μια φιλική στάση από αυτούς. Τον ίδιο χαρακτηρισμό για την ποιότητα έχουν και οι ασθενείς οι οποίοι δεν βρήκανε ανταπόκριση στο κάλεσμα των ιατρών, δεν είχανε σχηματισμένη καλή γνώμη για τους Έλληνες ιατρούς, ωστόσο βρήκανε μια φιλική στάση των γιατρών απέναντι τους.

Χαμηλή ποιότητα παροχή ιατρικής φροντίδας(μέσος όρος Δ.5.1 περίπου 3) χαρακτηρίζουν οι ασθενείς οι οποίοι δεν βρήκανε ανταπόκριση στο κάλεσμα των ιατρών, δεν είχανε σχηματισμένη καλή γνώμη για τους Έλληνες ιατρούς, και επιπλέον δεν βρήκανε φιλική την στάση των ιατρών απέναντί τους. Ακόμα πιο χαμηλή χαρακτηρίζουν την ποιότητα (μέσος όρος 3,57) οι ασθενείς που η ηλικία τους ξεπερνάει τα 33 έτη, ενώ το αξιοσημείωτο σε αυτήν την περίπτωση είναι ότι αυτοί που δεν αντιμετώπισαν κάποιο σοβαρό πρόβλημα χαρακτηρίζουν ακόμα πιο χαμηλή την ποιότητα. Αυτό ίσως και να οφείλεται και στην υψηλή εξαρτησιακή σχέση που έχει ο ασθενής με τους ιατρούς, ίδιος στις περιπτώσεις που το πρόβλημα είναι αρκετά σημαντικό, και η οποία πολλές φορές δεν παύει να υφίστανται ακόμα και μετά την ανάρρωση του ασθενή.

(Β) Στάσιμη κατάσταση - επιδείνωση της υγείας

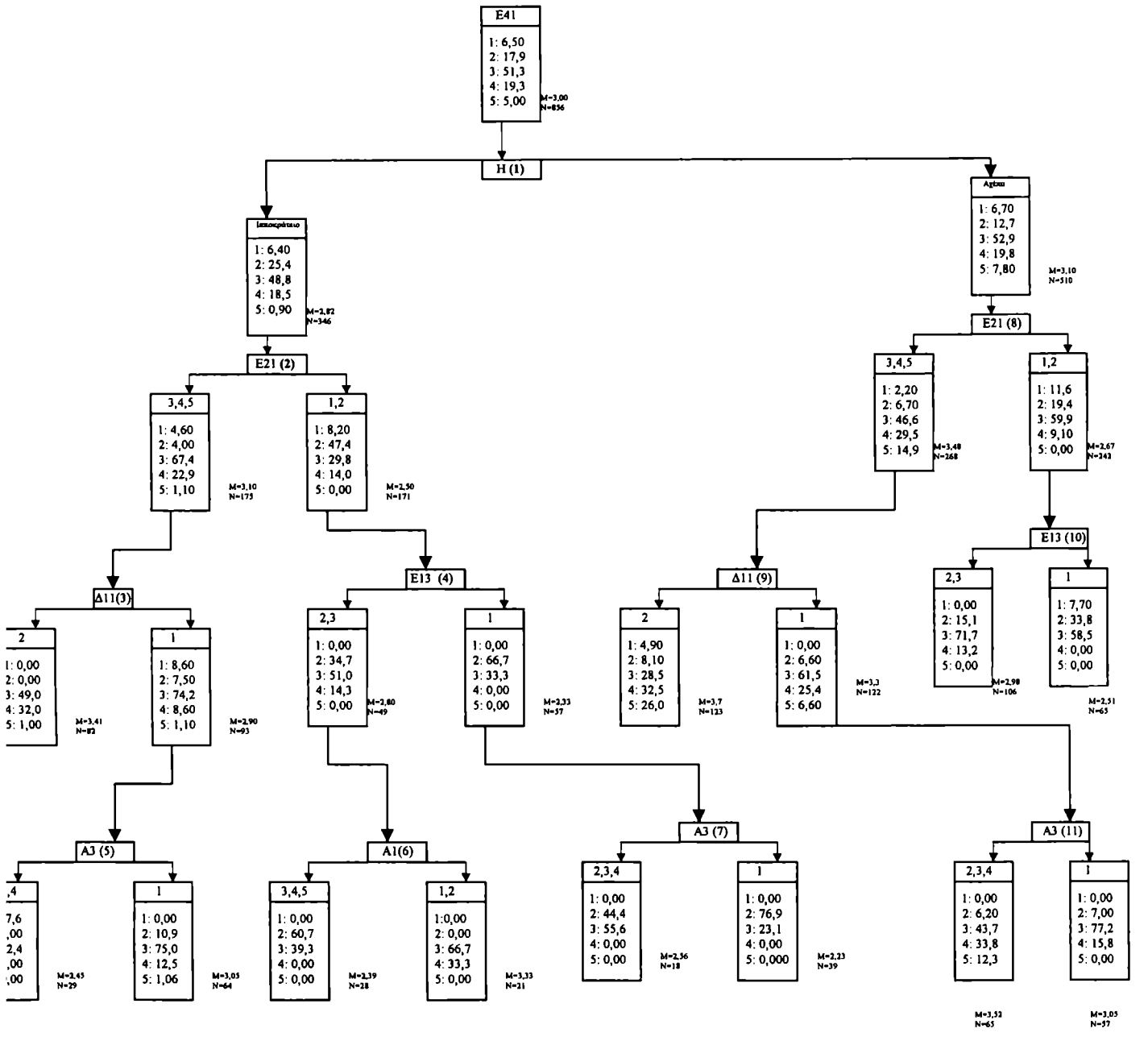
Υψηλή ποιότητα παροχή ιατρικής φροντίδας (μέσος όρος Δ.5.1 περίπου 2-3) χαρακτηρίζουν οι ασθενείς οι οποίοι βρήκαν διαθέσιμους τους ιατρούς την στιγμή που τους είχαν ανάγκη (μέσος όρος Δ.5.1=2,8), ενώ ακόμα μεγαλύτερη χαρακτηρίζουν την ποιότητα οι ασθενείς που πήραν σαφείς και κατανοητές οδηγίες εξόδου. (μέσος όρος Δ.5.1=1,94)

Χαμηλή ποιότητα παροχή ιατρικής φροντίδας(μέσος όρος Δ.5.1 περίπου 3-4) χαρακτηρίζουν οι ασθενείς οι οποίοι δεν βρήκαν διαθέσιμους τους ιατρούς, νοσηλεύτηκαν σε χειρουργική κλινική και είχαν αρκετά σημαντικό πρόβλημα (μέσος όρος Δ.5.1 = 4,74), ενώ αρκετά καλύτερη (μέσος όρος Δ.5.1 = 3,42) χαρακτηρίζουν την ποιότητα οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική.

8.5.2 Ανάλυση Νοσηλευτικής Φροντίδας

Όπως φαίνεται από το διάγραμμα 2 η συνολική ικανοποίηση από την παροχή νοσηλευτικών υπηρεσιών είναι μέτρια (μέσος όρος = 3, παράρτημα 2, σελ. 10). Συγκεκριμένα το 6.5% των ασθενών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο, το 17,9% είναι ικανοποιημένο το 51,3% είναι ουδέτερο, το 19,3% είναι δυσαρεστημένο και το 5,00% είναι πολύ δυσαρεστημένο. Οι παράγοντες που οδήγησαν στην ικανοποίηση ή στην δυσαρέσκεια των ασθενών είναι κατά σειρά σημαντικότητας σύμφωνα με πολλαπλές αναλύσεις (x^2 , t-test, παράρτημα 4) είναι:

- **Το νοσοκομείο**
- **Η φιλικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού** Για τον παράγοντα αυτόν χρησιμοποιήθηκε η ερώτηση Ε.2.1
- **Το είδος της κλινικής που νοσηλεύτηκαν.** Δ.1.1
- **Το διάστημα που βρίσκονταν κάποιος δικός τους άνθρωπος να τους φροντίζει.** Ε.1.3
- **Οι συνολικές ημέρες νοσηλείας τους.**Α.3
- **Η ηλικία.** Α.1



Διάγραμμα 1: **Ικανοποίηση από Νοσηλευτική Φροντίδα. Δ.5.1**

Δίπλα σε κάθε ερώτηση υπάρχει ένας αριθμός μέσα σε παρένθεση. Αυτός ο αριθμός αναφέρεται στο παράρτημα 4, όπου υπάρχουν οι αναλύσεις x^2 και t-Test για το συγκεκριμένο υποσύνολο του δείγματος που χωρίζει η συγκεκριμένη μεταβλητή. Οι αριθμοί που βρίσκονται στο πάνω μέρος κάθε πλαισίου αφορούν τις απαντήσεις της ερώτησης που διχοτομεί το δείγμα, ενώ οι κάτω αριθμοί και τα ποσοστά αφορούν την κύρια μεταβλητή Ε.4.1 για το συγκεκριμένο υποσύνολο.

Συμπεράσματα

Όπως παρατηρούμαι και από το διάγραμμα η ικανοποίηση για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο Ιπποκράτειο είναι λίγο μεγαλύτερη από αυτούς που νοσηλεύτηκαν στο Αχέπα. (Ο μέσος όρος Ε41 για το Ιπποκράτειο είναι 2,82 έναντι του Αχέπα 3,10).

Συγκεκριμένα για το

- **Ιπποκράτειο:**

Σημαντικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών δείχνει να είναι η φιλικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, όπου οι ασθενείς που αντιμετώπισαν φιλικό περιβάλλον, χαρακτηρίζουν την ποιότητα από μέτρια έως καλή (μέσος όρος Ε41=2.5), ενώ σε περιπτώσεις που το περιβάλλον δεν ήταν και τόσο φιλικό η κρίση για την ποιότητα ήταν από μέτρια έως κακή (μέσος όρος Ε41=3.10). Επίσης σημαντικός παράγοντας για τον χαρακτηρισμό της ποιότητας ως «καλής» δείχνει να είναι και οι πολλές ώρες κατά την διάρκεια της ημέρας που βρίσκονταν συγγενικά πρόσωπα στο πλάι των ασθενών, όπως και το είδος της κλινικής (παθολογικής έναντι της χειρουργικής). Έτσι,

Ικανοποιημένοι από την ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας νιώθουν οι ασθενείς οι οποίοι βρήκαν ένα πολύ φιλικό περιβάλλον, υπήρχε κάποιος άνθρωπος στο πλάι τους το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας, και οι ημέρες νοσηλείας τους δεν ξεπέρασαν της 5 ημέρες. Το ίδιο ικανοποιημένοι νιώθουν και οι ασθενείς οι οποίοι δεν είχαν κάποιον δικό τους άνθρωπο να τους φροντίζει, ωστόσο η ηλικία τους ξεπερνούσα τα 33 έτη.

Δυσαρεστημένοι νιώθουν οι ασθενείς (μέσος όρος Ε41=3,41) οι οποίοι δεν αντιμετώπισαν φιλικό περιβάλλον από το νοσηλευτικό προσωπικό και εισήλθαν σε χειρουργική κλινική. Λιγότερο δυσαρεστημένοι (μέσος όρος Ε41=3,05) ένιωσαν αυτοί οι οποίοι εισήλθαν σε παθολογική κλινική και η διάρκεια νοσηλείας τους ήταν μικρότερη από πέντε ημέρες

- **Αχέπα**

Όπως και στην περίπτωση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στο Ιπποκράτειο, η φιλικότητα των νοσηλευτών αποτελεί σημαντικό παράγοντα ποιότητας. Έτσι

Ικανοποιημένοι νιώθουν οι ασθενείς οι οποίοι αντιμετώπισαν φιλικό περιβάλλον και είχαν κάποιον δικό τους άνθρωπο κατά ένα μεγάλο διάστημα της ημέρας (μέσος όρος Ε41= 2,51), ενώ,

Δυσαρεστημένοι είναι οι ασθενείς οι οποίοι δεν αντιμετώπισαν φιλικό περιβάλλον και νοσηλεύτηκαν σε χειρουργική κλινική . (μέσος όρος Ε41= 3,7).

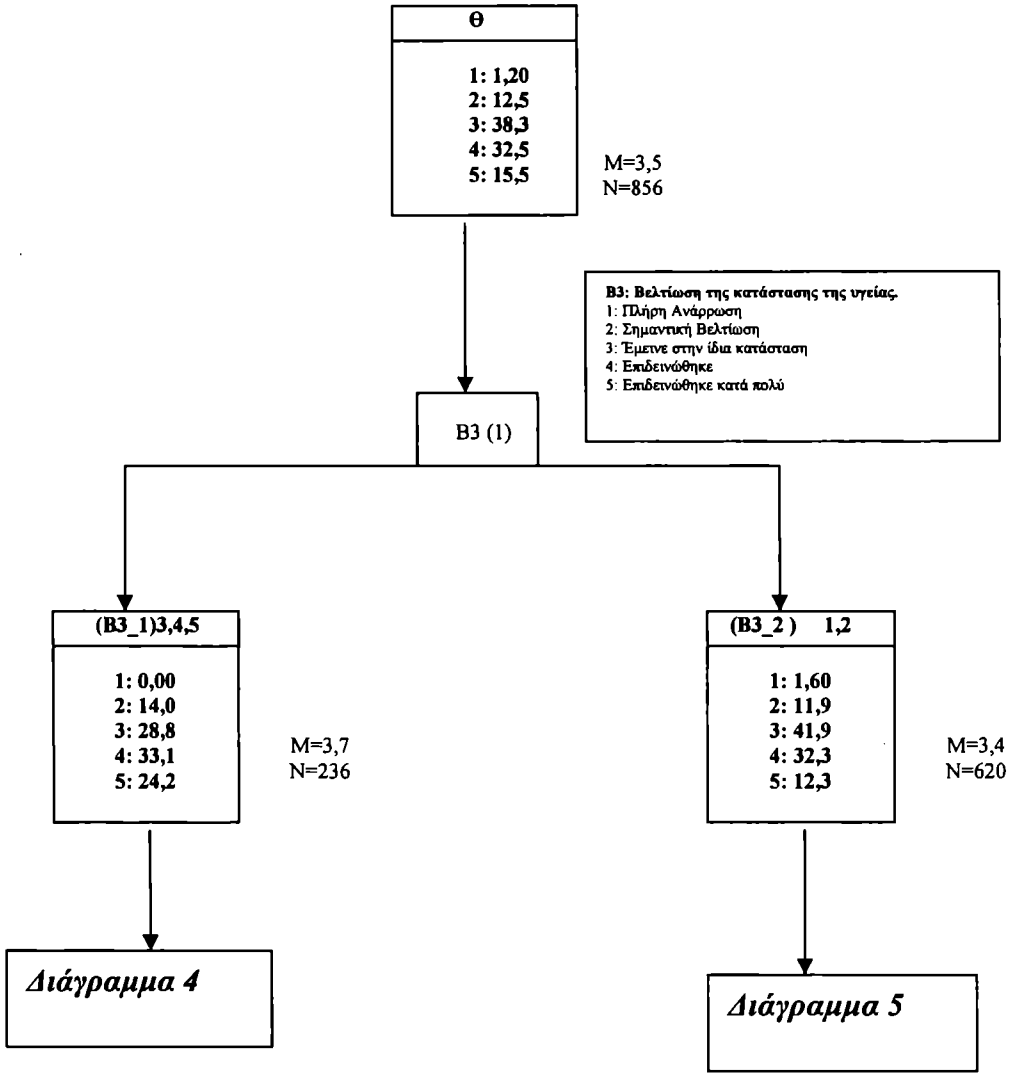
Ως γενική εικόνα παρατηρώντας το διάγραμμα 2, μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα δυο νοσοκομεία κρίνουν την ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας κατά τον ίδιο τρόπο, με ελαφρός περισσότερο ικανοποιημένους αυτούς που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο Ιπποκράτειο. Ωστόσο αξίζει να σημειώσουμε μια σημαντική διαφορά. Ο χρόνος νοσηλείας παίζει διαφορετικό ρόλο για τα δυο νοσοκομεία. Έτσι για ασθενείς που δεν αντιμετώπισαν φιλικό περιβάλλον και νοσηλεύτηκαν σε παθολογική κλινική, για μεν το Αχέπα ο χρόνος νοσηλείας λειτουργεί αρνητικά (Ε41=3,42 έναντι 3,05 για τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν λιγότερο από πέντε ημέρες), ενώ για το Ιπποκράτειο λειτουργεί θετικά (Ε41=2,45 για χρόνο νοσηλείας μεγαλύτερο των 5 ημερών, έναντι 3,05 για χρόνο νοσηλείας λιγότερο από 5 ημέρες)

8.5.3 Ανάλυση Γενικής Εικόνας από την Παροχή Υπηρεσιών Υγείας

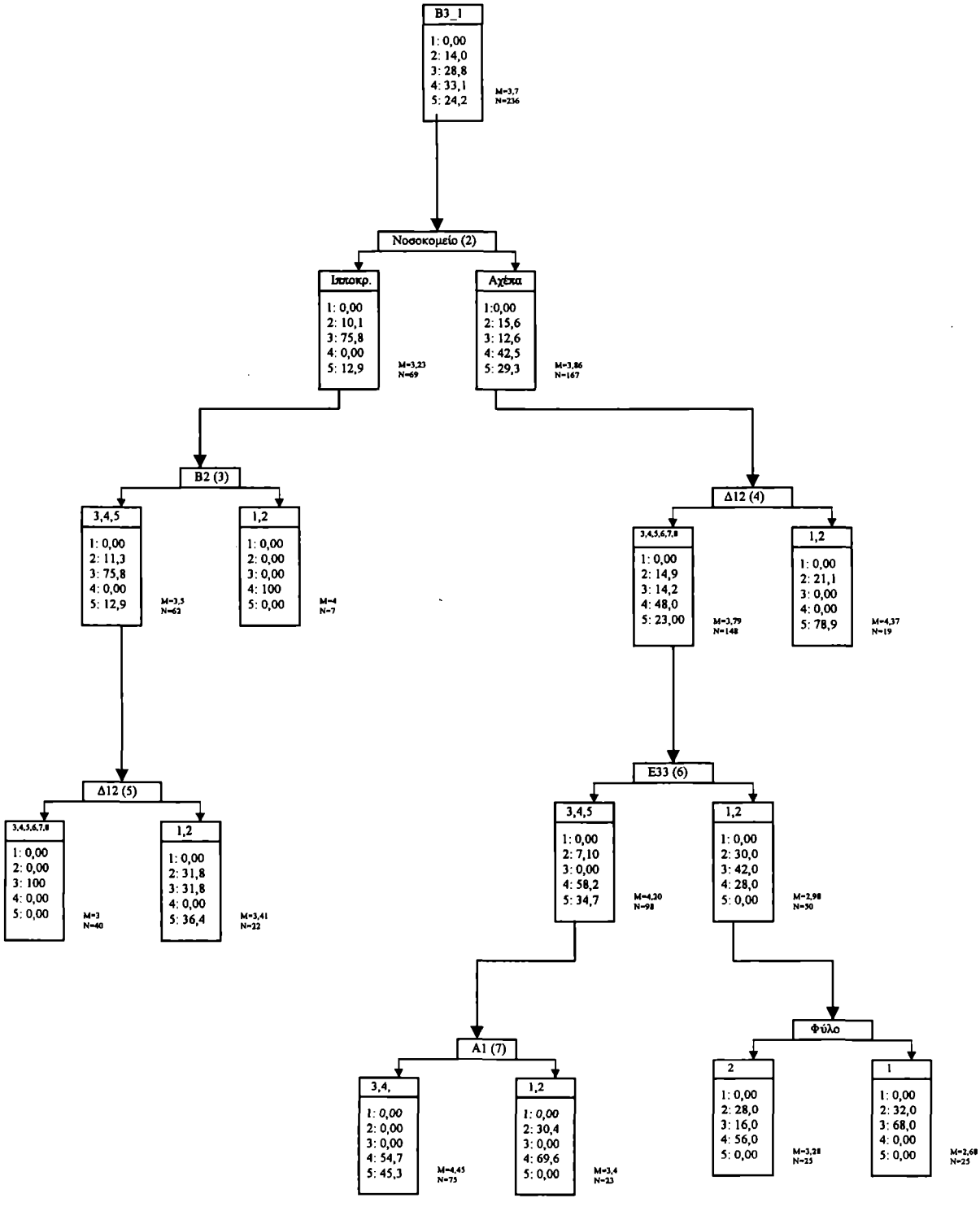
Η αξιολόγηση της ποιότητας για το σύνολο της παραμονής τους στο νοσοκομείο μετρήθηκε από την ερώτηση Θ. Όπως φαίνεται στο διάγραμμα 3 οι ασθενείς στο σύνολο τους είναι σχεδόν δυσαρεστημένοι (μέσος όρος Θ=3,5). Συγκεκριμένα το 1,20% αξιολογούν την ποιότητα ως 'πολύ καλή', το 12,5% ως 'καλή' το 38,3% ως 'μέτρια' το 32,5% ως 'κακή' και το 15,5% ως 'πολύ κακή'. Όπως παρατηρούμε από το διάγραμμα 3 σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει η βελτίωση της κατάστασης της υγείας των ασθενών. Ωστόσο όπως παρατηρούμε από τα επόμενα διαγράμματα (διάγραμμα 4 και 5), η πολυπλοκότητα των παραγόντων που οδηγούν τους ασθενής σε αυτή την άποψη είναι αρκετά μεγάλη.

Μετά από πολλαπλές αναλύσεις x^2 *και* t-tests, τα αποτελέσματα των οποίων παρατίθενται στο παράρτημα 5 οι σημαντικότεροι παράγοντες κατά σειρά *προ*τεραιότητας είναι:

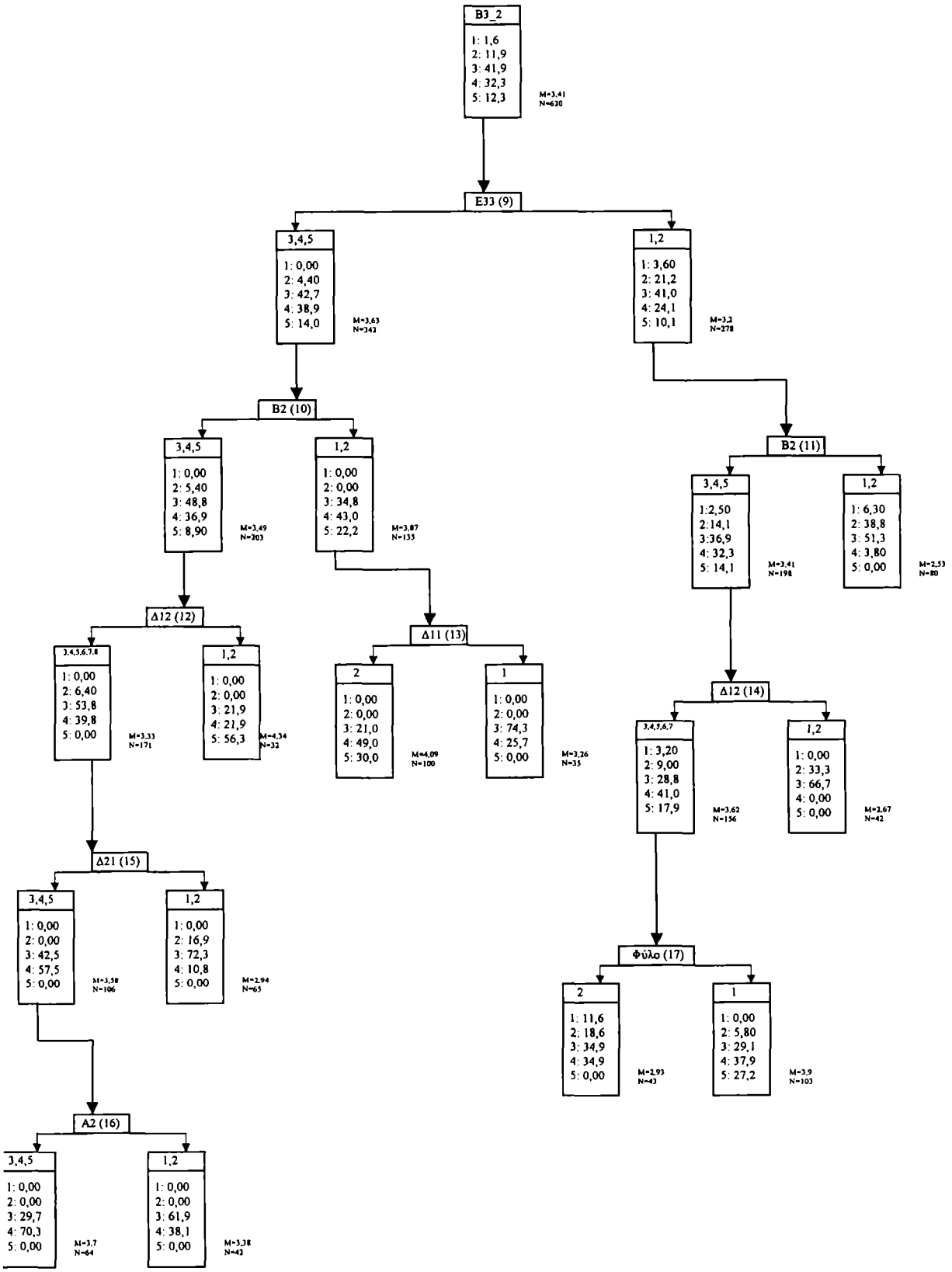
- **Βελτίωση της κατάστασης της υγείας** Β.3
- **Εμπειρία πόνου** Β.2
- **Η διαθεσιμότητα στο κάλεσμα των νοσηλευτών** Ε.3.3
- **Η γνώμη των ασθενών για τους Έλληνες Ιατρούς πρίν από την εισαγωγή τους** Δ.1.2
- **Η φιλικότητα των Ιατρών** Δ.2.1
- **Το είδος της κλινικής που νοσηλεύτηκαν** Δ.1.1
- **Το επίπεδο μόρφωσης των ασθενών** Α.2
- **Το φύλλο**
- **Η ηλικία** Α.1



Διάγραμμα 3 :
Συνολική ικανοποίηση


B3_1
1: 0,00
2: 14,0
3: 28,8
4: 33,1
5: 24,2
M=3,7
N=236
Νοσοκομείο (2)
Ιπποκρ.
1: 0,00
2: 10,1
3: 75,8
4: 0,00
5: 12,9
M=3,23
N=69
Αχέπα
1:0,00
2: 15,6
3: 12,6
4: 42,5
5: 29,3
M=3,86
N=167
B2 (3)
3,4,5
1: 0,00
2: 11,3
3: 75,8
4: 0,00
5: 12,9
M=3,5
N=62
1,2
1: 0,00
2: 0,00
3: 0,00
4: 100
5: 0,00
M=4
N=7
Δ12 (4)
3,4,5,6,7,8
1: 0,00
2: 14,9
3: 14,2
4: 48,0
5: 23,00
M=3,79
N=148
1,2
1: 0,00
2: 21,1
3: 0,00
4: 0,00
5: 78,9
M=4,37
N=19
Δ12 (5)
3,4,5,6,7,8
1: 0,00
2: 0,00
3: 100
4: 0,00
5: 0,00
M=3
N=40
1,2
1: 0,00
2: 31,8
3: 31,8
4: 0,00
5: 36,4
M=3,41
N=22
E33 (6)
3,4,5
1: 0,00
2: 7,10
3: 0,00
4: 58,2
5: 34,7
M=4,20
N=98
1,2
1: 0,00
2: 30,0
3: 42,0
4: 28,0
5: 0,00
M=2,98
N=50
A1 (7)
3,4,
1: 0,00
2: 0,00
3: 0,00
4: 54,7
5: 45,3
M=4,45
N=75
1,2
1: 0,00
2: 30,4
3: 0,00
4: 69,6
5: 0,00
M=3,4
N=23
Φύλο
2
1: 0,00
2: 28,0
3: 16,0
4: 56,0
5: 0,00
M=3,28
N=25
1
1: 0,00
2: 32,0
3: 68,0
4: 0,00
5: 0,00
M=2,68
N=25

Διάγραμμα 4


B3_2
1: 1,6
2: 11,9
3: 41,9
4: 32,3
5: 12,3
M=3,41
N=620
E33 (9)
3,4,5
1: 0,00
2: 4,40
3: 42,7
4: 38,9
5: 14,0
M=3,63
N=342
1,2
1: 3,60
2: 21,2
3: 41,0
4: 24,1
5: 10,1
M=3,2
N=278
B2 (10)
3,4,5
1: 0,00
2: 5,40
3: 48,8
4: 36,9
5: 8,90
M=3,49
N=203
1,2
1: 0,00
2: 0,00
3: 34,8
4: 43,0
5: 22,2
M=3,87
N=135
B2 (11)
3,4,5
1:2,50
2:14,1
3:36,9
4: 32,3
5: 14,1
M=3,41
N=198
1,2
1: 6,30
2: 38,8
3: 51,3
4: 3,80
5: 0,00
M=2,53
N=80
Δ12 (12)
3,4,5,6,7,8
1: 0,00
2: 6,40
3: 53,8
4: 39,8
5: 0,00
M=3,33
N=171
1,2
1: 0,00
2: 0,00
3: 21,9
4: 21,9
5: 56,3
M=4,34
N=32
Δ11 (13)
2
1: 0,00
2: 0,00
3: 21,0
4: 49,0
5: 30,0
M=4,09
N=100
1
1: 0,00
2: 0,00
3: 74,3
4: 25,7
5: 0,00
M=3,26
N=35
Δ12 (14)
3,4,5,6,7
1: 3,20
2: 9,00
3: 28,8
4: 41,0
5: 17,9
M=3,62
N=156
1,2
1: 0,00
2: 33,3
3: 66,7
4: 0,00
5: 0,00
M=2,67
N=42
Δ21 (15)
3,4,5
1: 0,00
2: 0,00
3: 42,5
4: 57,5
5: 0,00
M=3,58
N=106
1,2
1: 0,00
2: 16,9
3: 72,3
4: 10,8
5: 0,00
M=2,94
N=65
Φύλο (17)
2
1: 11,6
2: 18,6
3: 34,9
4: 34,9
5: 0,00
M=2,93
N=43
1
1: 0,00
2: 5,80
3: 29,1
4: 37,9
5: 27,2
M=3,9
N=103
A2 (16)
3,4,5
1: 0,00
2: 0,00
3: 29,7
4: 70,3
5: 0,00
M=3,7
N=64
1,2
1: 0,00
2: 0,00
3: 61,9
4: 38,1
5: 0,00
M=3,38
N=42

Διάγραμμα 5

Όπως είναι ευνόητο λόγο περιορισμένου χώρου το διάγραμμα της ικανοποίησης από την συνολική εικόνα αποτελούν τα τρία παραπάνω διαγράμματα. Τα συμπεράσματα που ανάγουμε από αυτά είναι:

Α) Για τους ασθενείς των οποίων η κατάσταση της υγείας τους **έμεινε στη ίδια κατάσταση ή επιδεινώθηκε** (διάγραμμα 4), ο μέσος όρος ικανοποίησης ήταν **3,41**.

Παρατηρούμε ότι αρκετά σημαντικό ρόλο παίζει το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκαν. Έτσι για το νοσοκομείο Αχέπα ο μέσος όρος της ικανοποίησης τους είναι **3,86,** ενώ για τους ασθενείς του Ιπποκράτειου είναι **3,23,** προσεγγίζοντας την ουδέτερη κατάσταση (ούτε ικανοποιημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι). Εξίσου σημαντικό ρόλο φαίνεται να παίζει και η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών στο κάλεσμα, (Ε33(6) διάγραμμα 4). Έτσι :

Ούτε ικανοποιημένοι αλλά ούτε και δυσαρεστημένοι (μέσος όρος Θ= 2,98) είναι οι ασθενείς οι οποίοι βρήκαν μεγάλη ανταπόκριση στο κάλεσμα των νοσηλευτών, παρόλο που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο Αχέπα, και γνώμη τους για τους Έλληνες ιατρούς ήταν από αρνητική έως πολύ αρνητική. Επίσης αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι για την ίδια κατάσταση, στην περίπτωση των γυναικών βρέθηκαν να είναι **σχεδόν ικανοποιημένες** από την παραμονή τους (μέσος όρος Θ=2,68).

Πολύ δυσαρεστημένοι βρέθηκαν να είναι οι ασθενείς (μέσος όρος Θ=4,45) οι οποίοι δεν έβρισκαν ανταπόκριση στο κάλεσμα των νοσηλευτών, και η γνώμη τους για τους Έλληνες ιατρούς ήταν από αρνητική έως πολύ αρνητική.

Β) Για τους ασθενείς των οποίων η κατάσταση της υγείας τους βελτιώθηκε από αρκετά έως και την πλήρη ανάρρωση, ο μέσος όρος της ικανοποίησης τους ήταν 3,41 (διάγραμμα 5).

Όπως παρατηρούμαι η πολυπλοκότητα σε αυτήν την περίπτωση είναι μεγαλύτερη από την προηγούμενη. Σε αυτήν την περίπτωση το νοσοκομείο δεν παίζει σημαντικό ρόλο, αλλά η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών, η εμπειρία πόνου και η γνώμη των ασθενών για τους Έλληνες ιατρούς. Συγκεκριμένα.

Περισσότερο ***ικανοποιημένοι*** (μέσος όρος Θ=2,67, διάγραμμα 5), δείχνουν να είναι οι ασθενείς οι οποίοι βρήκαν ανταπόκριση στο κάλεσμα των νοσηλευτών, αντιμετώπισαν ήπιου τόνου εμπειρία πόνου, και είχαν σχηματισμένη θετική γνώμη για τους Έλληνες Ιατρούς.

Περισσότερο ***δυσαρεστημένοι*** (μέσος όρος Θ=3,33 διάγραμμα 5) φαίνεται να είναι οι ασθενείς που δεν έβρισκαν ανταπόκριση στο κάλεσμα των νοσηλευτών, είχαν αρνητική γνώμη για τους Έλληνες ιατρούς παρόλο που δεν υποστήκανε έντονο πόνο κατά την νοσηλεία τους. Επίσης σημαντικό ρόλο σε αυτήν την περίπτωση φαίνεται να παίζει και η φιλικότητα των ιατρών (ακόμα μεγαλύτερη δυσαρέσκεια στην περίπτωση που οι γιατροί δεν ήταν φιλικοί Θ=3,58), όπως και το επίπεδο μόρφωσης τους (Θ=3,7 για ασθενείς με μορφωτικό επίπεδο από ανώτερο και *άνω*).

9. Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της παρούσης έρευνας επιτρέπουν την συναγωγή των εξής συμπερασμάτων:

(Α) Η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δυο μεγαλύτερα δημόσια νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (Αχέπα και Ιπποκράτειο), είναι σε γενικές γραμμές υψηλού βαθμού όσον αφορά την διαδικασία της εισαγωγής τους, μετρίου βαθμού όσον αφορά την παροχή ιατρικής φροντίδας, μετρίου βαθμού όσον αφορά την ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα, χαμηλού βαθμού για τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και μετρίου βαθμού για την ποιότητα και την διαδικασία σίτισης. Η ικανοποίηση των ασθενών από την συνολική εικόνα είναι χαμηλού βαθμού.

Η ανάλυση των παραγόντων που οφείλονται στην **ικανοποίηση της ιατρικής φροντίδας** δείχνει ότι τον σημαντικότερο ρόλο παίζουν κατά σειρά προτεραιότητας οι εξής κύριοι παράγοντες

- Η βελτίωση της κατάστασης των ασθενών
- Η διαθεσιμότητα των ιατρών
- Η γνώμη που είχαν τους για τους Έλληνες ιατρούς πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο

Σημαντικό είναι να τονιστεί σε αυτό το σημείο πως σε γενικές γραμμές η γνώμη των ασθενών είναι αρνητική για το ιατρικό προσωπικό πριν την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και την επαφή με αυτούς. Επίσης θα πρέπει να τονιστεί η εξαρτησιακή σχέση που έχουν οι ασθενείς με τους γιατρούς, ίδιος στην περίπτωση που το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν είναι σημαντικό, και η οποία δεν παύει να υφίστανται μερικές φορές ακόμα και μετά την ανάρρωση. Τα δύο παραπάνω οδηγούν το κατά αντίθετο τρόπο στον μη αξιόπιστο χαρακτηρισμό της ποιότητας από *τους ασθενείς*.

Τέλος εξίσου σημαντικό ρόλο παίζουν και η φιλικότητα των ιατρών προς τους ασθενείς, η σημαντικότητα του προβλήματός τους, και η σαφής οδηγίες εξόδου που δέχτηκαν κατά την έξοδό τους.

Για *την* **ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα** οι κυριότεροι παράγοντες κατά σειρά σημαντικότητας είναι:

- Η φιλικότητα των νοσηλευτών
- Η επιπλέον φροντίδα που δέχεται από συγγενικό πρόσωπο
- Οι συνολικές ημέρες νοσηλείας

Η παντελείς έλλειψη ψυχολογικής στήριξης από κάποιο αρμόδιο τμήμα στα Ελληνικά νοσοκομεία οδηγεί τους ασθενείς να επιζητούν περισσότερο από το νοσηλευτικό προσωπικό την ψυχολογική στήριξη, παρά τις υπηρεσίες νοσηλείας που πολλές φορές καλύπτονται κατά ένα μεγάλο μέρος από συγγενικά πρόσωπα.

Τέλος για την συνολική εικόνα της ποιότητας της υπηρεσίας υγείας οι σημαντικότεροι παράγοντες είναι:

- Η βελτίωση της κατάστασης της υγείας
- Η εμπειρία πόνου
- Η διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού
- Η γνώμη των ασθενών για τους Έλληνες ιατρούς και η
- Φιλικότητα των ιατρών

Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να τονίσουμε ότι ενώ η αξιολόγηση για την ποιότητα των υποδομών του νοσοκομείου ήταν αρκετά χαμηλή, ωστόσο αυτό δεν συσχετιστικέ με την συνολική εικόνα της χαμηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Αυτό ίσως να οφείλεται και στην ψυχολογική προετοιμασία που ασυναίσθητα υφίστανται οι ασθενείς κατά την είσοδο τους στο νοσοκομείο, λόγω του ότι η κατάσταση των υποδομών των δημόσιων νοσοκομείων είναι λίγο πολύ γνωστή.

(Β) Η σωστή αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, για τις υπηρεσίες που δέχονται αυτοί στο νοσοκομείο μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες αφού:

- Η ικανοποίηση του ασθενή είναι από μόνη της μια ιδιότητα ποιότητας
- Οι ασθενείς είναι ικανοί να εκτιμήσουν την ποιότητα της φροντίδας που δέχονται και δίνουν σημασία σε όλα τα συστατικά της μέρη, δηλαδή στην επιστήμη, στην επικοινωνία, στην οργάνωση.
- Η ικανοποίηση του ασθενή είναι δυνατόν να μετρηθεί με τρόπο αξιόπιστο και έγκυρο

- Οι παράγοντες που οδηγούν στην μη-ικανοποίηση των ασθενών είναι ενδείξεις για τα σφάλματα των διαδικασιών ή και της χαμηλής ποιότητας των πόρων (ανθρωπίνων και μη) που χρησιμοποιεί το νοσοκομείο.

10. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. **Αγγελόπουλος Μ., Χ.,** *«Η Βελτίωση της Ποιότητας στον Τομέα της Υγείας. Η Εμπειρία από την Εφαρμογή ενός Μοντέλου σε Ελληνικά Διαγνωστικά Κέντρα».* Πρακτικά Συνεδρίου 'Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας' 4-6 Νοεμβρίου 1994
2. **BerwickD., Godfrey B. & Roessner J.,** *«Curing Health Care»* New Strategies for Quality Improvement Conference, Jossey-Bass Publishers, San Francisco, 1990
3. **Black, N.,** *«Quality Assurance of Medical care»,* 'Journal of Public Health Medicine' 12 (2), 97-104., 1990
4. **Breedlover T.** *«Measuring the Impact of Quality Improvement Efforts»,* Health Care Management Review, Vol. 20 pp. 32-32, (1995)
5. **Brice j.** *«Management in Medicine»* 1989
6. **Dean, J.W., Jr. & Bowen, D.E.** *«Management Theory and Total Quality : Improving Research and Practice Through Theory Development»,* Academy of Management Review, vol. 19, . 3:392-418. (1994)
7. **Donabedian A.** *"The definition of Quality and Approaches to its Assessment"* Anne Ardor, Michigan Health Administration Press (198)
8. **Evans J., R., Lindsay, W., M.,** *«The Management and Control of Quality»,* South – Western College Publishing 4th Ed.
9. **Hodgetts, R.M., Luthans, F & Lee** *«New Paradigm Organizations : From Total Quality to Learning to Word-Class»,* Organization Dynamics, vol. 22, 3:5-19. (1994)
10. **Θεοδώρου Μ.** *«Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας»* Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ 3(Ι), 41-47 1992
11. **Κολλίτση Ζ.,** *«Ανάπτυξη Ποιότητας στην Υγεία»* Πρακτικά Συνεδρίου 'Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας' 4-6 Νοεμβρίου 1994, Θεσσαλονίκη.
12. **Mallet Jane,** *«Shifting the of audit»* Health Services Journal. (1991)
13. **Maxwell R.,** *«Quality Assessment in Health».* BMJ 288 12 May 1984

14. **Νιάκας Δ.,** *«Management στις Υπηρεσίες Υγείας και η εξασφάλιση της Ποιότητας των Παρεχόμενων Υπηρεσιών»*, Κοινωνία-Οικονομία και Υγεία. 2 (4), 3-12 (1993).

15. **Οικονομοπούλου Χ., Πολύζος Ν., Μεράκου Κ. & Σούλης Σ.,** *«Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στο χώρο του Νοσοκομείου. Η Ευρωπαϊκή Εμπειρία και η Ελληνική Πραγματικότητα.»* Ημερίδα με θέμα: Total Quality Management, Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, 17 Σεπτεμβρίου 1994.

16. **Παπανίκας Θ., Γρηγόριος,** *«Στατιστικές Τεχνικές και Διοίκηση Ολικής Ποιότητας»* Πρακτικά Συνεδρίου 'Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο Χώρο των Υπηρεσιών Υγείας' 4-6 Νοεμβρίου 1994, Θεσσαλονίκη

17. **Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι.,** *«Η Ικανοποίηση του Ασθενή ως Δείκτης Ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας»* Πρακτικά Συνεδρίου 'Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο Χώρο των Υπηρεσιών Υγείας' 4-6 Νοεμβρίου 1994, Θεσσαλονίκη

18. **Πολύζος Ν.,** *«Ολική Ποιότητα και Δείκτες Νοσοκομειακού Προϊόντος»,* Πρακτικά συνεδρίου με θέμα 'Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας', 4-6 Νοεμβρίου 1994

19. **Sargent, J.,** *«Knowing your market: Bury/North Manchester general hospitals. NHS hospital market information requirements.»* Health Services Journal, 101 (52388), (1991).

20. **Σκόρδης Α., Μποχώρης Γ., Τσιότρας Γ.,** *«Διασφάλιση Ποιότητας στην Φροντίδα Υγείας. Βασικές Έννοιες και Ιστορική Αναδρομή»,* Φεβρουάριος 1998.

21. **Τσέκος Θ.,** *«Αξιολογικές Διαστάσεις στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας».* Πρακτικά συνεδρίου με θέμα: 'Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας', 4-6 Νοεμβρίου 1994.

22. **Zarb, G., Anderson, R., & Hollowel, J.,** *«Patient Satisfaction Survey at St. George's Hospital»* Department of Public Health Sciences, SGH Medical School, University of London.

23. **Wilson C. R. M.** *«Hospital-wide Quality Assurance – Models for Implementation and Development»,* W.B. Saunders 1987.

Πανεπιστήμιο Μακεδονίας
Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών

Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών
στην Διοίκηση Επιχειρήσεων

Ερωτηματολόγιο στα πλαίσια μεταπτυχιακής διατριβής

Θέμα: «Η αντίληψη του ασθενή για την ποιότητα στην δημόσια Υγεία»

Χριστόφορος Λαζούδης

Μεταπτυχιακός Φοιτητής Πανεπιστήμιου Μακεδονίας

Υπό την επίβλεψη του Καθηγητή και Πρύτανη του Πανεπιστημίου Μακεδονίας

κ. Γεωργίου Τσιότρα

Όλες οι πληροφορίες οι οποίες οδηγούν στην αναγνώριση σας θα προφυλαχτούν από οποιαδήποτε δημόσια ή ιδιωτική προβολή. Το Πανεπιστήμιο Μακεδονίας δεν πρόκειται να διαθέσει τις πληροφορίες αυτές χωρίς την δικιά σας έγκριση. Μπορείτε να μην απαντήσετε στο ερωτηματολόγιο αυτό.

Ελπίζουμε τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής να είναι εποικοδομητικά για την βελτίωση της ποιότητας των δημόσιων νοσοκομείων της Θεσσαλονίκης, και ευελπιστούμε να δείξετε την ανάλογη προσοχή κατά την συμπλήρωση των απαντήσεων σας, έτσι ώστε να επιτευχθεί η όσο το δυνατόν μεγαλύτερη αντιπροσωπευτικότητα της πραγματικής κατάστασης.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων

Χριστόφορος Λαζούδης

Μεταπτυχιακός Φοιτητής Πανεπιστημίου Μακεδονίας

Μέρος Α: Δημογραφικά στοιχεία- Λόγοι εισαγωγής

Α) Ονοματεπώνυμο*:

*Δεν είναι απαραίτητο να συμπληρώσετε το ονοματεπώνυμό σας.

Φύλο :

1) Άντρας
2) Γυναίκα

Α.1 Ηλικία:

1) 16-22
2) 23-32
3) 33-44
4) 45-65
5) 66- άνω

Α.2 Ποιο είναι το επίπεδο μόρφωσή σας;

1) Βασική
2) Μέση
3) Ανωτέρα
4) Ανωτάτη
5) Δεν απαντώ

Α.3 Πόσες ήταν οι συνολικές ημέρες νοσηλείας;

1) Λιγότερες από 5
2) 5-10
3) 11-21
4) 21-άνω

Α.4 Τα τελευταία πέντε χρόνια, πόσες φορές έχετε εισαχθεί σε κάποιο δημόσιο νοσοκομείο;

1) Καμία φορά
2) Μια φορά
3) Δύο φορές
4) Περισσότερο από δυο φορές

Α.5 Τι είδους ασφάλεια έχετε;

1) Δημοσίου
2) ΙΚΑ
3) ΟΓΑ
4) Ιδιωτική Ασφάλεια
5) ΤΕΒΕ
6) Λοιπά ταμεία
7) Δεν απαντώ

Μέρος Β: Σημαντικότητα Προβλήματος

Β.1 Πόσο σημαντικό θεωρείται ότι ήταν το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίσατε ή αντιμετωπίζεται ακόμα;

Παρακαλώ κυκλώστε έναν αριθμό από το 1 έως το 5, όπου το 1 αντιστοιχεί σε ασήμαντο πρόβλημα ενώ όσο μεγαλώνει ο αριθμός τόσο αυξάνεται η σημαντικότητα του προβλήματος.

1) Πολύ σημαντικό πρόβλημα
2) Σημαντικό πρόβλημα
3) Ούτε σημαντικό ούτε ασήμαντο
4) Ασήμαντο πρόβλημα
5) Πολύ μικρό πρόβλημα-εντελώς ασήμαντο

Β.2 Πόσο έντονος ήταν ο πόνος που υποστήκατε κατά την διάρκεια της νοσηλείας σας;

Παρακαλώ αξιολογήστε την εμπειρία του πόνου που είχατε βαθμολογώντας την με την παρακάτω κλίμακα, όπου το 1 αντιστοιχεί σε πολύ έντονο πόνο, ενώ μεγαλύτερη αριθμοί αντιστοιχούν σε εμπειρίες μικρότερου πόνου.

1) Πολύ έντονος πόνος
2)
3)
4)
5) Ασήμαντος Πόνος

Β.3 Κατά πόσο βελτιώθηκε η κατάσταση της υγείας σας (εξαλείφθηκε το πρόβλημα σας) μετά την νοσηλεία σας;

1) Πλήρη ανάρρωση
2) Σημαντική βελτίωση
3) Έμεινε στην ίδια κατάσταση
4) Επιδεινώθηκε
5) Επιδεινώθηκε κατά πολύ

Μέρος Γ: Εισαγωγή στο Νοσοκομείο.

Γ.1 Η εισαγωγή σας στο νοσοκομείο ήταν προγραμματισμένη ή έκτακτη;

1) Προγραμματισμένη
2) Έκτακτη
3) Δεν γνωρίζω

Γ.2 Πόσο αποτελεσματική ήταν η όλη διαδικασία, όσον αφορά την πιθανή ταλαιπωρία που υποστήκατε μέχρι που να εγκατασταθείτε στο δωμάτιο;

1) Πολύ αποτελεσματική - Καθόλου Καθυστερήσεις
2) Αρκετά αποτελεσματική - Μικρές Καθυστερήσεις
3) Με σημαντικές Καθυστερήσεις
4) Καθόλου αποτελεσματική-Πολλές καθυστερήσεις

Μέρος Δ: Ικανοποίηση από το Ιατρικό Προσωπικό

Δ.1 Επιστημονική Κατάρτιση

Δ.1.1 Σε τι είδους κλινική νοσηλευτήκατε;

1) Παθολογική
2) Χειρουργική

Δ.1.2 Ποια ήταν η γνώμη σας για τους Έλληνες Ιατρούς πριν νοσηλευτείτε στο Νοσοκομείο;

1) Ενδιαφέρονται για την μέριμνα και την φροντίδα του άρρωστου
2) Ενδιαφέρονται για την εξέλιξη της επιστήμης με απώτερο σκοπό την απάλειψη του ανθρώπινου πόνου
3) Ενδιαφέρονται για την προσωπική τους προβολή και άνοδο
4) Ενδιαφέρονται για την κοινωνική τους προβολή
5) Ενδιαφέρονται μόνο για την απόκτηση χρημάτων
6) Τίποτα από τα παραπάνω
7) Δεν απαντώ
8) Άλλο

_____

_____

Δ.1.3 Κατά την διάρκεια της νοσηλείας σας υπήρξαν κάποιοι γιατροί οι οποίοι ασχολήθηκαν με την δικιά σας περίπτωση. Είχατε κάποια πληροφόρηση για την ικανότητα των συγκεκριμένων ιατρών όσων αφορά την **επιστημονική τους κατάρτιση**;

1) Ναι
2) Όχι *(πηγαίνετε κατευθείαν στην ερώτηση Δ.1.5)*

Δ.1.4 Από πού προέρχονταν αυτή η πληροφόρηση;

1 Από κάποια έγγραφα που διατίθενται από το νοσοκομείο
2 Από συγγενικό πρόσωπο που τον γνώριζε
3 Από άλλον ασθενή που νοσηλευόταν την ίδια περίοδο
4 Από τις νοσοκόμες

Δ.1.5 Πως θα αξιολογούσατε τους ιατρούς που ασχολήθηκαν με την νοσηλεία σας όσον αφορά **την επιστημονική τους κατάρτιση και ειδίκευση;**

1 Πολύ καλή
2 Καλή
3 Μέτρια
4 Κακή
5 Πολύ κακή

Δ.2 Επικοινωνία με το Ιατρικό Προσωπικό

Δ.2.1 Πόσο **φιλικός** ήταν ο γιατρός με εσάς;

1 Πολύ φιλικός
2 Αρκετά φιλικός
3 Ουδέτερος
4 Αρκετά απόμακρος
5 Ψυχρός τυπικός

Δ.2.2 Πόσο ικανοποιημένοι είσαστε από την **επικοινωνία** πού είχατε με τους γιατρούς;

Η ερώτηση αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο οι γιατροί σας εξηγούσαν το πρόβλημα σας με τρόπο κατανοητό για εσάς, και το κατά πόσο σας ενθάρρυναν να κάνετε ερωτήσεις.

1. Πολύ ικανοποιημένος
2. Ικανοποιημένος
3. Ουδέτερος
4. Απογοητευμένος
5. Πολύ απογοητευμένος

Δ.3 Διαθεσιμότητα Ιατρών

Δ.3.1 Γνωρίζεται εάν υπήρχε κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα βάση του οποίου ο γιατρός σας επισκέπτονταν;

1) Ναι
2) Όχι *(πηγαίνετε κατευθείαν στην ερώτηση **Δ.3.1**)*

Δ.3.2 Πόσο συνεπείς ήταν οι γιατροί στο πρόγραμμα επισκεπτηρίου;

Παρακαλείστε να αξιολογήσετε την συνέπεια των γιατρών στο πρόγραμμα επισκεπτηρίου βαθμολογώντας την, με την παρακάτω κλίμακα, όπου το 1 αντιστοιχεί στην καλύτερη περίπτωση όπου οι γιατροί ήταν απόλυτα συνεπείς, ενώ όσο μεγαλύτερη είναι οι αριθμοί ανταποκρίνονται σε αντίστοιχη μείωση της συνέπειας.

1) Πολύ συνεπείς
2)
3)
4)
5) Καθόλου συνεπείς

Δ.3.3 Πόσο εύκολο ήταν να έρθει ο γιατρός κάποια στιγμή που τον είχατε ανάγκη;

1) Πολύ εύκολο
2) Εύκολο
3) Ούτε εύκολο-ούτε δύσκολο.
4) Δύσκολο
5) Πολύ δύσκολο

Δ.4 Οδηγίες Εξόδου

Δ.4.1 Πόσο κατανοητές ήταν οι οδηγίες που σας δόθηκαν από τους γιατρούς για την ολοκλήρωση της θεραπείας σας κατά την έξοδο σας;

1. Πολύ κατανοητές
2. Κατανοητές
3. Μέτρια κατανοητές
4. Δυσνόητες
5. Καθόλου κατανοητές

Δ.5 Ιατρική Φροντίδα

Δ.5.1 Πόσο ικανοποιημένοι είστε από τους γιατρούς που ασχολήθηκαν με την περίπτωση σας και με την φροντίδα που σας παρείχαν;

Η ερώτηση αυτή αναφέρεται στην ***γενικότερη εικόνα*** *που αποκομίσατε από την εξυπηρέτηση-Φροντίδα των Γιατρών*

1) Πολύ ικανοποιημένος
2) Ικανοποιημένος
3) Ούτε ικανοποιημένος-Ούτε δυσαρεστημένος
4) Δυσαρεστημένος
5) Πολύ δυσαρεστημένος

Μέρος Ε: Ικανοποίηση από το Νοσηλευτικό Προσωπικό

Ε.1 Επιστημονική Κατάρτιση Νοσοκόμων

Ε.1.1 Θεωρείται ότι η κατάσταση της υγείας ήταν τέτοια που χρειαζόσασταν οπωσδήποτε μεγάλη φροντίδα από τις νοσοκόμες;

1) Ναι
2) Όχι
3) Δεν γνωρίζω

Ε.1.2 Υπήρχε κάποιο συγγενικό σας πρόσωπο το οποίο να ασχολούνταν με την δικιά σας φροντίδα κατά την διάρκεια της νοσηλείας σας;

1) Ναι
2) Όχι *(πηγαίνετε κατευθείαν στην ερώτηση **Ε 1.4**)*

Ε.1.3 Πόσο διάστημα της ημέρας βρίσκονταν κοντά σας ο άνθρωπος που σας φρόντιζε;

1) Το μεγαλύτερο διάστημα της ημέρας
2) Αρκετές ώρες
3) Κάποιες ώρες της ημέρας

Ε.1.4 Πως αντιληφθήκατε την επιστημονική κατάρτιση των νοσοκόμων που σας φρόντιζαν;

Η ερώτηση αυτή αναφέρεται στην ικανότητα που διακρίνατε στις νοσοκόμες να σας παρέχουν τις υπηρεσίες τους με **επιστημονικό τρόπο**.

1) Πολύ καλή
2) Καλή
3) Μέτρια
4) Κακή
5) Πολύ Κακή

Ε.2 Επικοινωνία

Ε.2.1 Πόσο φιλικές ήταν οι νοσοκόμες με εσάς;

1) Πολύ φιλικές
2) Αρκετά φιλικές
3) Ούτε φιλικές ούτε απόμακρες
4) Αρκετά απόμακρες
5) Ψυχρές τυπικές

Ε.2.2 Πόσο ικανοποιημένοι είσαστε από την επικοινωνία πού είχατε με τις νοσοκόμες;

Η ερώτηση αυτή αναφέρεται στο κατά πόσο οι νοσοκόμες σας εξηγούσαν για το τι πρέπει να κάνετε, με τρόπο κατανοητό για εσάς, και στο κατά πόσο σας έδιναν την ευκαιρία και είχαν την διάθεση να ακούσουν για πιθανά προβλήματα.

1) Πολύ ικανοποιημένος
2) Ικανοποιημένος
3) Αρκετά ικανοποιημένος
4) Απογοητευμένος
5) Πολύ απογοητευμένος

Ε.3 Διαθεσιμότητα

Ε.3.1 Γνωρίζατε εάν υπήρχε κάποιο συγκεκριμένο πρόγραμμα, σύμφωνα με το οποίο οι νοσοκόμες περνούσαν από τους θαλάμους;

1) Ναι
2) Όχι

Ε.3.2 Πόσο ακριβείς ήταν οι νοσοκόμες στο πρόγραμμα επίσκεψής *τους*

Παρακαλείστε να κυκλώσετε έναν αριθμό στην παρακάτω κλίμακα, όπου ο αριθμός 1 αντιστοιχεί στην περίπτωση μεγάλης ακρίβειας ενώ όσο αυξάνεται ο αριθμός αντιστοιχεί σε μικρότερη ακρίβεια

1) Πολύ ακριβείς
2)
3)
4)
5) Καθόλου ακριβείς

Ε.3.3 Πόσο εύκολα βρίσκατε κάποια νοσοκόμα για να σας φροντίσει την στιγμή που την είχατε ανάγκη;

1) Πολύ εύκολα
2) Εύκολα
3) Ούτε εύκολα ούτε δύσκολα
4) Δύσκολα
5) Πολύ δύσκολα

Ε.4 Φροντίδα

Ε.4.1 Πόσο ικανοποιημένη είστε με την φροντίδα που σας παρείχαν οι νοσοκόμες;

Η ερώτηση αυτή αναφέρεται στην γενικότερη εικόνα που αποκομίσατε από την φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου

1) Πάρα πολύ ικανοποιημένος
2) Πολύ ικανοποιημένος
3) Ούτε ικανοποιημένος – Ούτε δυσαρεστημένος
4) Απογοητευμένος
5) Πάρα πολύ απογοητευμένος

Μέρος Ζ: Υποδομή-Ξενοδοχειακές Υπηρεσίες

Με βάση την κλίμακα από 1 εώς 5 αξιολογήστε την κατάσταση της υποδομής του νοσοκομείου.

Ζ.1 Πόσο άνετα ήταν τα δωμάτια;

1) Πολύ άνετα
2) Αρκετά άνετα
3) Κανονικά
4) Άβολα
5) Καθόλου άνετα

Ζ.2 Πόσο φωτεινά ήταν τα δωμάτια;

1) Πολύ φωτεινά
2)
3)
4)
5) Καθόλου φωτεινά

Ζ.3 Πώς ήταν η κατάσταση των επίπλων των δωματίων;

1) Καινούργια Έπιπλα
2)
3)
4)
5) Παλιά έπιπλα

Ζ.4 Πώς ήταν η θέρμανση των δωματίων

1) Πολύ καλή θέρμανση
2) Καλή θέρμανση
3) Μη σταθερή
4) Κακή θέρμανση
5) Πολύ κακή θέρμανση

Ζ.5 Πώς αξιολογείτε την καθαριότητα των χώρων στο νοσοκομείο

1) Πολύ καθαροί χώροι
2) Καθαροί
3) Μη σταθερή (Άλλοτε καθαροί – άλλοτε βρώμικοι)
4) Βρώμικοι
5) Πολύ βρώμικοι χώροι

Μέρος Η: Σίτιση

Η.1 Κατά πόσο τηρούνταν το πρόγραμμα σίτισης;

1) Με μεγάλη ακρίβεια
2) Σχεδόν κανονικά
3) Με καθυστερήσεις

Η.2 Θα θέλαμε να αξιολογήσετε τα γεύματα ως προς την:

Η.2.1 Εμφάνιση

1) Εμφανίσιμα
2) Κανονικά
3) Καθόλου εμφανίσιμα (δεν καταλάβαινες τη φαγητό ήταν)

Η.2.2 Θερμοκρασία

1) Ζεστά
2) Κανονική θερμοκρασία
3) Κρύα

Η.2.3 Γεύση

1) Πολύ γευστικά
2) Γευστικά
3) *Άνοστα*
4) Κακή γεύση
5) Πολύ κακή γεύση

Η.3 Πώς κρίνεται την ποιότητα των γευμάτων σε γενικές γραμμές;

1) Πολύ καλή
2) Καλή
3) Μέτρια
4) Κακή
5) Πολύ κακή

Μέρος Θ. Γενική Εικόνα

Θ.1 Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την γενική εικόνα της παραμονής σας *και της* νοσηλείας σας στο νοσοκομείο;

1) Πολύ ικανοποιημένος
2) Ικανοποιημένος
3) Ούτε Ικανοποιημένος – Ούτε Δυσαρεστημένος
4) Απογοητευμένος
5) Πολύ απογοητευμένος

Σας ευχαριστούμε ιδιαίτερα για την υπομονή και την προσοχή που δείξατε στην συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου και σας ευχόμαστε καλή ανάρρωση.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΗΣ ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗΣ

- **Γ.2 Αποτελεσματικότητα Εισαγωγής**

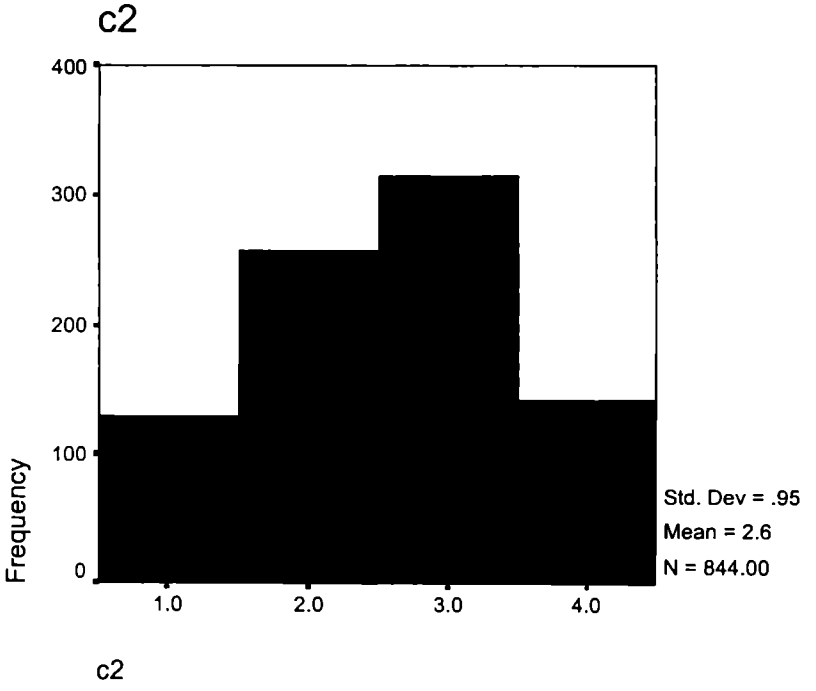
Statistics

c2

N	Valid	844
	Missing	12

c2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	130	15.2	15.4	15.4
	2	257	30.0	30.5	45.9
	3	314	36.7	37.2	83.1
	4	143	16.7	16.9	100.0
	Total	844	98.6	100.0	
Missing	System	12	1.4		
Total		856	100.0		



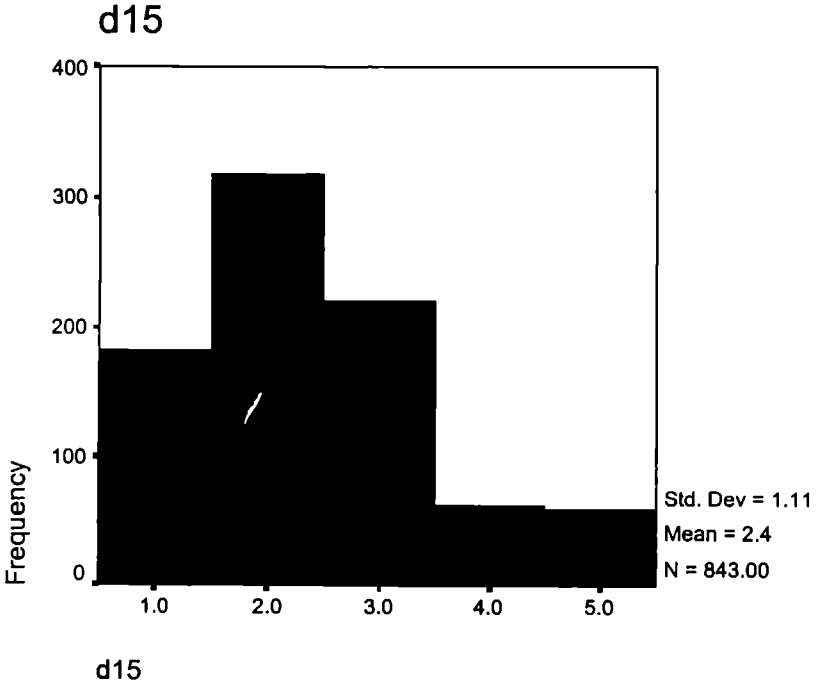
- **Δ.1.5 Επιστημονική Κατάρτιση Ιατρών**

Statistics
d15

N	Valid	843
	Missing	13

d15

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	183	21.4	21.7	21.7
	2	318	37.1	37.7	59.4
	3	221	25.8	26.2	85.6
	4	62	7.2	7.4	93.0
	5	59	6.9	7.0	100.0
	Total	843	98.5	100.0	
Missing	System	13	1.5		
Total		856	100.0		



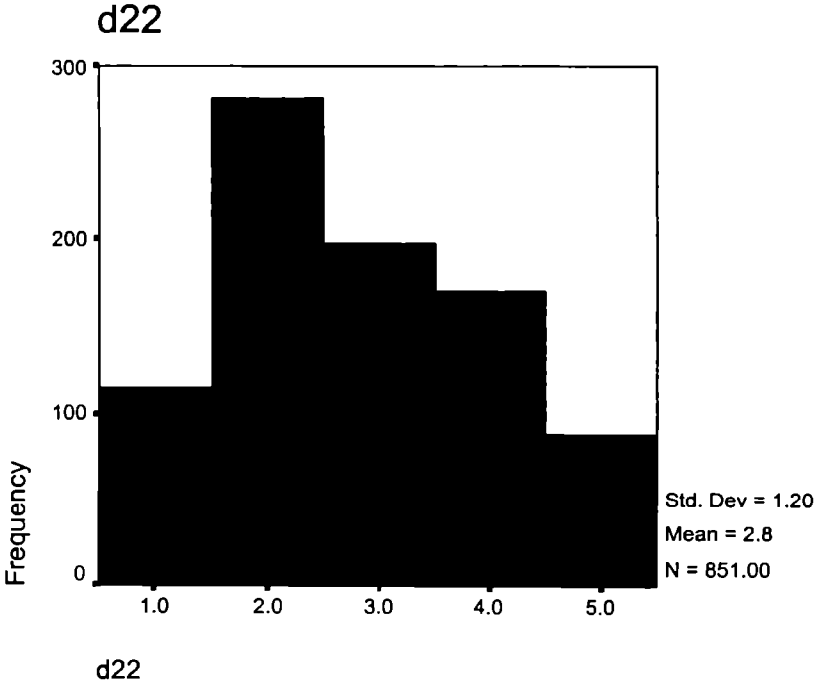
- **Δ.2.2 Ικανοποίηση από Επικοινωνία με Ιατρούς**

Statistics
d22

N	Valid	851
	Missing	5

d22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	115	13.4	13.5	13.5
	2	281	32.8	33.0	46.5
	3	197	23.0	23.1	69.7
	4	170	19.9	20.0	89.7
	5	88	10.3	10.3	100.0
	Total	851	99.4	100.0	
Missing	System	5	.6		
Total		856	100.0		



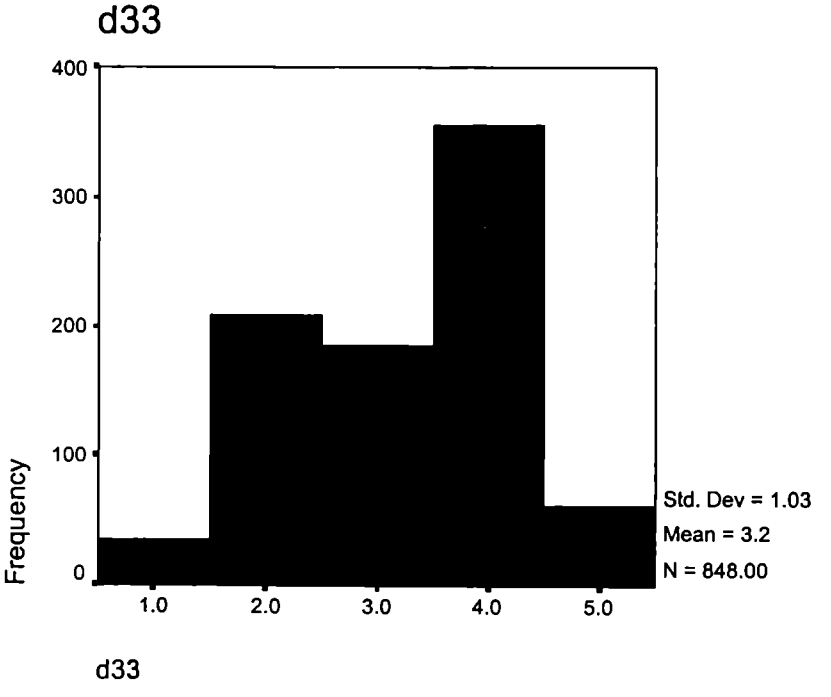
- **Δ.3.3 Διαθεσιμότητα Ιατρών**

Statistics
d33

N	Valid	848
	Missing	8

d33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	35	4.1	4.1	4.1
	2	209	24.4	24.6	28.8
	3	186	21.7	21.9	50.7
	4	356	41.6	42.0	92.7
	5	62	7.2	7.3	100.0
	Total	848	99.1	100.0	
Missing	System	8	.9		
Total		856	100.0		



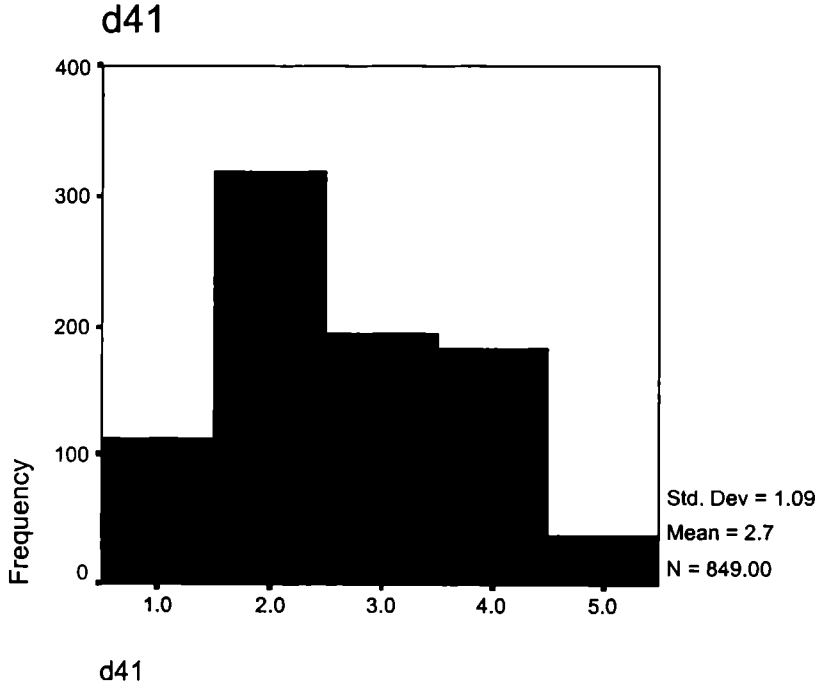
- **Δ.4.1 Οδηγίες Εξόδου**

Statistics
d41

N	Valid	849
	Missing	7

d41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	113	13.2	13.3	13.3
	2	319	37.3	37.6	50.9
	3	195	22.8	23.0	73.9
	4	184	21.5	21.7	95.5
	5	38	4.4	4.5	100.0
	Total	849	99.2	100.0	
Missing	System	7	.8		
Total		856	100.0		



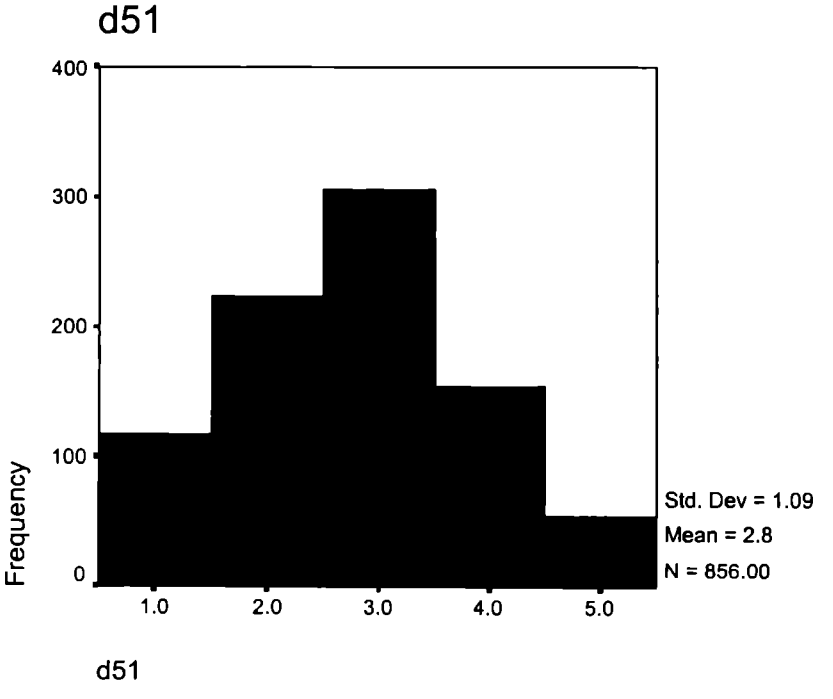
- **Δ.5.1 Γενική Άποψη της Ικανοποίησης από Ιατρικό Προσωπικό**

Statistics
d51

N	Valid	856
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	117	13.7	13.7	13.7
	2	224	26.2	26.2	39.8
	3	306	35.7	35.7	75.6
	4	155	18.1	18.1	93.7
	5	54	6.3	6.3	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



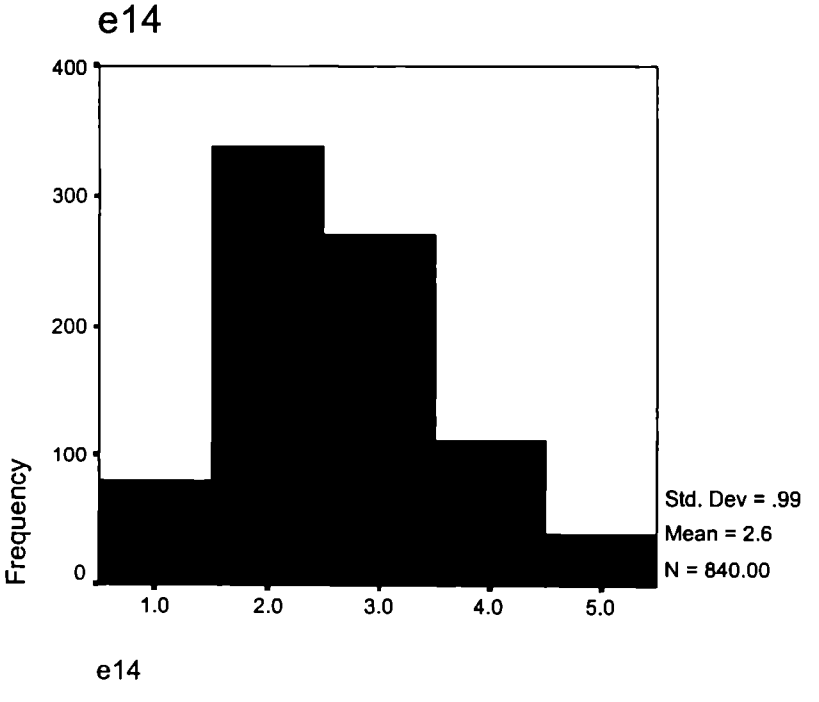
- **Ε.1.4 Επιστημονική Κατάρτιση Νοσηλευτών**

Statistics
e14

N	Valid	840
	Missing	16

e14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	81	9.5	9.6	9.6
	2	338	39.5	40.2	49.9
	3	270	31.5	32.1	82.0
	4	112	13.1	13.3	95.4
	5	39	4.6	4.6	100.0
	Total	840	98.1	100.0	
Missing	System	16	1.9		
Total		856	100.0		



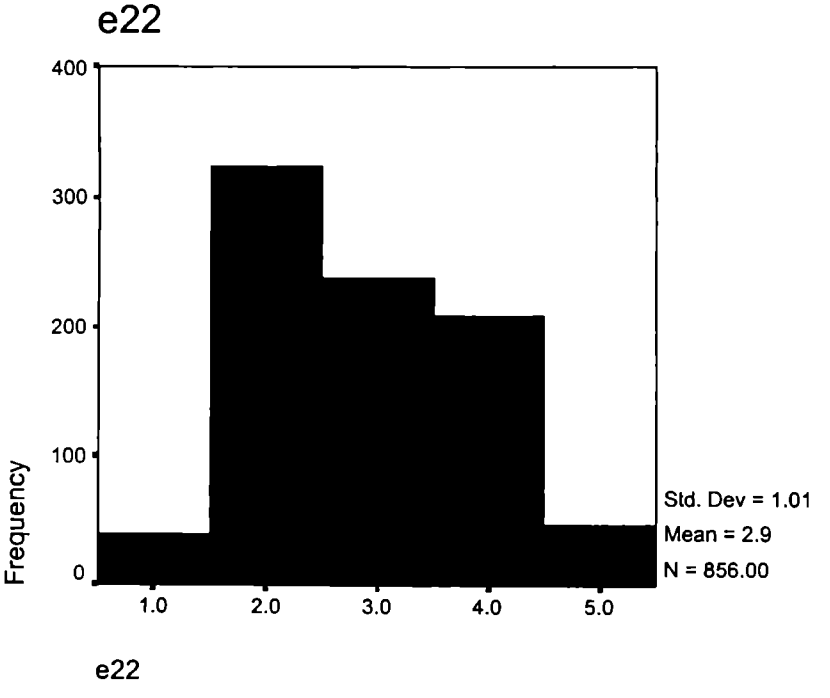
- **Ε.2.2 Ικανοποίηση από Επικοινωνία με Νοσηλευτές**

Statistics
e22

N	Valid	856
	Missing	0

e22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	39	4.6	4.6	4.6
	2	323	37.7	37.7	42.3
	3	238	27.8	27.8	70.1
	4	209	24.4	24.4	94.5
	5	47	5.5	5.5	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



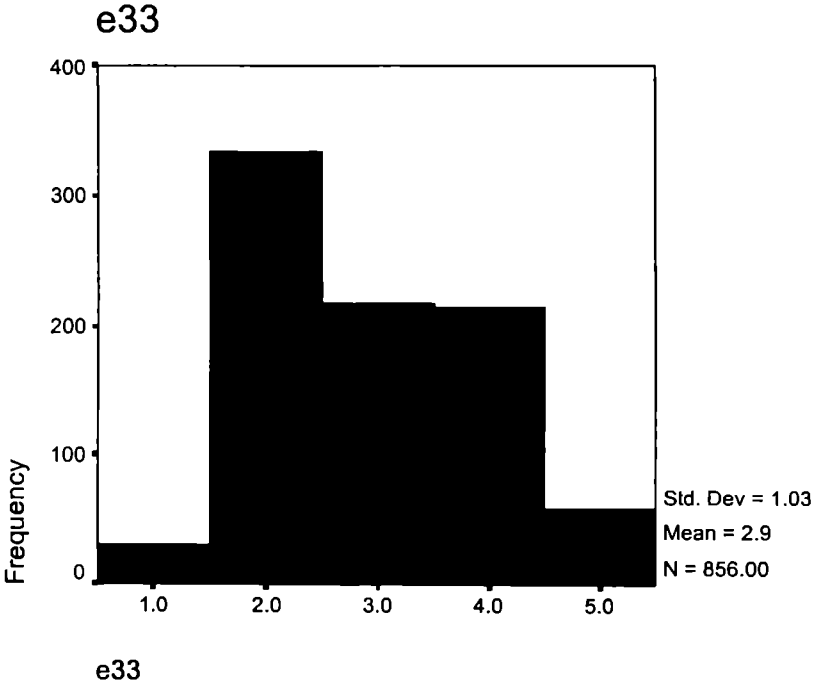
- **Ε.3.3 Διαθεσιμότητα Νοσηλευτών**

Statistics
e33

N	Valid	856
	Missing	0

e33

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	31	3.6	3.6	3.6
	2	334	39.0	39.0	42.6
	3	217	25.4	25.4	68.0
	4	215	25.1	25.1	93.1
	5	59	6.9	6.9	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



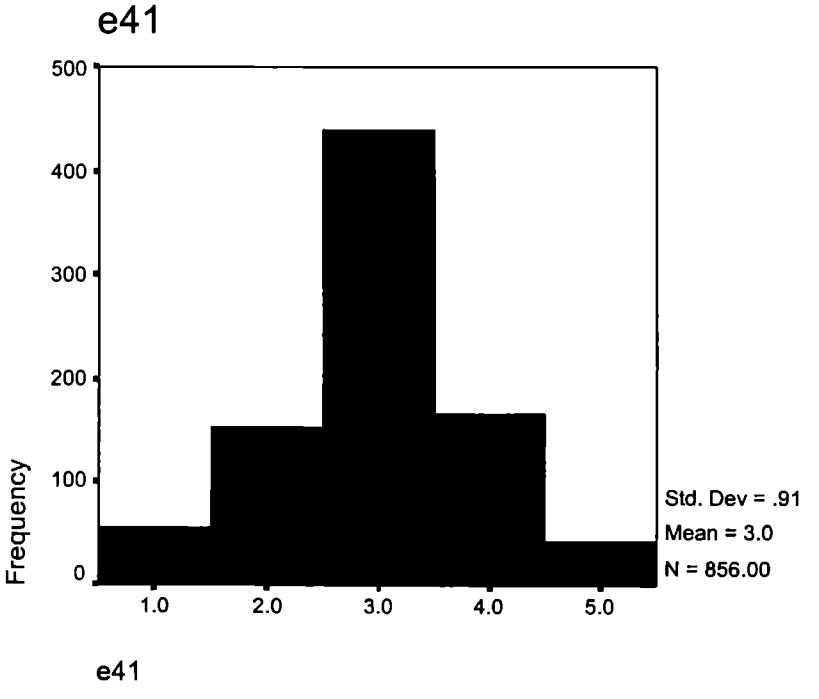
- **Ε.4.1 Γενική Άποψη από Ικανοποίηση με Νοσηλευτές**

Statistics
e41

N	Valid	856
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	56	6.5	6.5	6.5
	2	153	17.9	17.9	24.4
	3	439	51.3	51.3	75.7
	4	165	19.3	19.3	95.0
	5	43	5.0	5.0	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



- **Z.1 Άνεση Δωματίων**

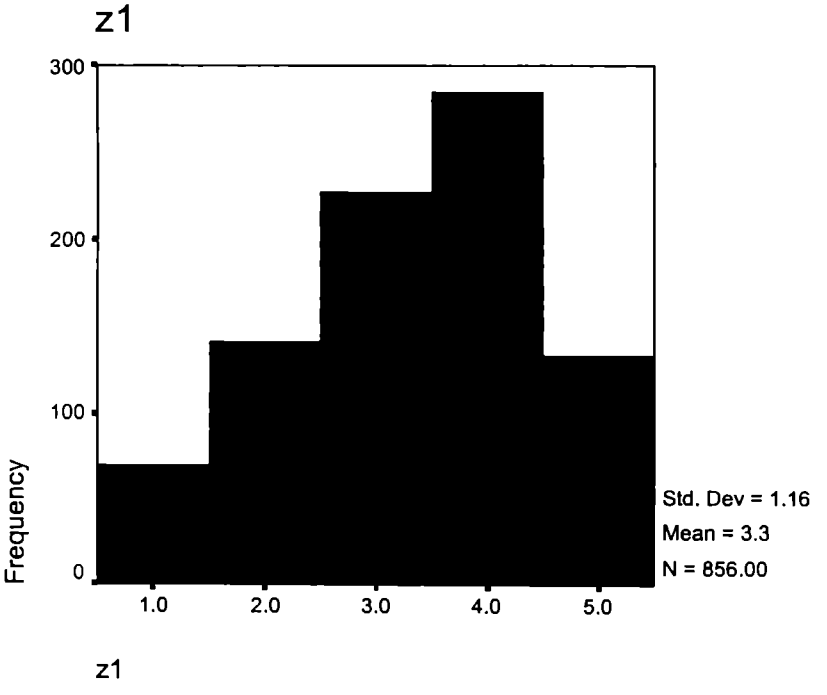
Statistics

z1

N	Valid	856
	Missing	0

z1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	69	8.1	8.1	8.1
	2	141	16.5	16.5	24.5
	3	227	26.5	26.5	51.1
	4	285	33.3	33.3	84.3
	5	134	15.7	15.7	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



- **Z.2 Φωτεινότητα Δωματίων**

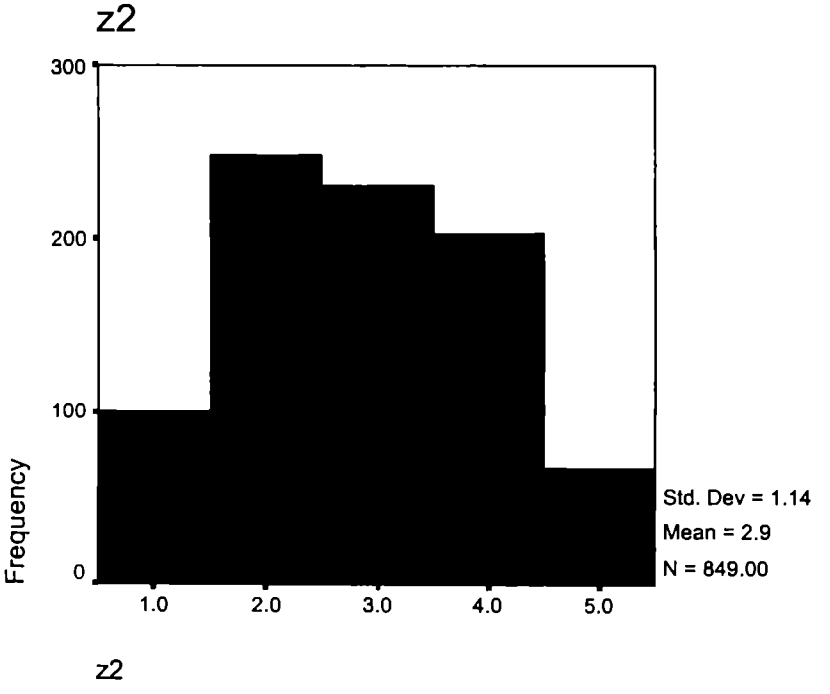
Statistics

z2

N	Valid	849
	Missing	7

z2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	100	11.7	11.8	11.8
	2	248	29.0	29.2	41.0
	3	231	27.0	27.2	68.2
	4	203	23.7	23.9	92.1
	5	67	7.8	7.9	100.0
	Total	849	99.2	100.0	
Missing	System	7	.8		
Total		856	100.0		



- **Z.3 Κατάσταση Επίπλων**

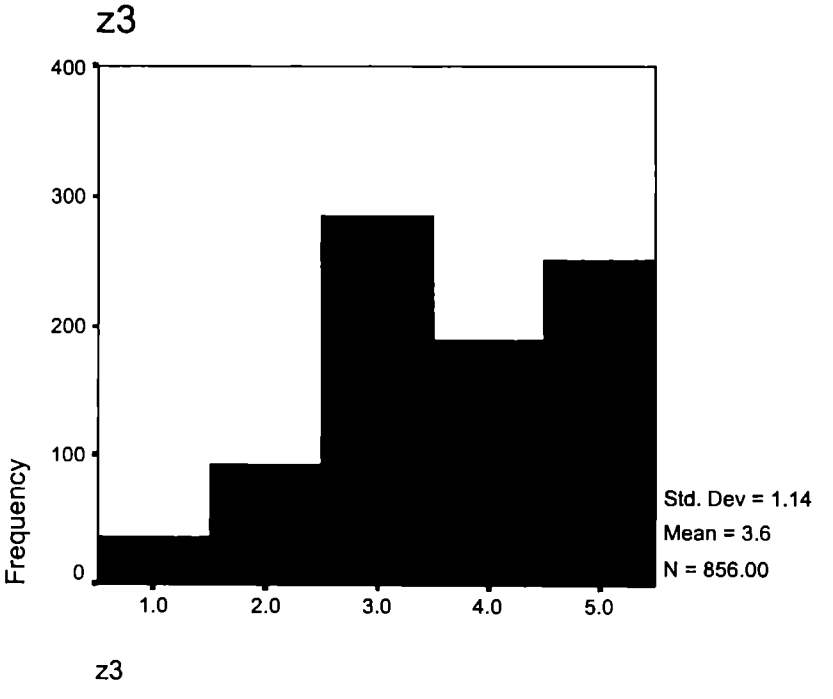
Statistics

z3

N	Valid	856
	Missing	0

z3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	37	4.3	4.3	4.3
	2	93	10.9	10.9	15.2
	3	286	33.4	33.4	48.6
	4	189	22.1	22.1	70.7
	5	251	29.3	29.3	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



- **Z.4 Φωτεινότητα Δωματίων**

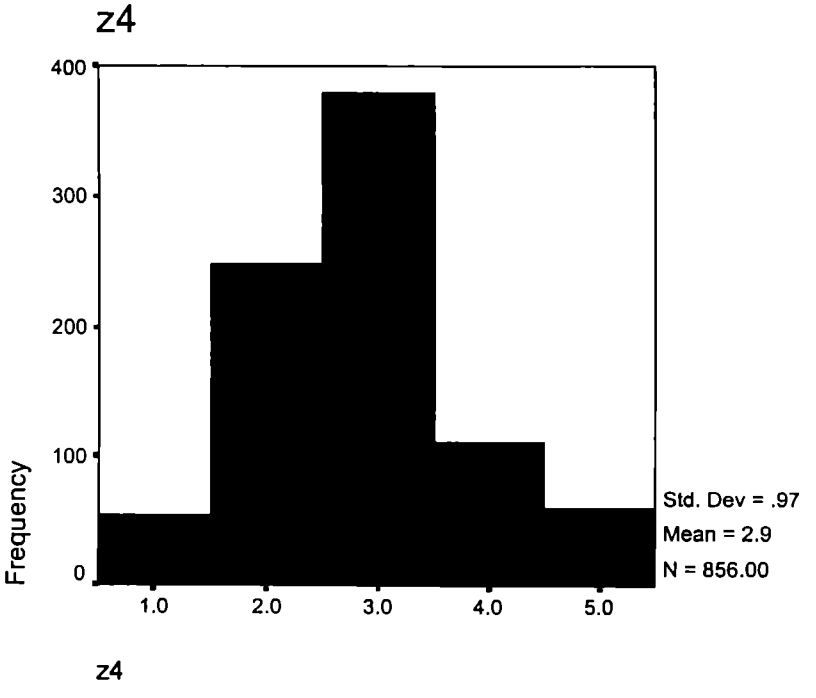
Statistics

z4

N	Valid	856
	Missing	0

z4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	55	6.4	6.4	6.4
	2	248	29.0	29.0	35.4
	3	380	44.4	44.4	79.8
	4	112	13.1	13.1	92.9
	5	61	7.1	7.1	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



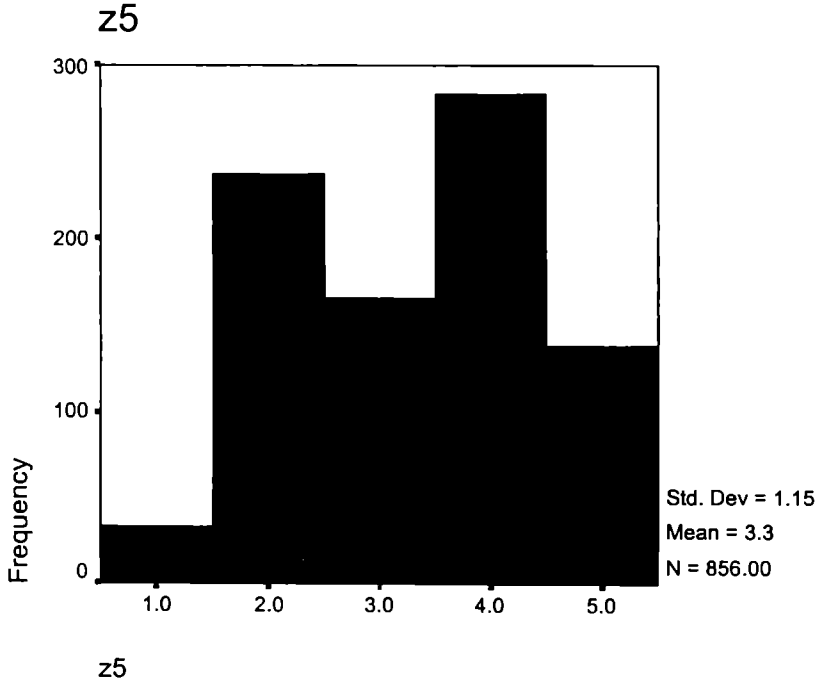
- **Z.5 Καθαριότητα Χώρων**

Statistics
z5

N	Valid	856
	Missing	0

z5

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	33	3.9	3.9	3.9
	2	237	27.7	27.7	31.5
	3	165	19.3	19.3	50.8
	4	283	33.1	33.1	83.9
	5	138	16.1	16.1	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



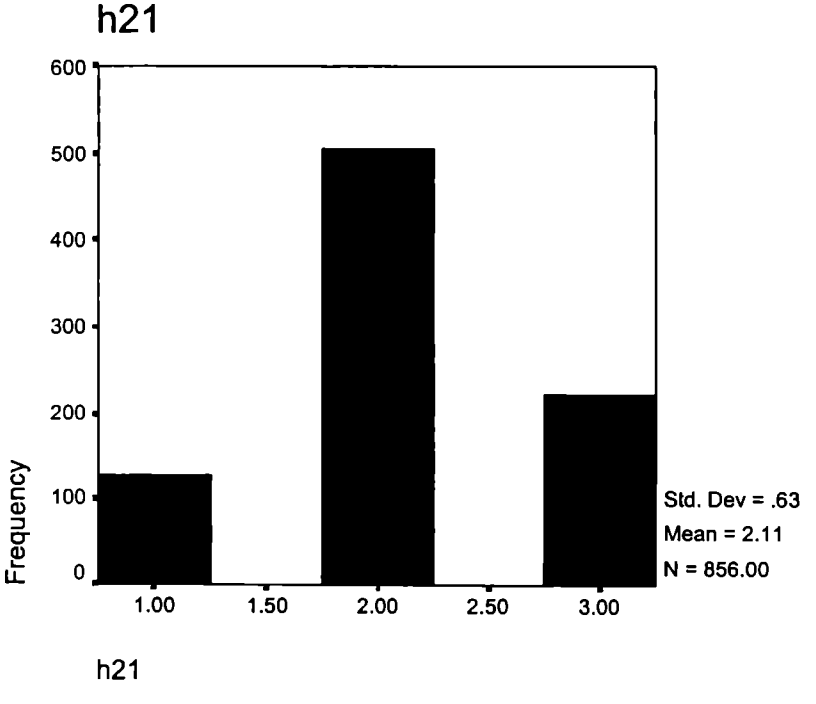
- **Η.1 Τήρηση Προγράμματος**

Statistics
h1

N	Valid	839
	Missing	17

h1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	125	14.6	14.9	14.9
	2	503	58.8	60.0	74.9
	3	211	24.6	25.1	100.0
	Total	839	98.0	100.0	
Missing	System	17	2.0		
Total		856	100.0		



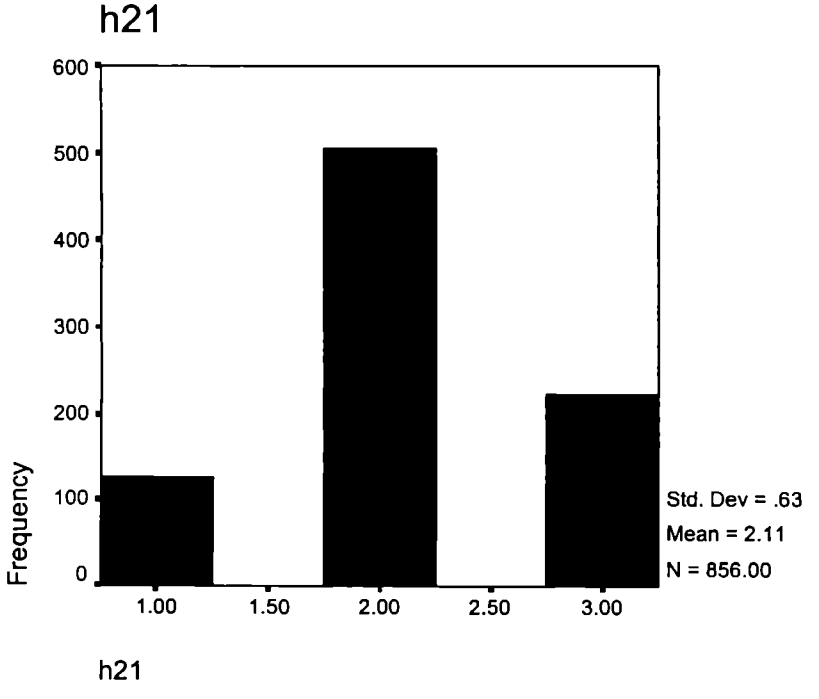
- **Εμφάνιση Γευμάτων**

Statistics
h21

N	Valid	856
	Missing	0

h21

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	128	15.0	15.0	15.0
	2	506	59.1	59.1	74.1
	3	222	25.9	25.9	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



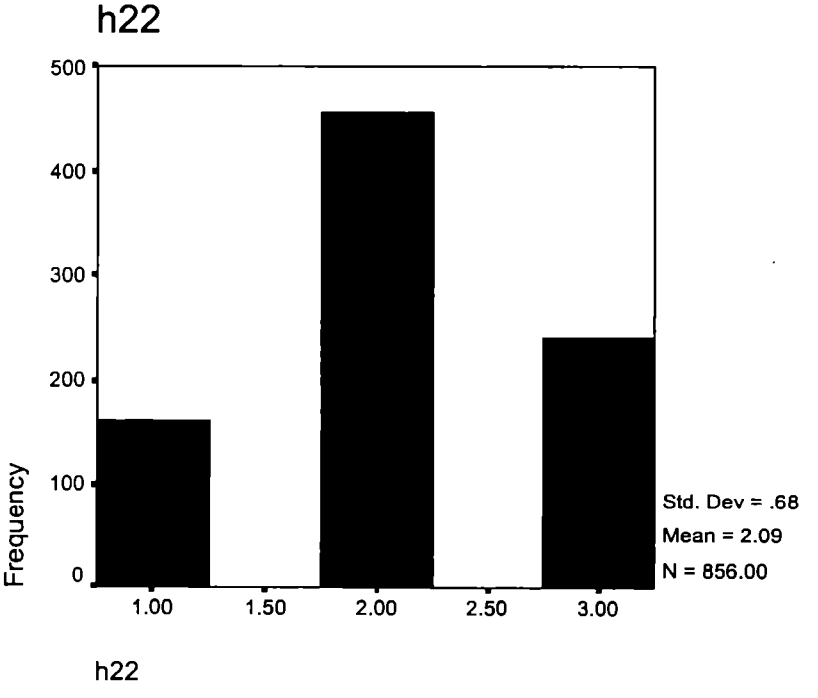
- **Η.2.2 Θερμοκρασία Γευμάτων**

Statistics
h22

N	Valid	856
	Missing	0

h22

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	161	18.8	18.8	18.8
	2	455	53.2	53.2	72.0
	3	240	28.0	28.0	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



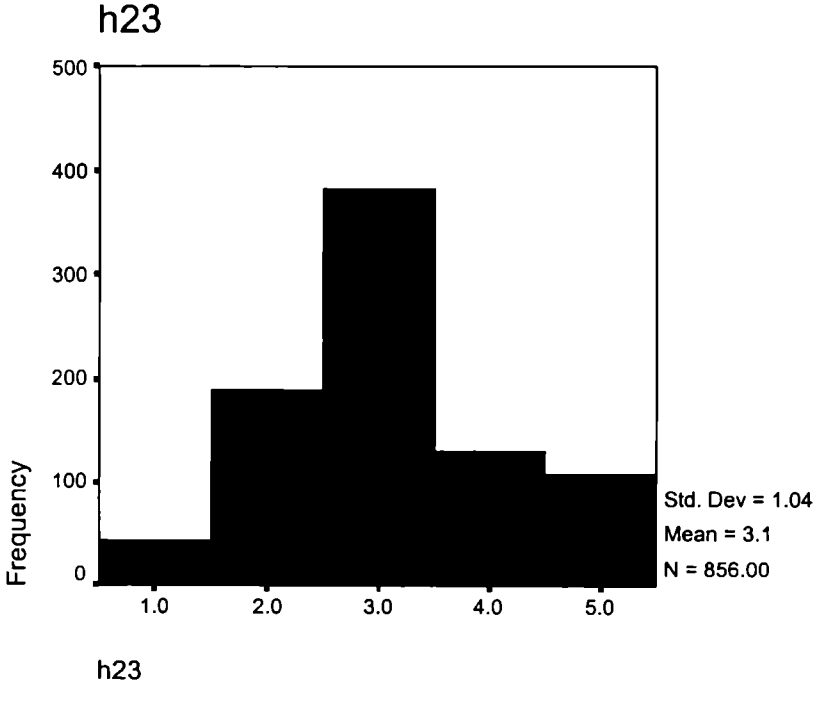
- **Η.2.3 Γεύση**

Statistics
h23

N	Valid	856
	Missing	0

h23

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	45	5.3	5.3	5.3
	2	190	22.2	22.2	27.5
	3	383	44.7	44.7	72.2
	4	130	15.2	15.2	87.4
	5	108	12.6	12.6	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



- **Η.3 Γενική εικόνα ικανοποίησης από την ποιότητα των Γευμάτων**

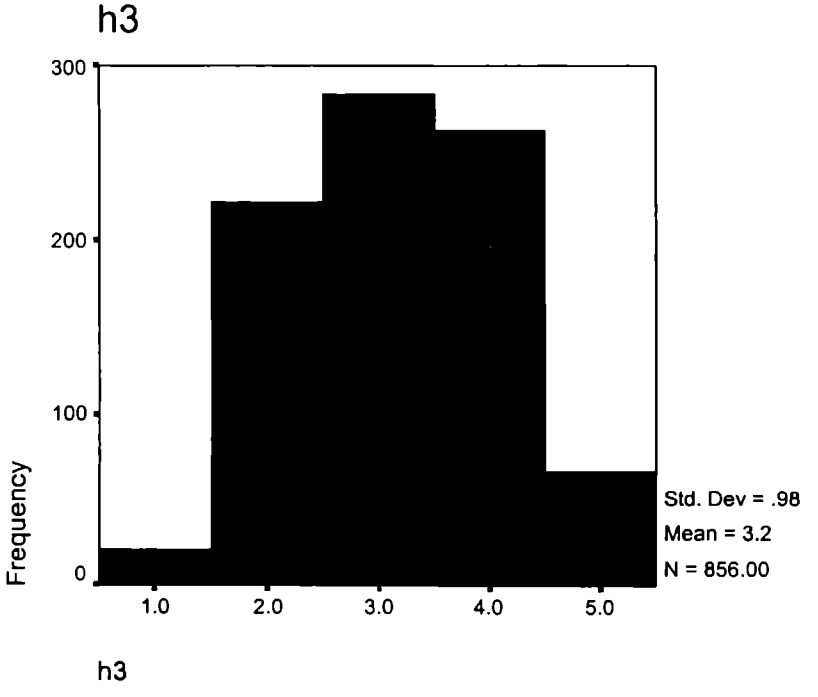
Statistics

h3

N	Valid	856
	Missing	0

h3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	21	2.5	2.5	2.5
	2	222	25.9	25.9	28.4
	3	284	33.2	33.2	61.6
	4	263	30.7	30.7	92.3
	5	66	7.7	7.7	100.0
	Total	856	100.0	100.0	



- **Θ.1 Γενική Εικόνα Ικανοποίησης από την Παραμονή**

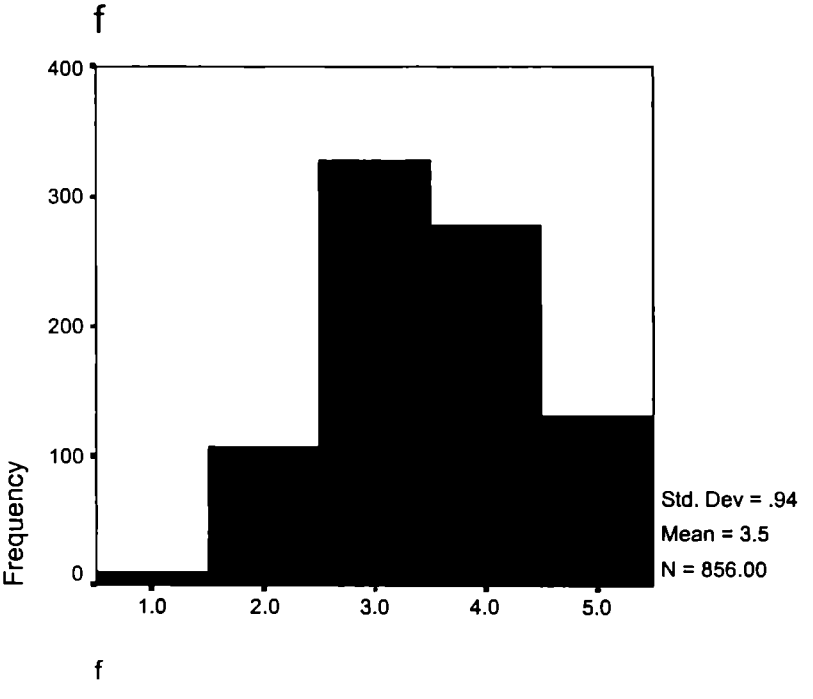
Statistics

f

N	Valid	856
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	1.2	1.2	1.2
	2	107	12.5	12.5	13.7
	3	328	38.3	38.3	52.0
	4	278	32.5	32.5	84.5
	5	133	15.5	15.5	100.0
	Total	856	100.0	100.0	

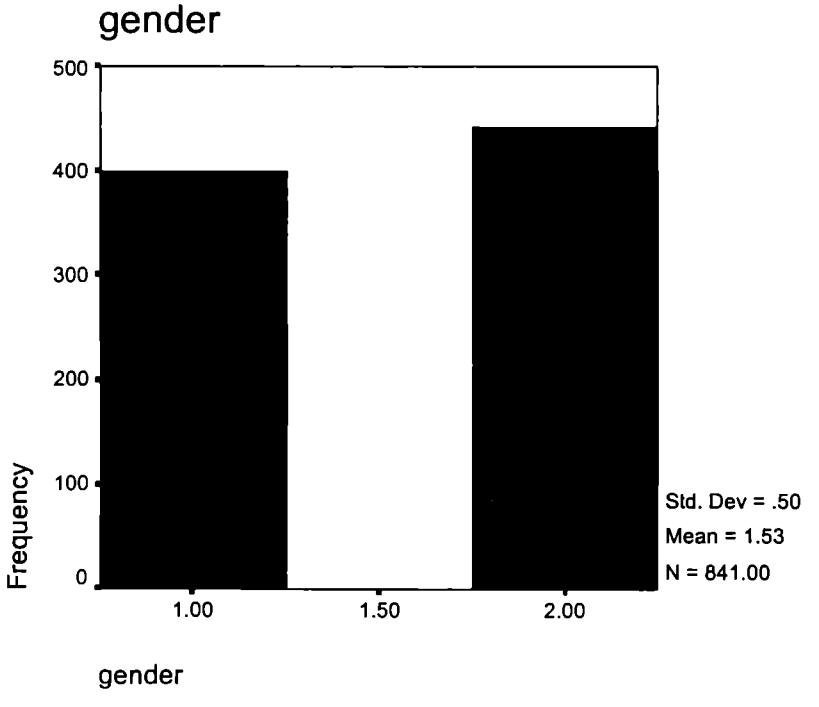


- Προφίλ Δείγματος

1. Φύλο

gender

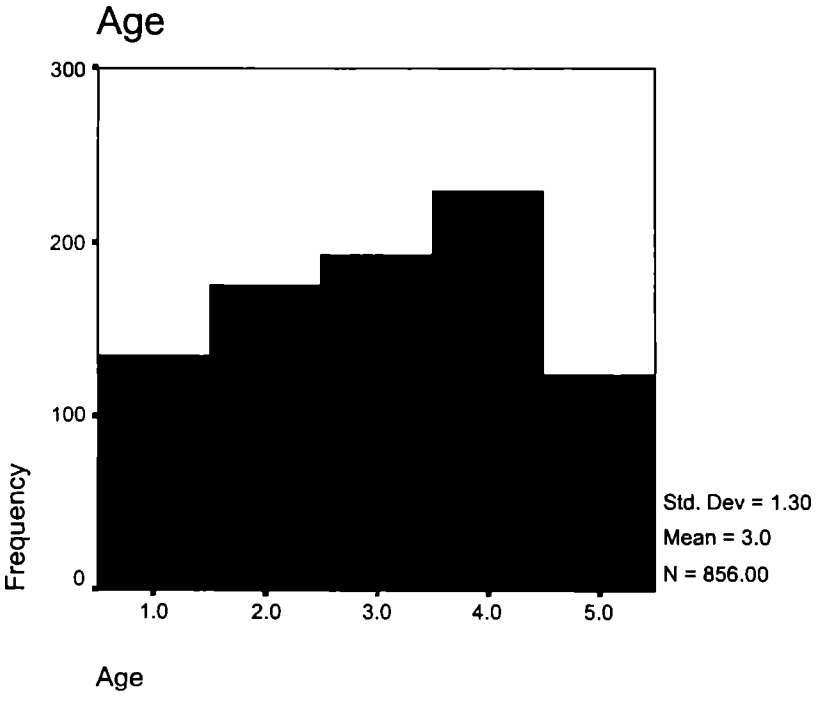
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Male	399	46.6	47.4	47.4
	Female	442	51.6	52.6	100.0
	Total	841	98.2	100.0	
Missing	System	15	1.8		
Total		856	100.0		



2. Ηλικία

Age

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16-22	135	15.8	15.8	15.8
	23-32	175	20.4	20.4	36.2
	33-44	193	22.5	22.5	58.8
	45-65	229	26.8	26.8	85.5
	65+	124	14.5	14.5	100.0
	Total	856	100.0	100.0	

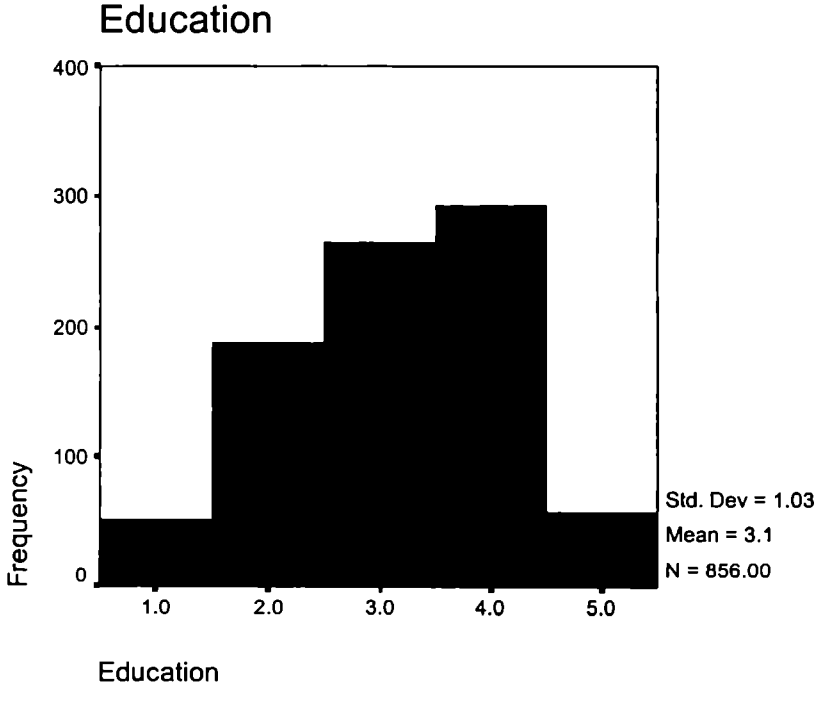


3. Επίπεδο μόρφωσης Α.2

Education

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	52	6.1	6.1	6.1
	2	188	22.0	22.0	28.0
	3	265	31.0	31.0	59.0
	4	293	34.2	34.2	93.2
	5	58	6.8	6.8	100.0
	Total	856	100.0	100.0	

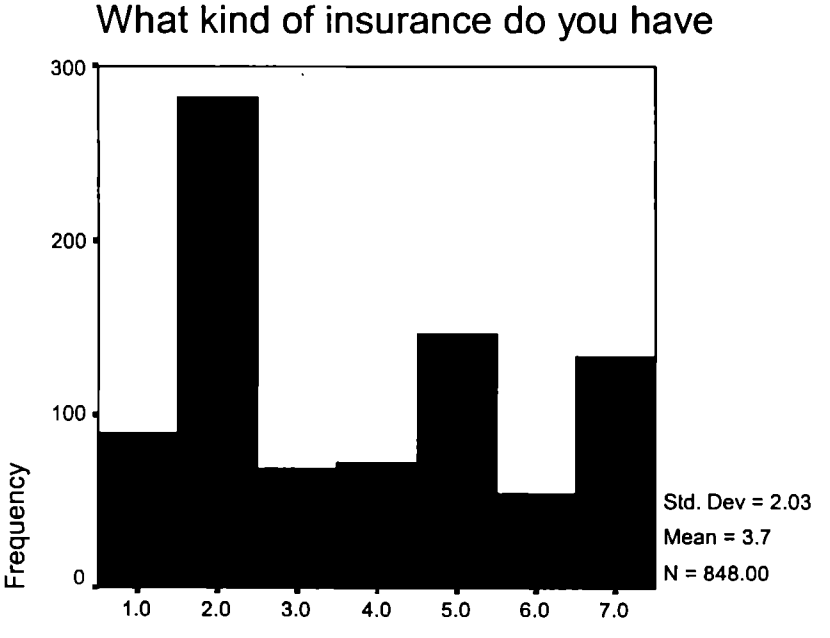
1: Βασική εκπαίδευση
2: Μέση Εκπαίδευση
3: Ανωτάτη
4: Δεν απαντώ



4. Είδος Ασφάλειας Α.5

What kind of insurance do you have

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Public	89	10.4	10.5	10.5
	IKA	282	32.9	33.3	43.8
	OGA	69	8.1	8.1	51.9
	Private	73	8.5	8.6	60.5
	TEBE	147	17.2	17.3	77.8
	other	55	6.4	6.5	84.3
	Do not answer	133	15.5	15.7	100.0
	Total	848	99.1	100.0	
Missing	System	8	.9		
Total		856	100.0		

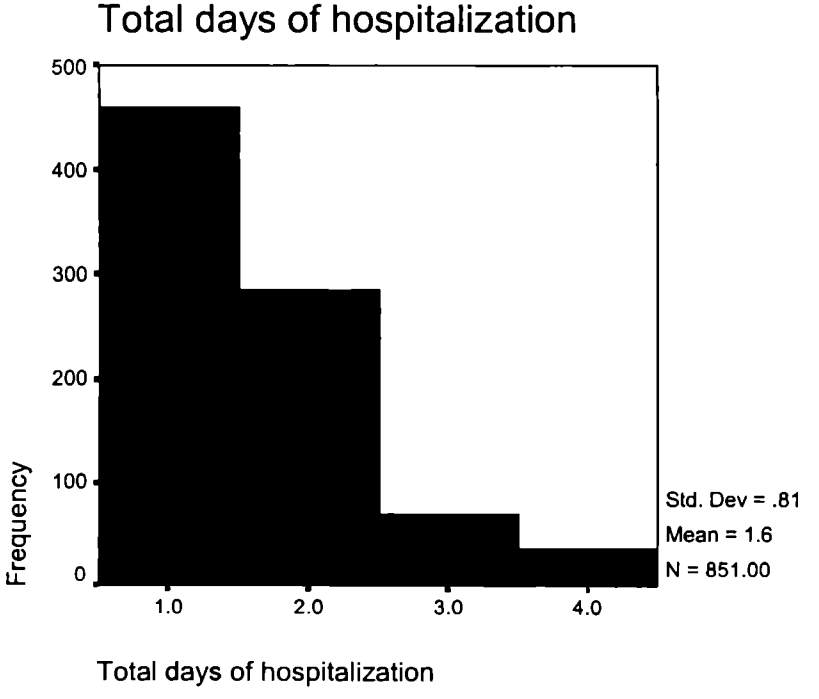


- **Κατάσταση Νοσηλείας**

1. Συνολικές ημέρες νοσηλείας

Total days of hospitalization

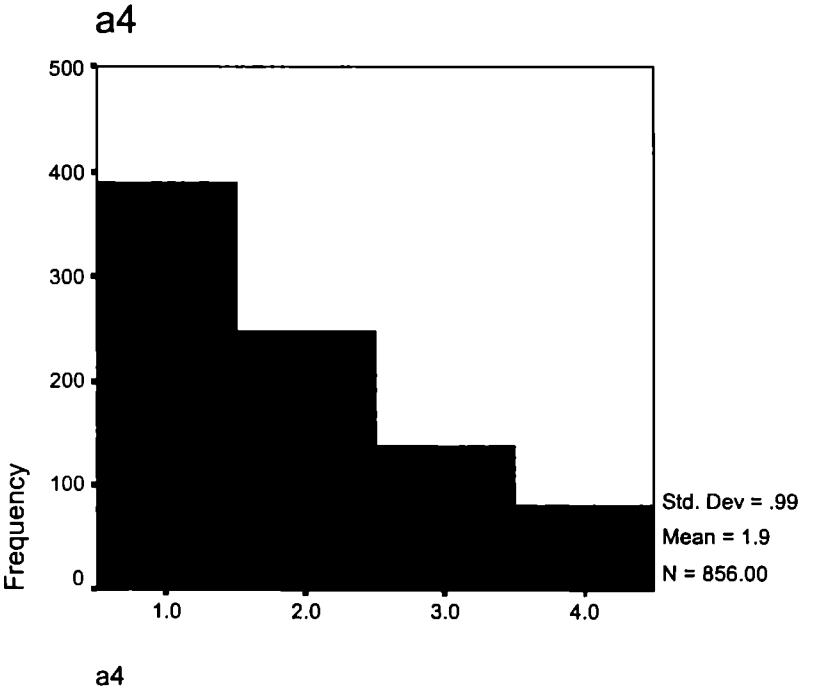
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	less than 5	460	53.7	54.1	54.1
	5-10	285	33.3	33.5	87.5
	11-21	69	8.1	8.1	95.7
	more than 21	37	4.3	4.3	100.0
	Total	851	99.4	100.0	
Missing	System	5	.6		
Total		856	100.0		



2. Αριθμός νοσηλειών τα τελευταία πέντε χρόνια

a4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	never	389	45.4	45.4	45.4
	once	249	29.1	29.1	74.5
	2 times	138	16.1	16.1	90.7
	more than 2 times	80	9.3	9.3	100.0
	Total	856	100.0	100.0	

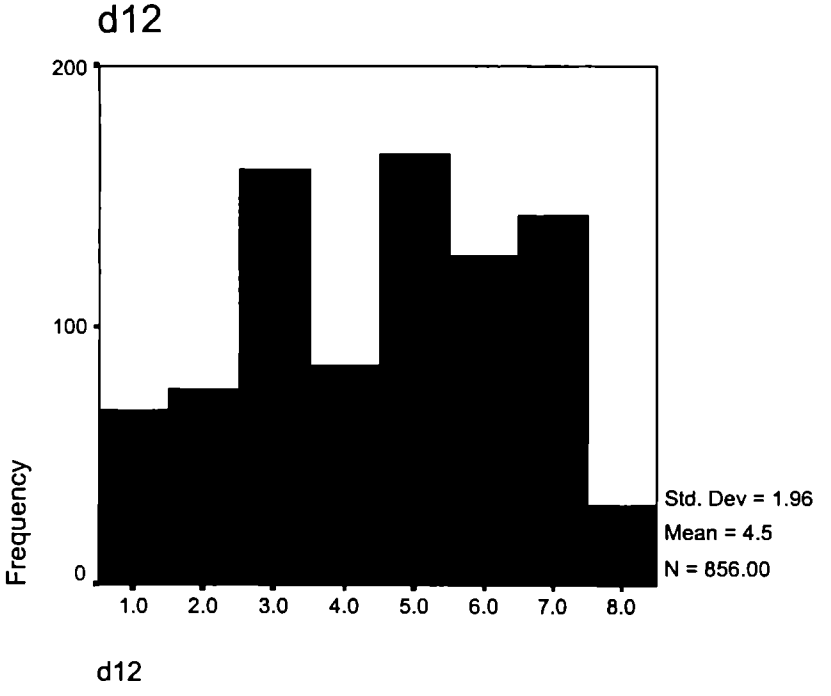


- **Στάση ασθενών για τους Έλληνες Ιατρούς**

d12

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	68	7.9	7.9	7.9
	2	76	8.9	8.9	16.8
	3	160	18.7	18.7	35.5
	4	85	9.9	9.9	45.4
	5	166	19.4	19.4	64.8
	6	127	14.8	14.8	79.7
	7	143	16.7	16.7	96.4
	8	31	3.6	3.6	100.0
	Total	856	100.0	100.0	

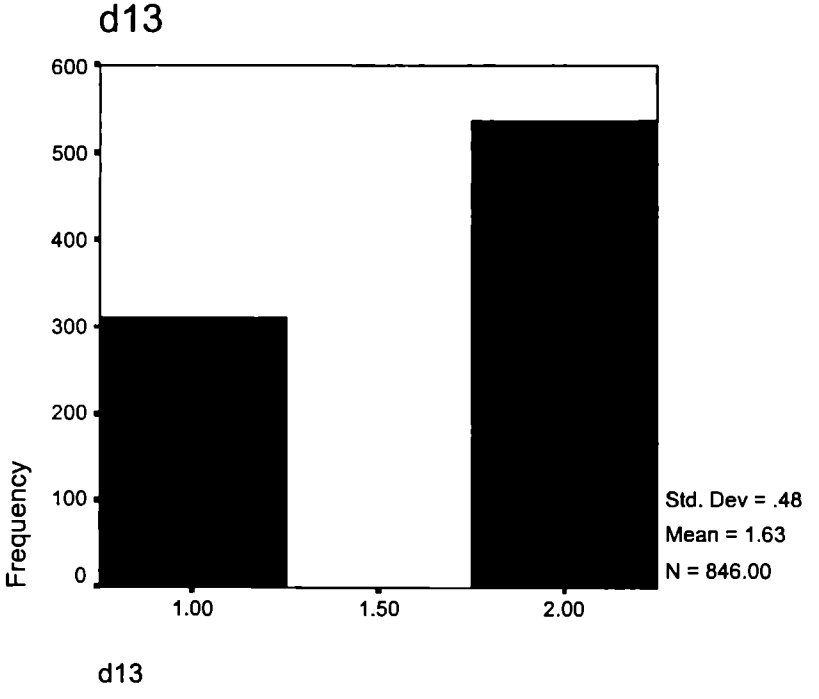
1: Ενδιαφέρονται για την μέριμνα και την φροντίδα του αρώστου
2: Ενδιαφέρονται για την εξέλιξη της επιστήμης με απώτερο σκοπό την απάλειψη του ανθρώπινου πόνου
3: Ενδιαφέρονται για την προσωπική τους προβολή
4: Ενδιαφέρονται για την προσωπική τους προβολή
5: Ενδιαφέρονται μόνο για την απόκτηση χρημάτων
6: Τίποτα από τα παραπάνω
7: Δεν απαντώ
8: Άλλο



- **Πληροφορίες για επιστημονική κατάρτιση Ιατρών Δ.1.3**

d13

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Yes	310	36.2	36.6	36.6
	No	536	62.6	63.4	100.0
	Total	846	98.8	100.0	
Missing	System	10	1.2		
Total		856	100.0		

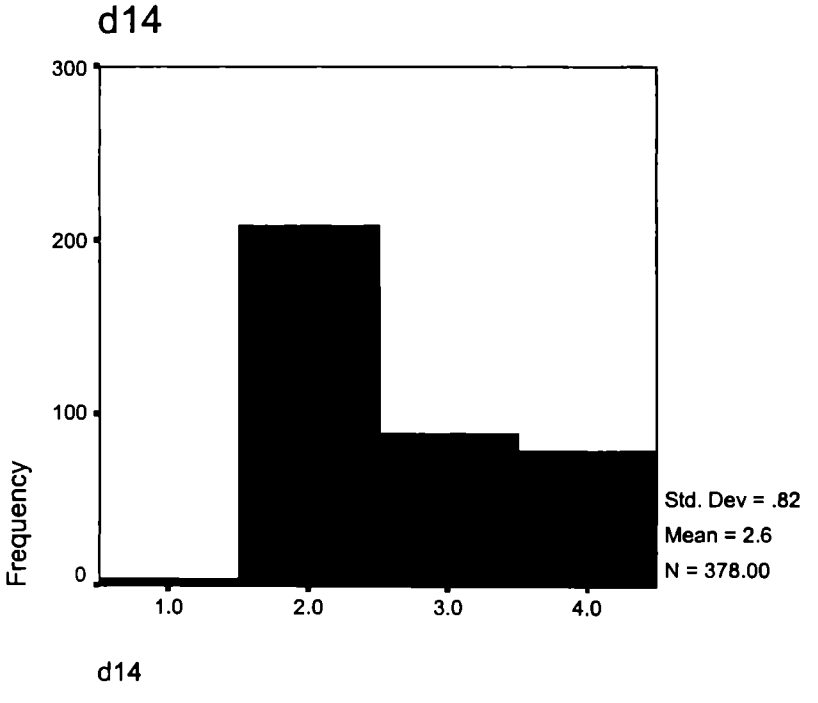


- Πηγή Πληροφόρησης Δ.1.4

d14

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	4	.5	1.1	1.1
	2	208	24.3	55.0	56.1
	3	88	10.3	23.3	79.4
	4	78	9.1	20.6	100.0
	Total	378	44.2	100.0	
Missing	System	478	55.8		
Total		856	100.0		

1: Από εσωτερικά έγγραφα του Νοσοκομείου
2: Από συγγενικό Πρόσωπο
3: Από άλλο ασθενή που νοσηλεύονταν την ίδια περίοδο
4: Από το νοσηλευτικό προσωπικό



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3
ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Δ.5.1
[Αποτελέσματα X^2, t-Test και κατανομή συχνοτήτων για όλους τους παράγοντες]

Παράρτημα D51

- (1)

T-Test

Group Statistics

	b3	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	236	3.27	1.03	6.72E-02
	< 3	620	2.58	1.05	4.24E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	2.445	.118	8.518	854	.000	.68	8.02E-02	.53	.84
	Equal variances not assumed			8.602	433.118	.000	.68	7.94E-02	.53	.84

- B3>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
1	19	32.3	-13.3
2	21	61.8	-40.8
3	98	84.3	13.7
4	74	42.7	31.3
5	24	14.9	9.1
Total	236		

Test Statistics

	d51
Chi-Square	63.225
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 14.9.

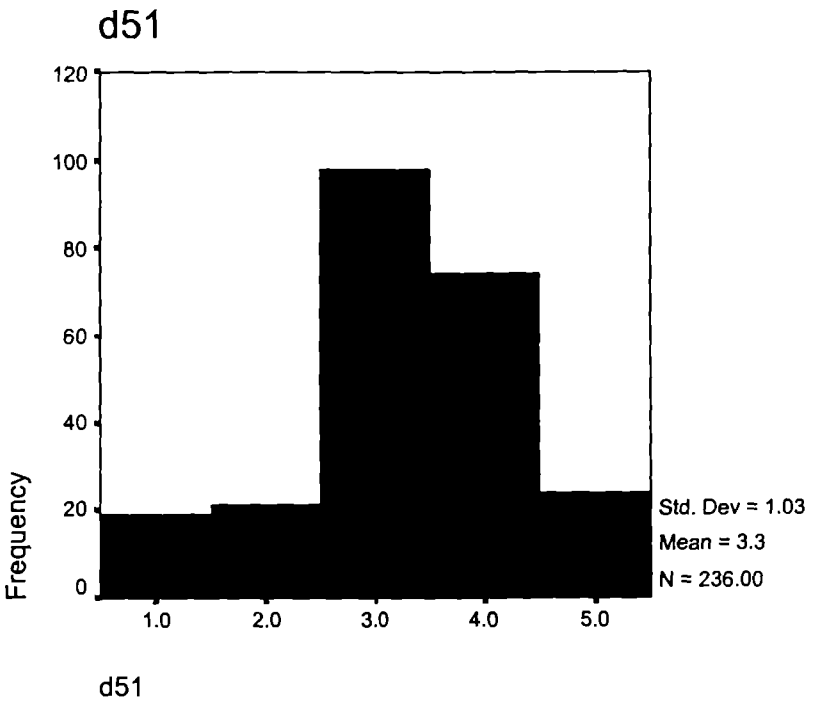
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	236
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	19	8.1	8.1	8.1
	2	21	8.9	8.9	16.9
	3	98	41.5	41.5	58.5
	4	74	31.4	31.4	89.8
	5	24	10.2	10.2	100.0
	Total	236	100.0	100.0	


d51
120
100
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
d51
Std. Dev = 1.03
Mean = 3.3
N = 236.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- B3<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
1	98	84.9	13.1
2	203	162.4	40.6
3	208	221.3	-13.3
4	81	112.2	-31.2
5	30	39.1	-9.1
Total	620		

Test Statistics

	d51
Chi-	23.727

Square	
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 39.1.

Frequencies

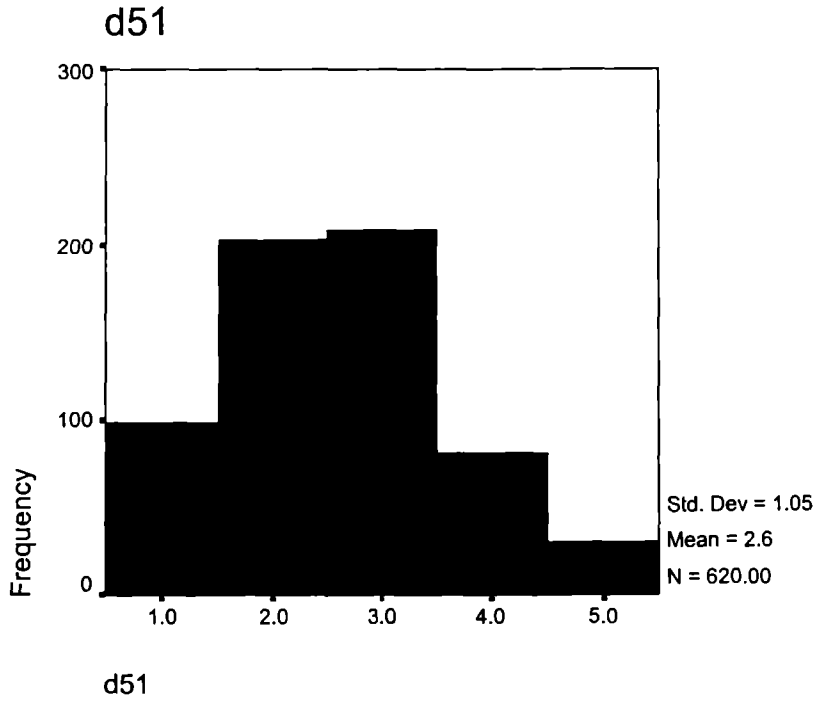
Statistics

d51

N	Valid	620
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	98	15.8	15.8	15.8
	2	203	32.7	32.7	48.5
	3	208	33.5	33.5	82.1
	4	81	13.1	13.1	95.2
	5	30	4.8	4.8	100.0
	Total	620	100.0	100.0	


d51
300
200
100
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
d51
Std. Dev = 1.05
Mean = 2.6
N = 620.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (2)

T-Test

Group Statistics

	d33	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	162	3.49	.90	7.07E-02
	< 3	66	2.76	1.20	.15

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	7.080	.008	5.015	226	.000	.73	.15	.44	1.02
	Equal variances not assumed			4.448	96.006	.000	.73	.16	.40	1.06

- d33>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
1	7	13.1	-6.1
2	7	14.4	-7.4
3	65	67.2	-2.2
4	66	50.8	15.2
5	17	16.5	.5
Total	162		

Test Statistics

	d51
Chi-Square	11.273
df	4
Asymp. Sig.	.024

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13.1.

Frequencies

Statistics

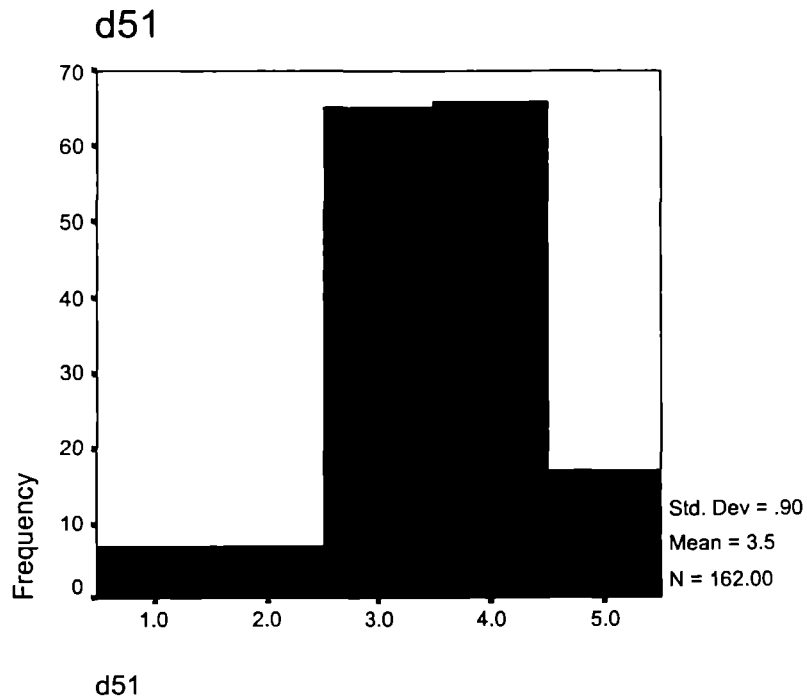
d51

N	Valid	162
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	4.3	4.3	4.3
	2	7	4.3	4.3	8.6
	3	65	40.1	40.1	48.8
	4	66	40.7	40.7	89.5
	5	17	10.5	10.5	100.0
	Total	162	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
70
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
d51
Std. Dev = .90
Mean = 3.5
N = 162.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- d33<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
1	12	5.3	6.7
2	14	5.9	8.1
3	25	27.4	-2.4
4	8	20.7	-12.7
5	7	6.7	.3
Total	66		

Test Statistics

	d51
Chi-Square	27.582
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 5.3.

Frequencies

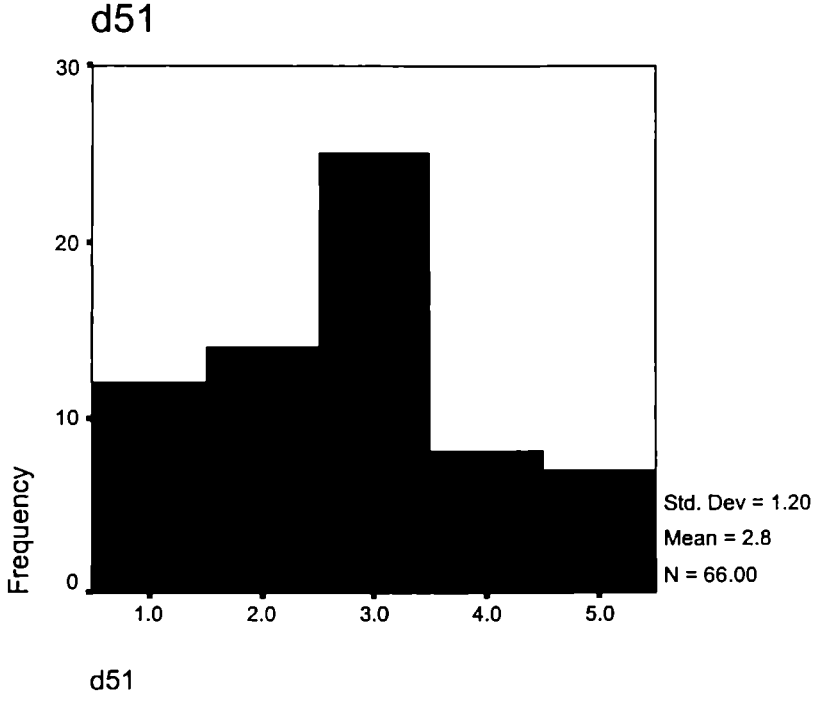
Statistics
d51

N	Valid	66
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	12	18.2	18.2	18.2
	2	14	21.2	21.2	39.4
	3	25	37.9	37.9	77.3
	4	8	12.1	12.1	89.4
	5	7	10.6	10.6	100.0
	Total	66	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
30
20
10
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
d51
Std. Dev = 1.20
Mean = 2.8
N = 66.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (3)

T-Test

Group Statistics

	d33	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	442	2.91	1.00	4.77E-02
	< 3	178	1.77	.67	5.03E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	13.721	.000	13.984	618	.000	1.14	8.17E-02	.98	1.30

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

	Equal variances not assumed			16.484	482.492	.000	1.14	6.93E-02	1.01	1.28

- d33>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
1	33	69.9	-36.9
2	114	144.7	-30.7
3	184	148.2	35.8
4	81	58.0	23.0
5	30	21.2	8.8
Total	442		

Test Statistics

	d51
Chi-Square	47.402
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 21.2.

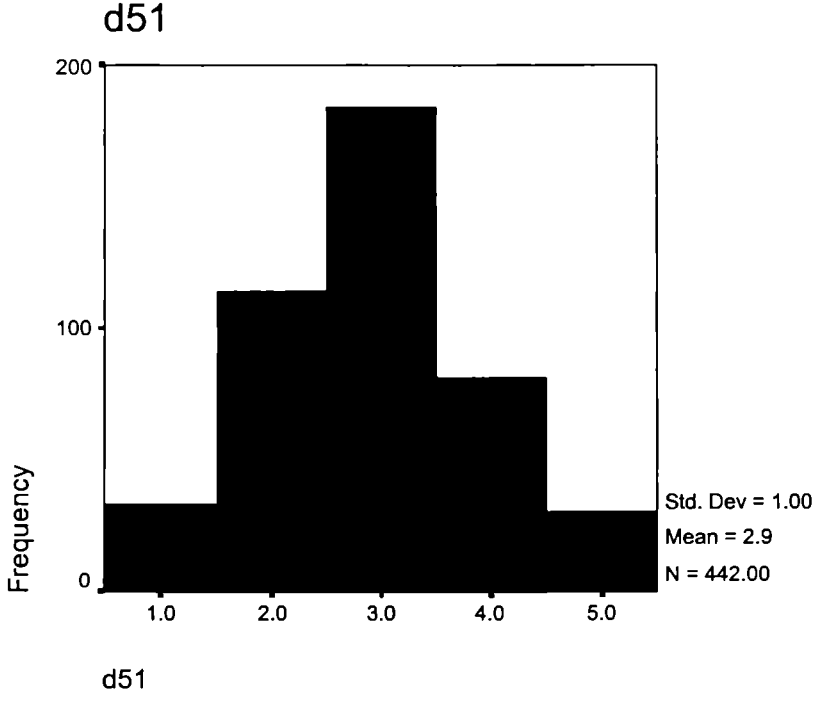
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	442
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	33	7.5	7.5	7.5
	2	114	25.8	25.8	33.3
	3	184	41.6	41.6	74.9
	4	81	18.3	18.3	93.2
	5	30	6.8	6.8	100.0
	Total	442	100.0	100.0	


d51
200
100
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
d51
Std. Dev = 1.00
Mean = 2.9
N = 442.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- d33<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
1	65
2	89
3	24
Total	178

a 3 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

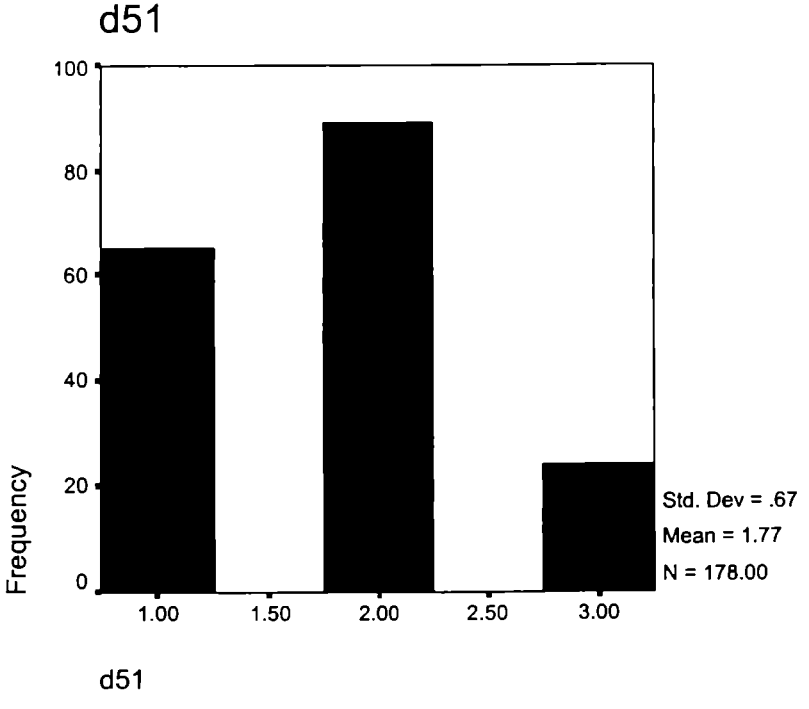
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	178
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	65	36.5	36.5	36.5
	2	89	50.0	50.0	86.5
	3	24	13.5	13.5	100.0
	Total	178	100.0	100.0	


d51
100
80
60
40
20
0
Frequency
1.00
1.50
2.00
2.50
3.00
d51
Std. Dev = .67
Mean = 1.77
N = 178.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (4)

T-Test

Group Statistics

	d11	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 2	60	4.00	.76	9.80E-02
	< 2	79	2.95	.81	9.17E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

									Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	.287	.593	7.753	137	.000	1.05	.14	.78	1.32
	Equal variances *not* assumed			7.829	131.359	.000	1.05	.13	.79	1.32

- d11>=2

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
3	17
4	26
5	17
Total	60

a 3 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics
d51

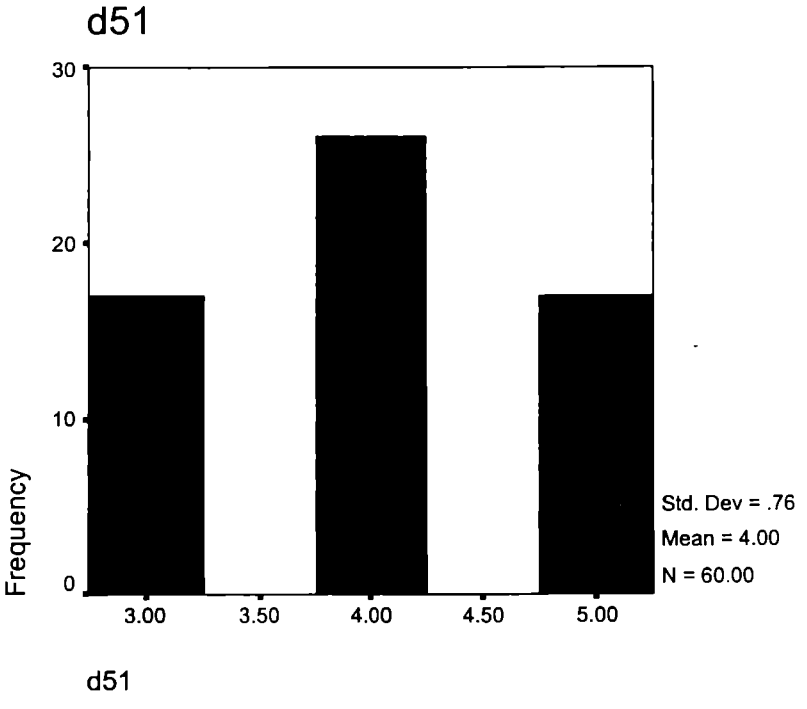
N	Valid	60
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	17	28.3	28.3	28.3
	4	26	43.3	43.3	71.7
	5	17	28.3	28.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
4.50
5.00
d51
Std. Dev = .76
Mean = 4.00
N = 60.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- d11<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
1	7
2	7
3	48
4	17
Total	79

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified. .

Frequencies

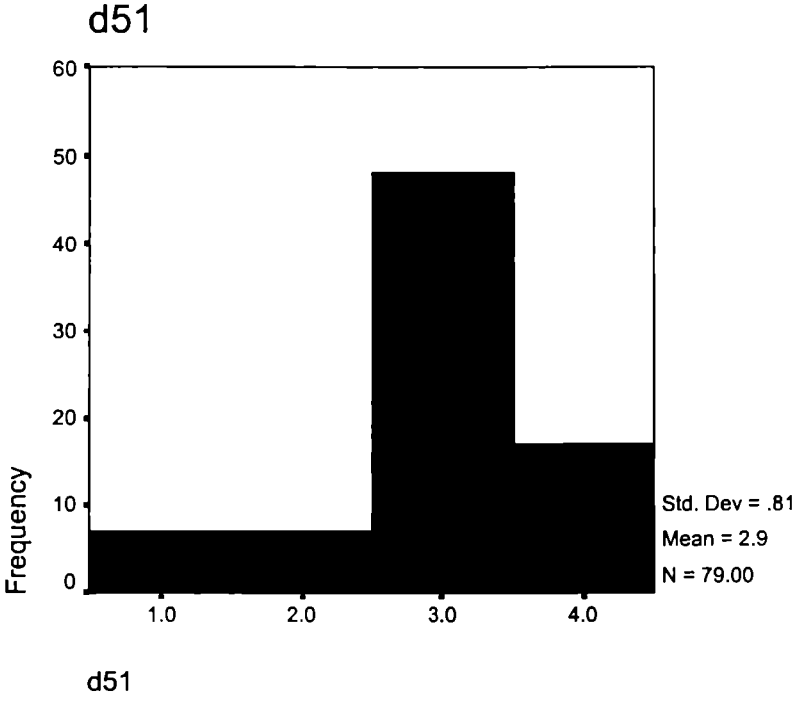
Statistics
d51

N	Valid	79
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	8.9	8.9	8.9
	2	7	8.9	8.9	17.7
	3	48	60.8	60.8	78.5
	4	17	21.5	21.5	100.0
	Total	79	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
Std. Dev = .81
Mean = 2.9
N = 79.00
1.0
2.0
3.0
4.0
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (5)

T-Test

Group Statistics

	d41	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	23	3.35	.49	.10
	< 3	36	1.94	.79	.13

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	3.057	.086	7.624	57	.000	1.40	.18	1.03	1.77
	Equal			8.435	56.956	.000	1.40	.17	1.07	1.74

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

	variances not assumed									

- d41>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
3	25
4	8
5	7
Total	40

a 3 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

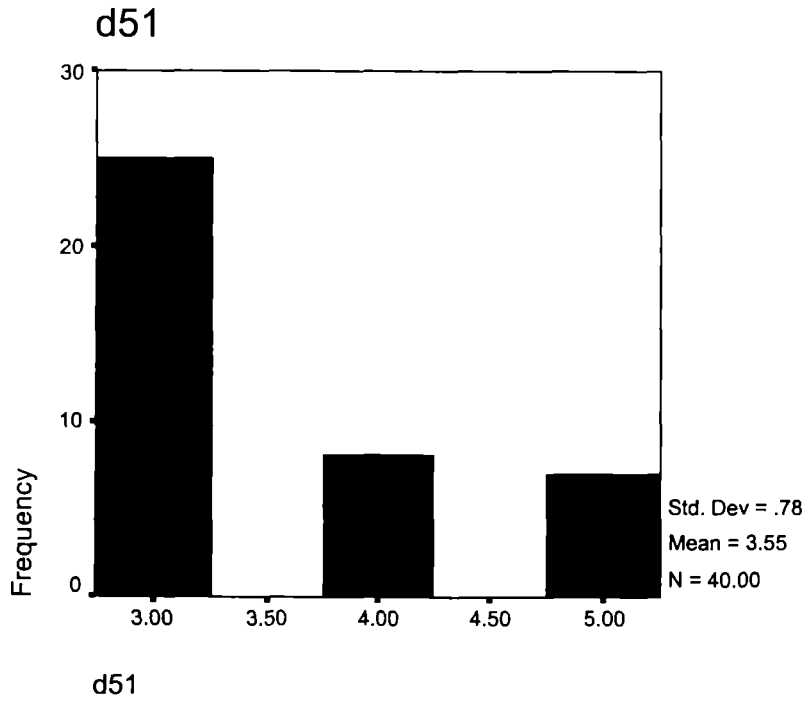
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	40
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	25	62.5	62.5	62.5
	4	8	20.0	20.0	82.5
	5	7	17.5	17.5	100.0
	Total	40	100.0	100.0	


d51
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
4.50
5.00
d51
Std. Dev = .78
Mean = 3.55
N = 40.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- d41<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
1	12
2	14
Total	26

a 2 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

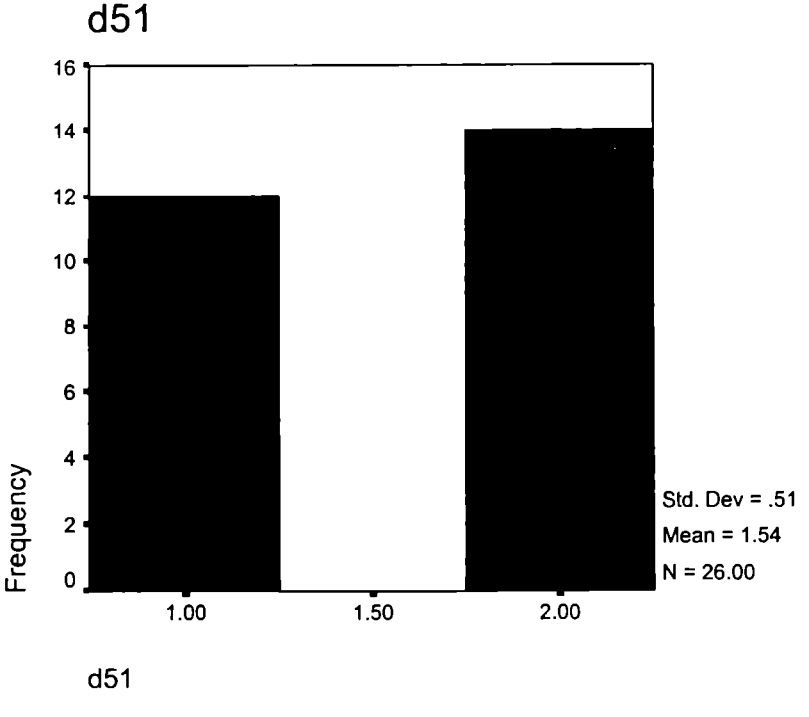
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	26
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	12	46.2	46.2	46.2
	2	14	53.8	53.8	100.0
	Total	26	100.0	100.0	


d51
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
Std. Dev = .51
Mean = 1.54
N = 26.00
1.00
1.50
2.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- **(6)**

T-Test

Group Statistics

	d12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	382	3.02	.98	5.03E-02
	< 3	60	2.22	.85	.11

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

									Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	.127	.721	6.000	440	.000	.80	.13	.54	1.07
	Equal variances not assumed			6.692	86.081	.000	.80	.12	.57	1.04

- **d12>=3**

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
3	184
4	81
5	30
Total	295

a 3 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics
d51

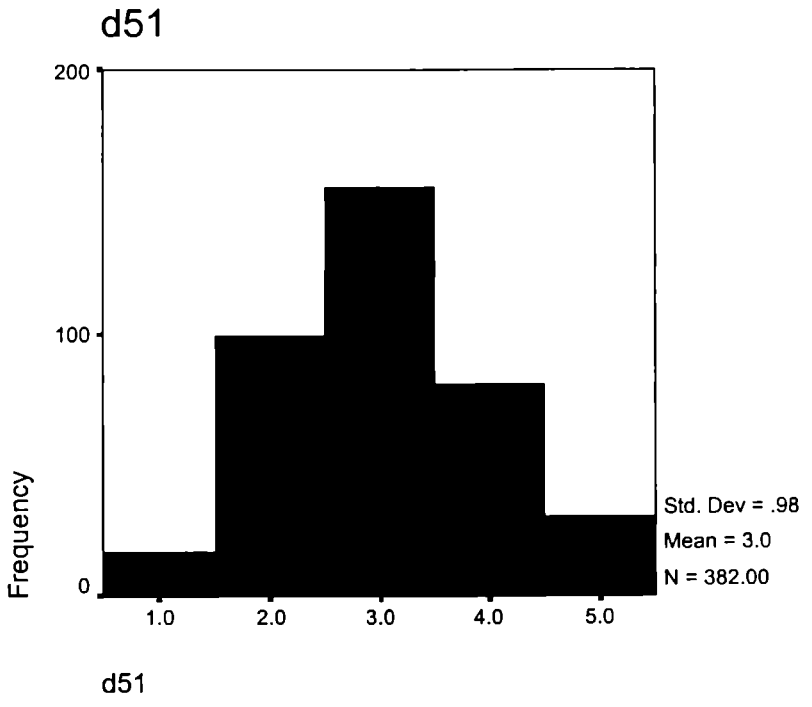
N	Valid	382
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	17	4.5	4.5	4.5
	2	99	25.9	25.9	30.4
	3	155	40.6	40.6	70.9
	4	81	21.2	21.2	92.1
	5	30	7.9	7.9	100.0
	Total	382	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
200
100
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
d51
Std. Dev = .98
Mean = 3.0
N = 382.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- **d12<3**

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
1	33
2	114
Total	147

a 2 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

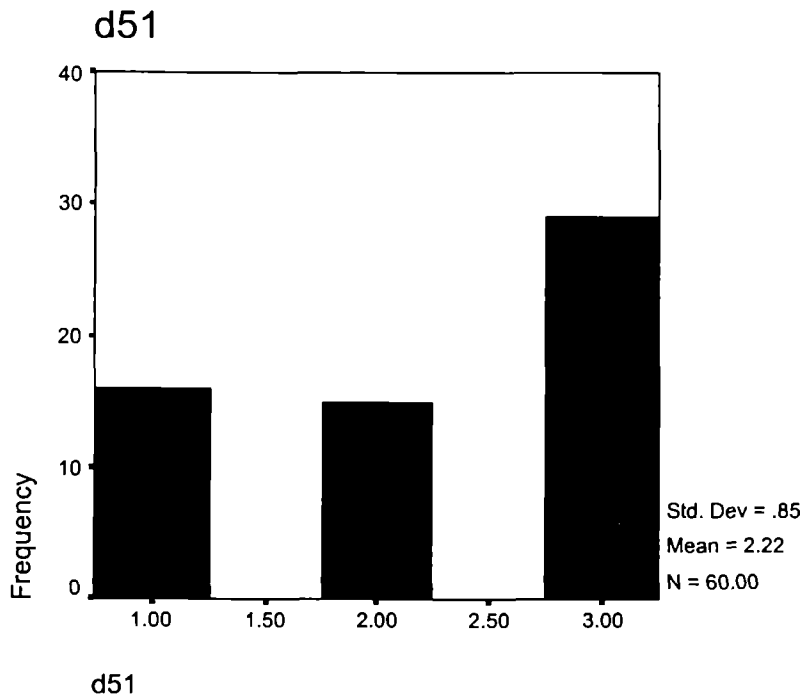
Statistics
d51

N	Valid	60
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	16	26.7	26.7	26.7
	2	15	25.0	25.0	51.7
	3	29	48.3	48.3	100.0
	Total	60	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
40
30
20
10
0
Frequency
1.00
1.50
2.00
2.50
3.00
d51
Std. Dev = .85
Mean = 2.22
N = 60.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (7)

T-Test

Group Statistics

	b1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	37	3.54	.51	8.31E-02
	< 3	23	4.74	.45	9.36E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	9.444	.003	-9.314	58	.000	-1.20	.13	-1.46	-.94
	Equal variances not assumed			-9.577	50.967	.000	-1.20	.13	-1.45	-.95

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- b1>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
3	17
4	20
Total	37

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

Frequencies

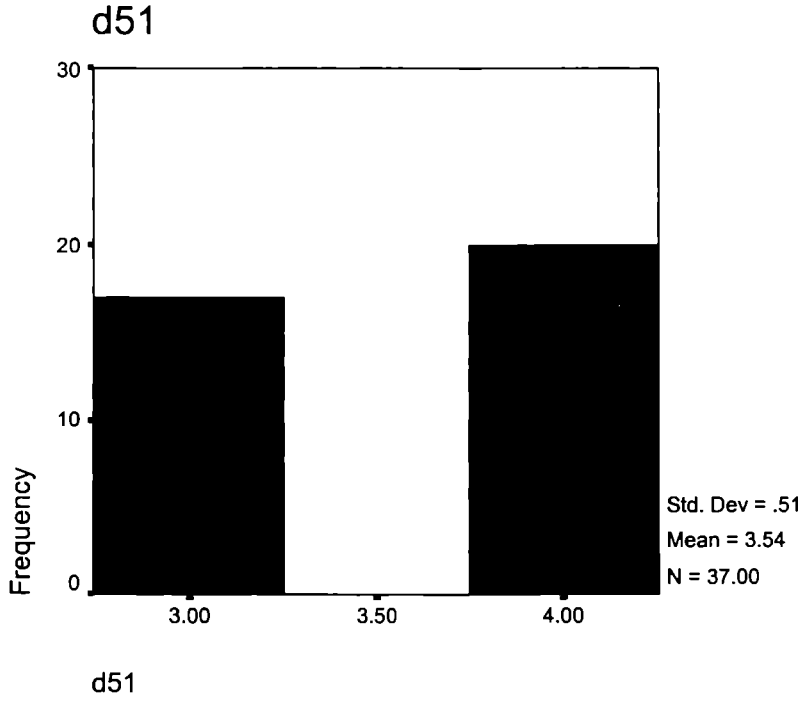
Statistics
d51

N	Valid	37
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	17	45.9	45.9	45.9
	4	20	54.1	54.1	100.0
	Total	37	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
d51
Std. Dev = .51
Mean = 3.54
N = 37.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- b1<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
4	6
5	17
Total	23

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

Frequencies

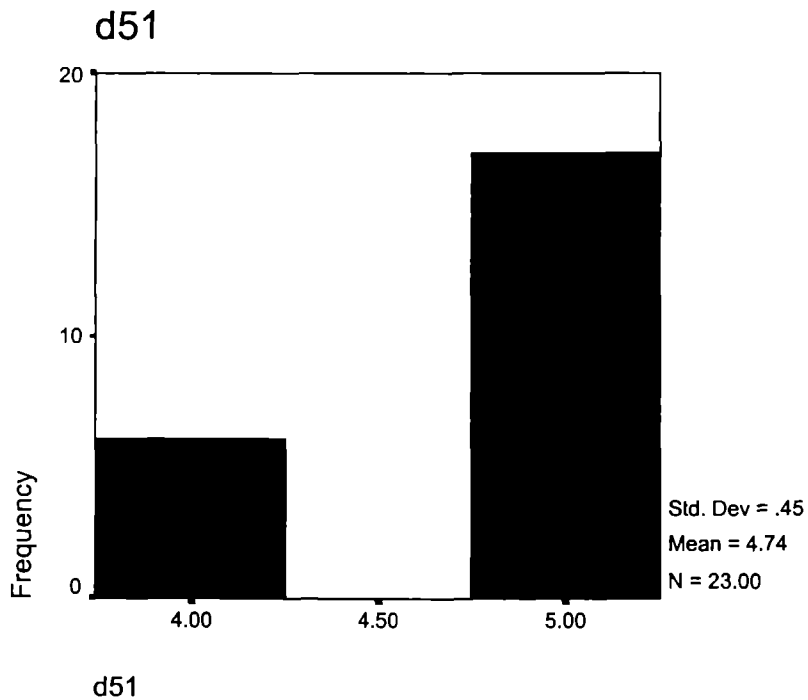
Statistics
d51

N	Valid	23
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	6	26.1	26.1	26.1
	5	17	73.9	73.9	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- **(8)**

T-Test

Group Statistics

	b1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	55	2.75	.84	.11
	< 3	24	3.42	.50	.10

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances	1.708	.195	-3.618	77	.001	-.67	.19	-1.04	-.30

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

	assumed									
	Equal variances not assumed			-4.378	69.459	.000	-.67	.15	-.98	-.37

- b1>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
1	7	4.9	2.1
2	7	4.9	2.1
3	34	33.4	.6
4	7	11.8	-4.8
Total	55		

Test Statistics

	d51
Chi-Square	3.792
df	3

Asymp. Sig.	.285

a 2 cells (50.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 4.9.

Frequencies

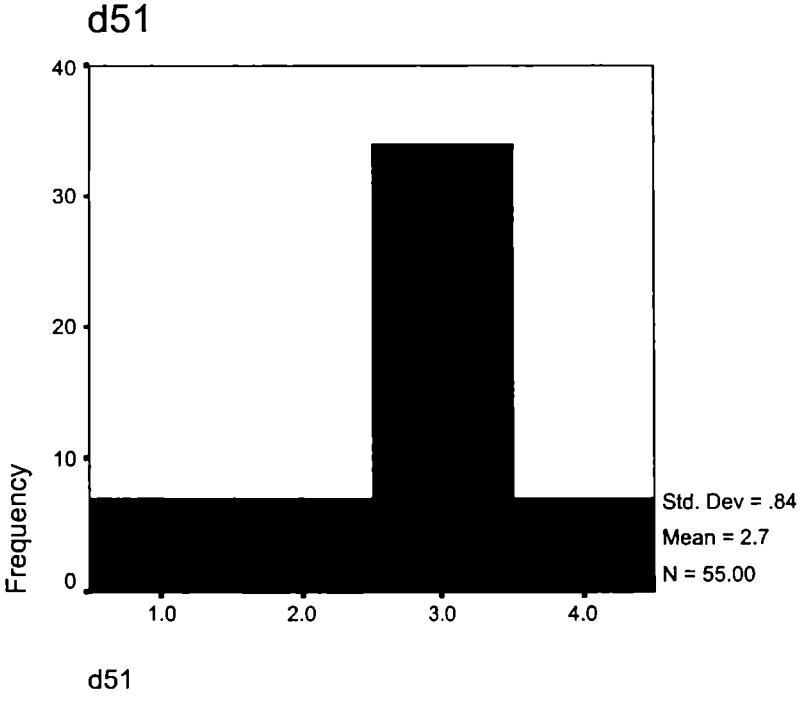
Statistics

d51

N	Valid	55
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	7	12.7	12.7	12.7
	2	7	12.7	12.7	25.5
	3	34	61.8	61.8	87.3
	4	7	12.7	12.7	100.0
	Total	55	100.0	100.0	


d51
40
30
20
10
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
d51
Std. Dev = .84
Mean = 2.7
N = 55.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- b1<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
3	14
4	10
Total	24

a 2 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics
d51

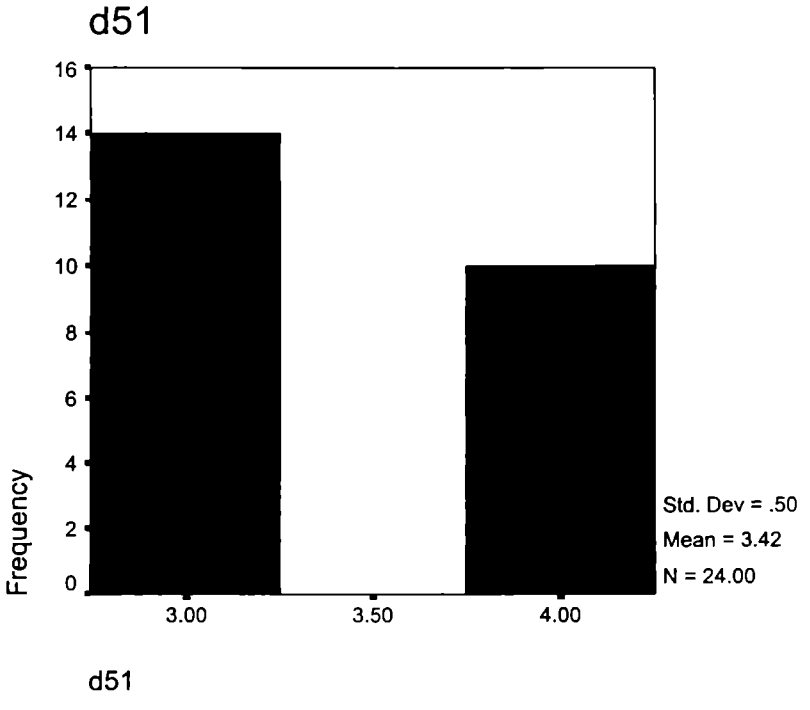
N	Valid	24
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	14	58.3	58.3	58.3
	4	10	41.7	41.7	100.0
	Total	24	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
Std. Dev = .50
Mean = 3.42
N = 24.00
3.00
3.50
4.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- **(9)**

T-Test

Group Statistics

	d21	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	229	3.41	.87	5.73E-02
	< 3	153	2.43	.84	6.80E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	.164	.686	10.990	380	.000	.98	8.95E-02	.81	1.16
	Equal variances not			11.058	332.783	.000	.98	8.89E-02	.81	1.16

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

	assumed									

- d21>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
2	28
3	108
4	63
5	30
Total	229

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

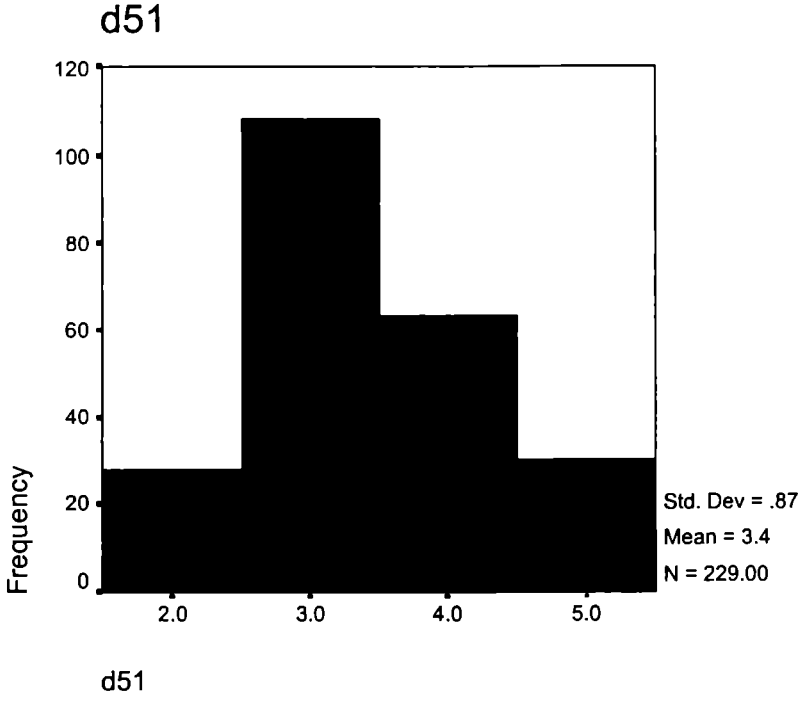
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	229
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	28	12.2	12.2	12.2
	3	108	47.2	47.2	59.4
	4	63	27.5	27.5	86.9
	5	30	13.1	13.1	100.0
	Total	229	100.0	100.0	


d51
120
100
80
60
40
20
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .87
Mean = 3.4
N = 229.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- d21<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
1	17
2	71
3	47
4	18
Total	153

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

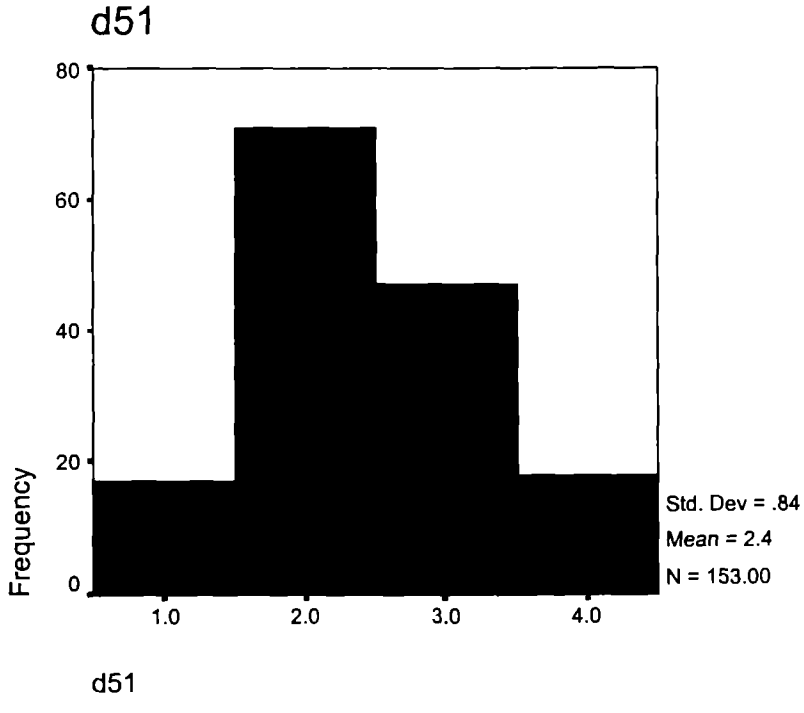
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	153
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	17	11.1	11.1	11.1
	2	71	46.4	46.4	57.5
	3	47	30.7	30.7	88.2
	4	18	11.8	11.8	100.0
	Total	153	100.0	100.0	


d51
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
d51
Std. Dev = .84
Mean = 2.4
N = 153.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (10)

T-Test

Group Statistics

	d21	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	68	2.21	.41	4.94E-02
	< 3	105	1.52	.67	6.50E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

									Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	41.970	.000	7.569	171	.000	.68	9.01E-02	.50	.86
	Equal variances not assumed			8.351	170.517	.000	.68	8.17E-02	.52	.84

- d21>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
2	54
3	14
Total	68

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics
d51

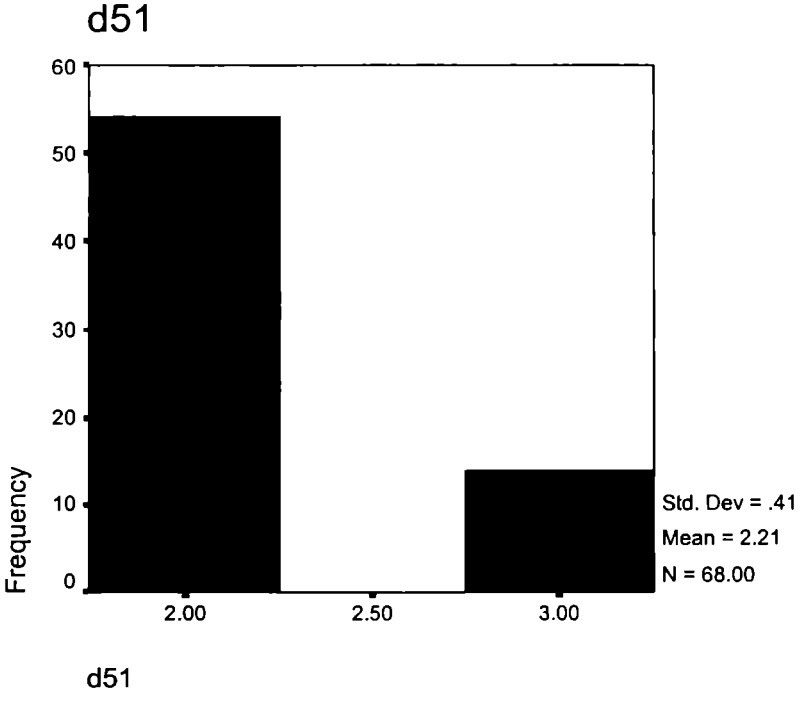
N	Valid	68
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	54	79.4	79.4	79.4
	3	14	20.6	20.6	100.0
	Total	68	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
Std. Dev = .41
Mean = 2.21
N = 68.00
2.00
2.50
3.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- d21<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
1	60	38.3	21.7
2	35	52.5	-17.5
3	10	14.2	-4.2
Total	105		

Test Statistics

	d51
Chi-Square	19.321
df	2
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 14.2.

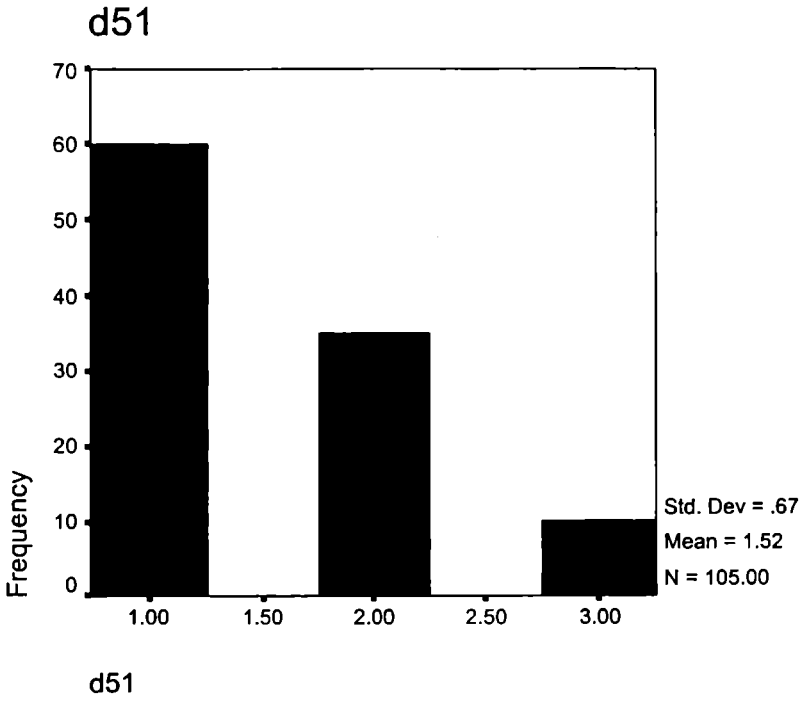
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	105
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	1	60	57.1	57.1	57.1
	2	35	33.3	33.3	90.5
	3	10	9.5	9.5	100.0
	Total	105	100.0	100.0	


d51
70
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
Std. Dev = .67
Mean = 1.52
N = 105.00
1.00
1.50
2.00
2.50
3.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (11)

T-Test

Group Statistics

	d21	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	229	3.41	.87	5.73E-02
	< 3	153	2.43	.84	6.80E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	.164	.686	10.990	380	.000	.98	8.95E-02	.81	1.16
	Equal variances not assumed			11.058	332.783	.000	.98	8.89E-02	.81	1.16

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- a1>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
2	28
3	108
4	63
5	30
Total	229

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

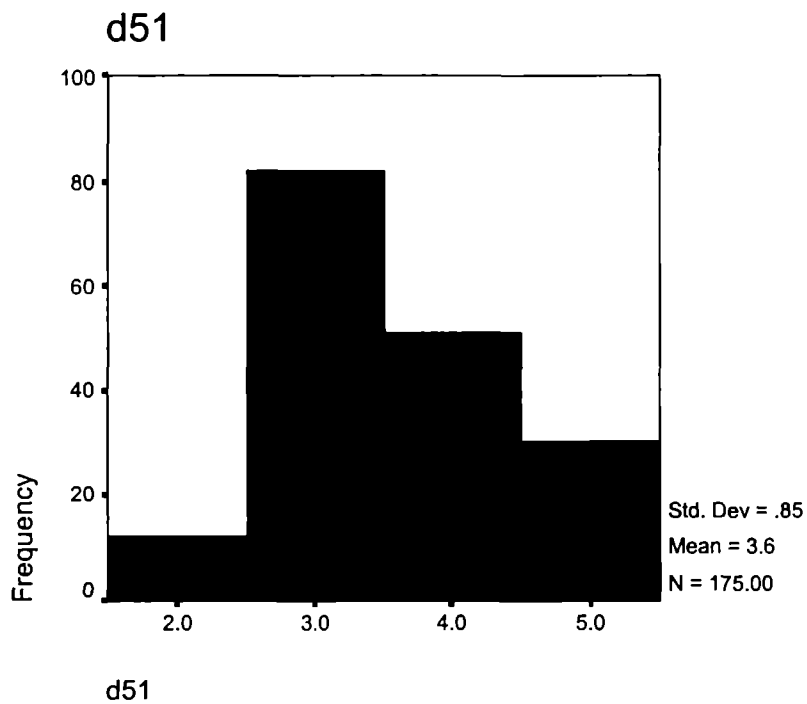
Statistics
d51

N	Valid	175
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	12	6.9	6.9	6.9
	3	82	46.9	46.9	53.7
	4	51	29.1	29.1	82.9
	5	30	17.1	17.1	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
100
80
60
40
20
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
d51
Std. Dev = .85
Mean = 3.6
N = 175.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- a1<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
2	16
3	26
4	12
Total	54

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

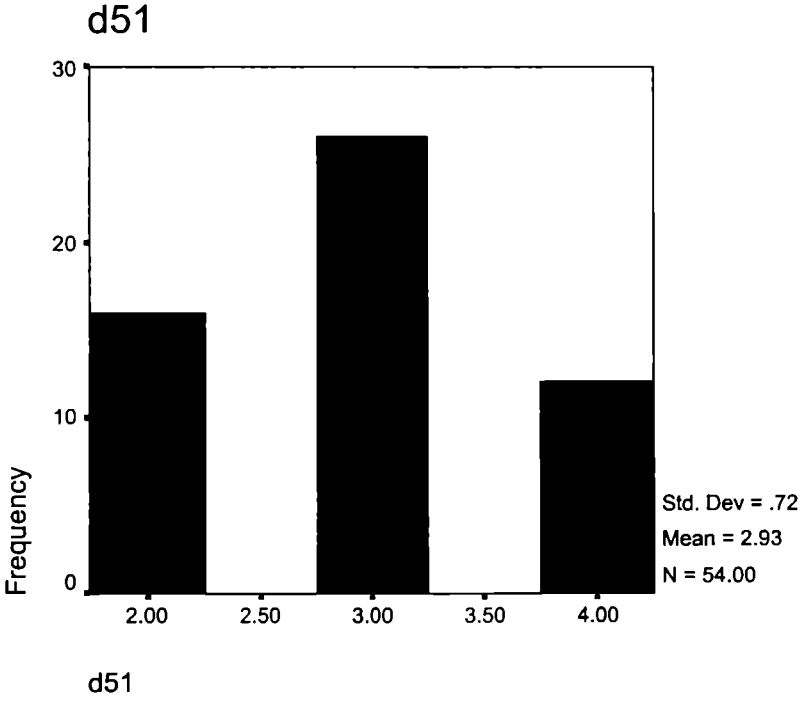
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	54
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	2	16	29.6	29.6	29.6
	3	26	48.1	48.1	77.8
	4	12	22.2	22.2	100.0
	Total	54	100.0	100.0	


d51
30
20
10
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .72
Mean = 2.93
N = 54.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (12)

T-Test

Group Statistics

	Age	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	73	2.70	.84	9.89E-02
	< 3	80	2.19	.76	8.55E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	3.675	.057	3.929	151	.000	.51	.13	.25	.77
	Equal variances not assumed			3.911	145.691	.000	.51	.13	.25	.77

- a1.=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
2	40
3	15
4	18
Total	73

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

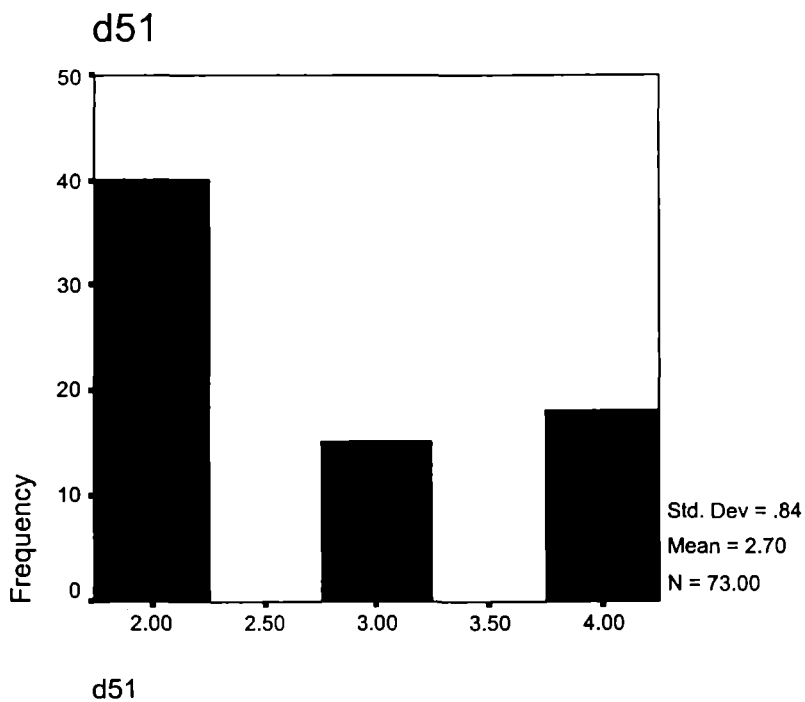
Frequencies

Statistics
d51

N	Valid	73
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	40	54.8	54.8	54.8
	3	15	20.5	20.5	75.3
	4	18	24.7	24.7	100.0
	Total	73	100.0	100.0	


d51
50
40
30
20
10
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
d51
Std. Dev = .84
Mean = 2.70
N = 73.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- a1<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
1	17
2	31
3	32
Total	80

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

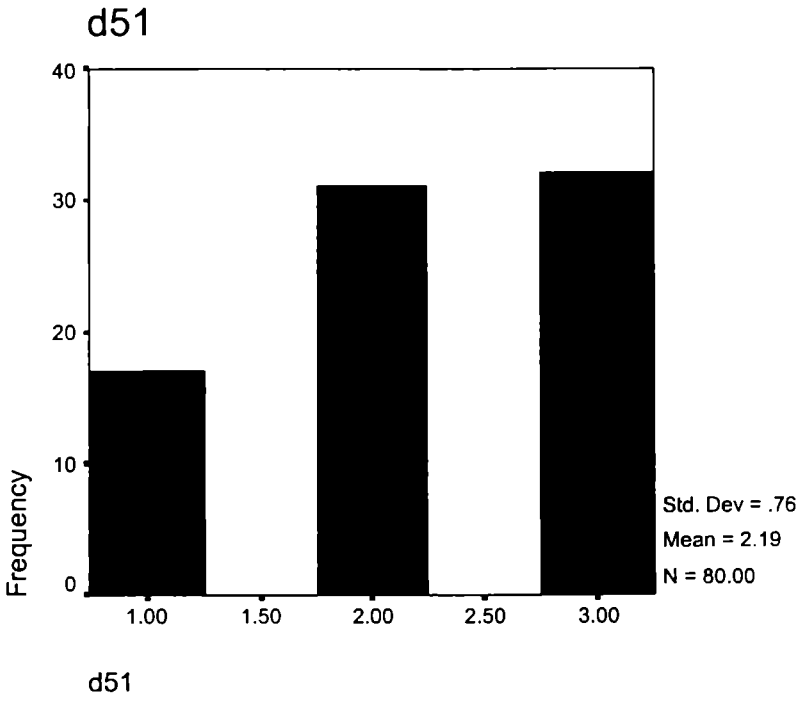
d51

N	Valid	80
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	17	21.3	21.3	21.3
	2	31	38.8	38.8	60.0
	3	32	40.0	40.0	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
40
30
20
10
0
Frequency
1.00
1.50
2.00
2.50
3.00
Std. Dev = .76
Mean = 2.19
N = 80.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- (13)

T-Test

Group Statistics

	b1	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
d51	>= 3	62	4.10	.78	9.95E-02
	< 3	105	3.28	.77	7.47E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
d51	Equal variances assumed	.213	.645	6.634	165	.000	.82	.12	.58	1.06
	Equal variances not assumed			6.595	125.795	.000	.82	.12	.57	1.07

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- b1>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N
3	16
4	24
5	22
Total	62

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

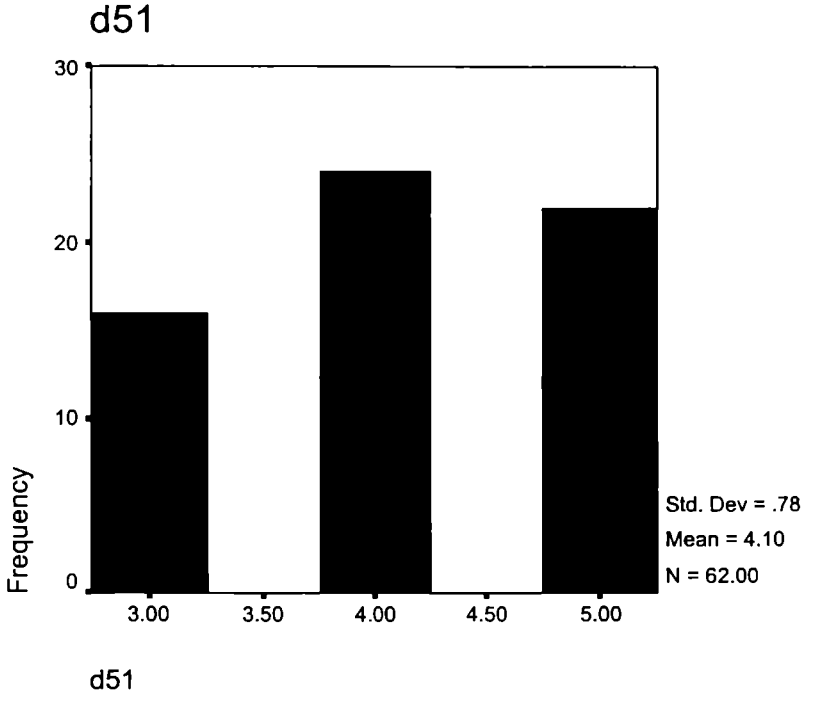
Statistics
d51

N	Valid	62
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	16	25.8	25.8	25.8
	4	24	38.7	38.7	64.5
	5	22	35.5	35.5	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3


d51
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
4.50
5.00
d51
Std. Dev = .78
Mean = 4.10
N = 62.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

- b1<3

NPar Tests

Chi-Square Test

d51

	Observed N	Expected N	Residual
2	12	7.2	4.8
3	60	49.2	10.8
4	25	30.6	-5.6
5	8	18.0	-10.0
Total	105		

Test Statistics

	d51
Chi-Square	11.999
df	3

Asymp. Sig.	.007

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 7.2.

Frequencies

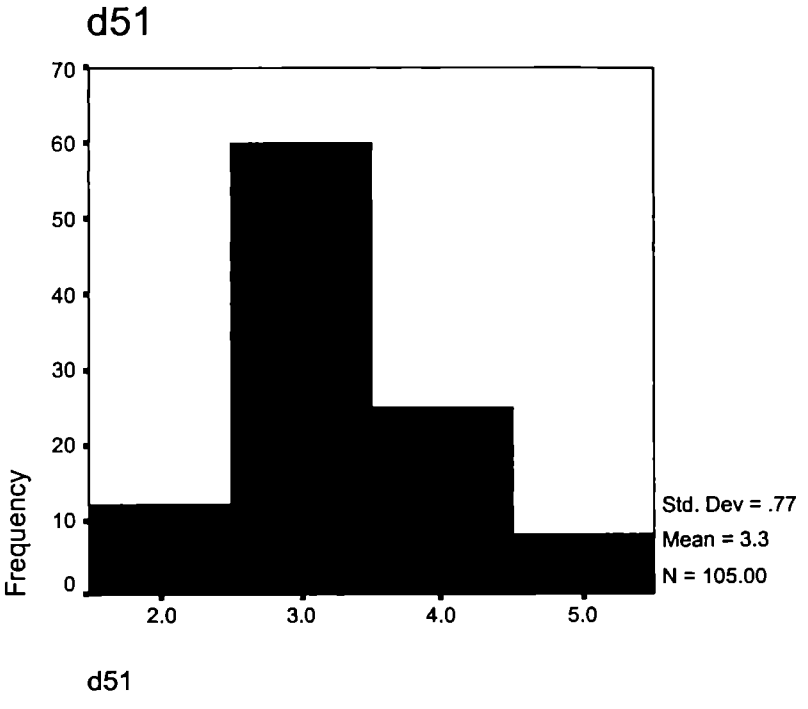
Statistics

d51

N	Valid	105
	Missing	0

d51

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	12	11.4	11.4	11.4
	3	60	57.1	57.1	68.6
	4	25	23.8	23.8	92.4
	5	8	7.6	7.6	100.0
	Total	105	100.0	100.0	


d51
70
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .77
Mean = 3.3
N = 105.00
d51

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ -3

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 4
ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Ε.4.1

[Αποτελέσματα X^2, t-Test και κατανομή συχνοτήτων για όλους τους παράγοντες]

Παράρτημα Ε41

- 1

T-Test

Group Statistics

	Hospital	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	346	2.82	.84	4.49E-02
	< 2	510	3.09	.95	4.20E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	.040	.841	-4.339	854	.000	-.27	6.30E-02	-.40	-.15
	Equal variances not assumed			-4.445	798.122	.000	-.27	6.15E-02	-.39	-.15

- h>=2

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

e41

	Observed N	Expected N	Residual
1	22	22.5	-.5
2	88	61.9	26.1
3	169	177.5	-8.5
4	64	66.8	-2.8
5	3	17.3	-14.3
Total	346		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	23.324
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 17.3.

Frequencies

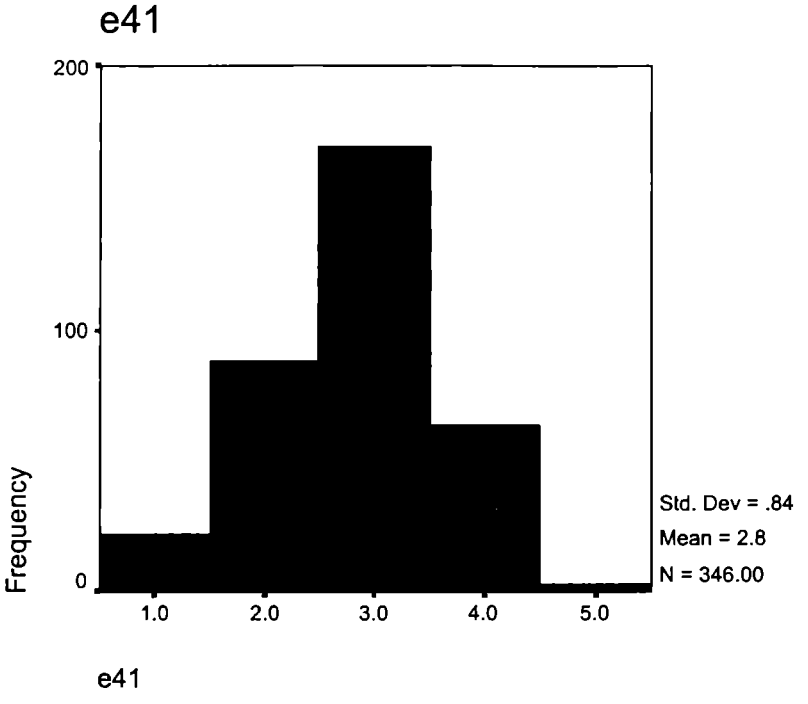
Statistics

e41

N	Valid	346
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	22	6.4	6.4	6.4
	2	88	25.4	25.4	31.8
	3	169	48.8	48.8	80.6
	4	64	18.5	18.5	99.1
	5	3	.9	.9	100.0
	Total	346	100.0	100.0	


e41
200
100
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
e41
Std. Dev = .84
Mean = 2.8
N = 346.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- $h<2$

e41

	Observed N	Expected N	Residual
1	34	33.2	.8
2	65	91.3	-26.3
3	270	261.6	8.4
4	101	98.4	2.6
5	40	25.5	14.5
Total	510		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	16.173
df	4
Asymp. Sig.	.003

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 25.5.

Frequencies

Statistics

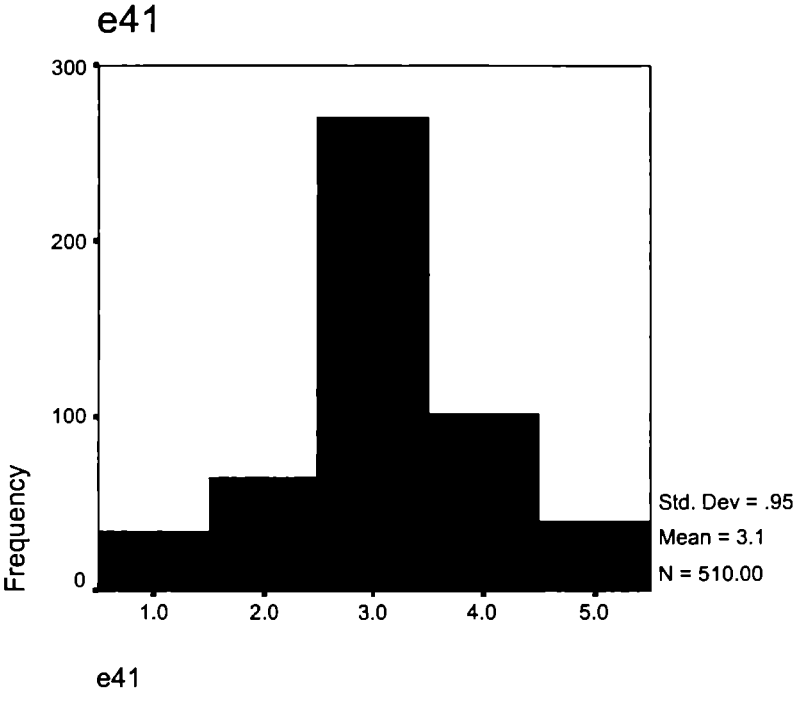
e41

N	Valid	510
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	34	6.7	6.7	6.7
	2	65	12.7	12.7	19.4
	3	270	52.9	52.9	72.4
	4	101	19.8	19.8	92.2
	5	40	7.8	7.8	100.0
	Total	510	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
300
200
100
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
e41
Std. Dev = .95
Mean = 3.1
N = 510.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(2)**

T-Test

Group Statistics

	e21	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 3	175	3.12	.70	5.27E-02
	< 3	171	2.51	.86	6.55E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	30.580	.000	7.220	344	.000	.61	8.39E-02	.44	.77
	Equal variances not assumed			7.203	327.256	.000	.61	8.41E-02	.44	.77

- **e21>=3**

NPar Tests
Chi-Square Test
Frequencies

e41

	Observed N	Expected N	Residual
1	8	11.2	-3.2
2	7	44.5	-37.5
3	118	85.4	32.6
4	40	32.4	7.6
5	2	1.6	.4
Total	175		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	46.822
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 1 cells (20.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1.6.

Frequencies

Statistics
e41

N	Valid	175
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	8	4.6	4.6	4.6
	2	7	4.0	4.0	8.6
	3	118	67.4	67.4	76.0
	4	40	22.9	22.9	98.9
	5	2	1.1	1.1	100.0
	Total	175	100.0	100.0	

- **e21<3**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N	Expected N	Residual
1	14	10.9	3.1
2	81	43.4	37.6
3	51	83.4	-32.4
4	24	31.6	-7.6
5	1	1.5	-.5
Total	171		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	47.993
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 1 cells (20.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1.5.

Frequencies

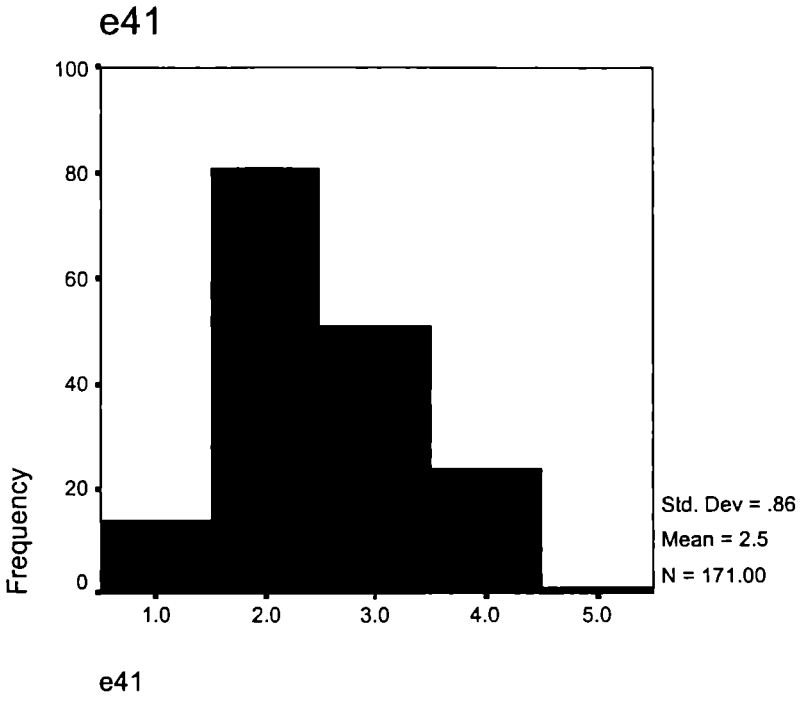
Statistics
e41

N	Valid	171
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	14	8.2	8.2	8.2
	2	81	47.4	47.4	55.6
	3	51	29.8	29.8	85.4
	4	24	14.0	14.0	99.4
	5	1	.6	.6	100.0
	Total	171	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
100
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .86
Mean = 2.5
N = 171.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(3)**

T-Test

Group Statistics

	d11	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	82	3.41	.52	5.74E-02
	< 2	93	2.86	.73	7.58E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	.496	.482	5.710	173	.000	.55	9.71E-02	.36	.75
	Equal variances not assumed			5.829	165.841	.000	.55	9.51E-02	.37	.74

- **d11>=2**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N
3	49
4	32
5	1
Total	82

a 3 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

Frequencies

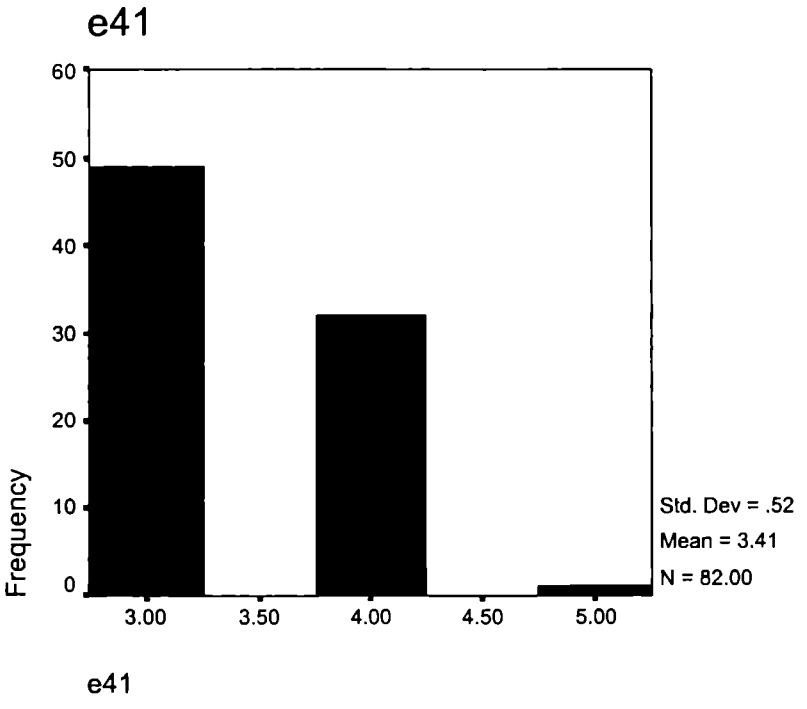
Statistics
e41

N	Valid	82
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	49	59.8	59.8	59.8
	4	32	39.0	39.0	98.8
	5	1	1.2	1.2	100.0
	Total	82	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
4.50
5.00
Std. Dev = .52
Mean = 3.41
N = 82.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **d11<1**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N	Expected N	Residual
1	8	4.3	3.7
2	7	3.7	3.3
3	69	62.7	6.3
4	8	21.3	-13.3
5	1	1.0	.0
Total	93		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	15.070
df	4
Asymp. Sig.	.005

a 3 cells (60.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 1.0.

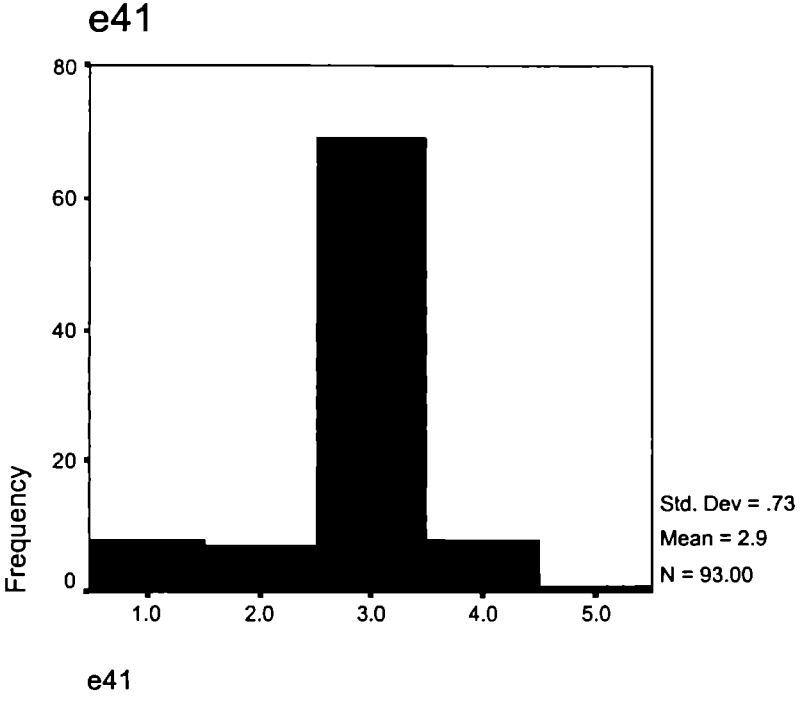
Frequencies

Statistics
e41

N	Valid	93
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	8	8.6	8.6	8.6
	2	7	7.5	7.5	16.1
	3	69	74.2	74.2	90.3
	4	8	8.6	8.6	98.9
	5	1	1.1	1.1	100.0
	Total	93	100.0	100.0	


e41
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .73
Mean = 2.9
N = 93.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(4)**

T-Test

Group Statistics

	e13	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	49	2.80	.68	9.66E-02
	< 2	57	2.33	.48	6.30E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	3.783	.054	4.115	104	.000	.46	.11	.24	.69
	Equal variances not assumed			4.010	84.405	.000	.46	.12	.23	.69

- **e13>=2**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N
2	17
3	25
4	7
Total	49

a 3 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

Frequencies

Statistics

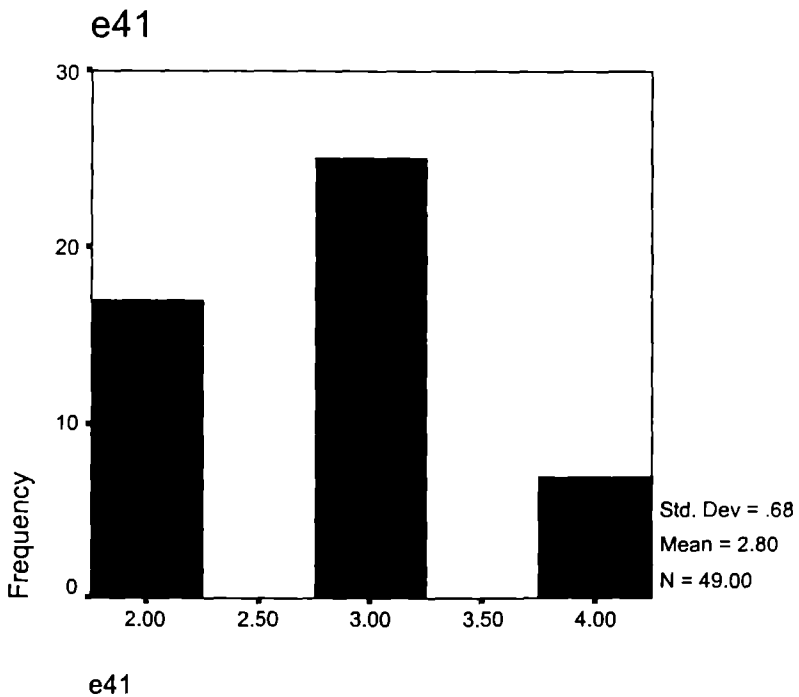
e41

N	Valid	49
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	17	34.7	34.7	34.7
	3	25	51.0	51.0	85.7
	4	7	14.3	14.3	100.0
	Total	49	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
30
20
10
0
Frequency
Std. Dev = .68
Mean = 2.80
N = 49.00
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **e13<2**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N
2	38
3	19
Total	57

a 2 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

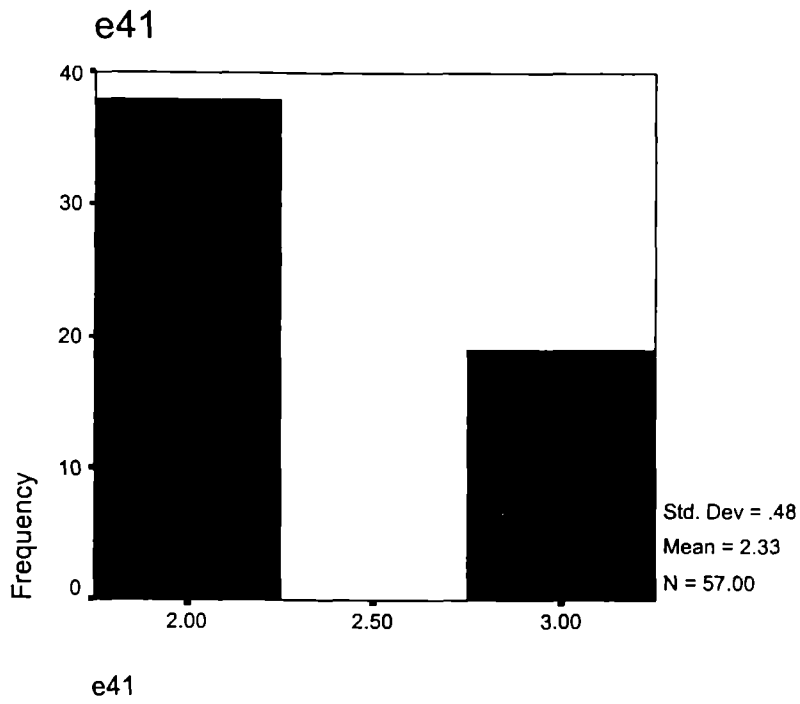
Statistics
e41

N	Valid	57
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	38	66.7	66.7	66.7
	3	19	33.3	33.3	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
40
30
20
10
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
Std. Dev = .48
Mean = 2.33
N = 57.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(5)**

T-Test

Group Statistics

	Total days of hospitalization	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	29	2.45	.91	.17
	< 2	64	3.05	.55	6.84E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	25.505	.000	-3.935	91	.000	-.60	.15	-.90	-.30
	Equal variances not assumed			-3.285	37.483	.002	-.60	.18	-.97	-.23

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **a3>=2**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N
1	8
3	21
Total	29

a 2 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

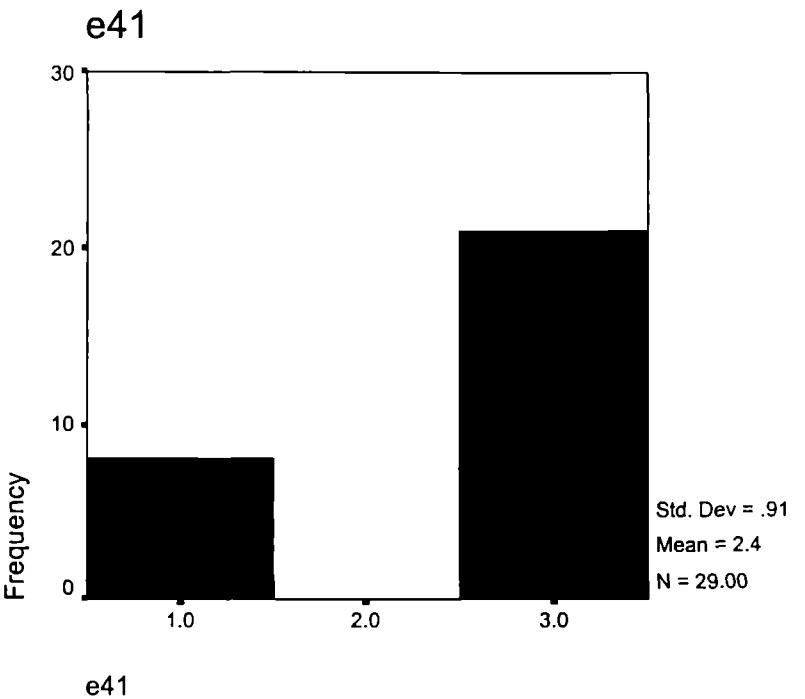
Frequencies

Statistics
e41

N	Valid	29
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	8	27.6	27.6	27.6
	3	21	72.4	72.4	100.0
	Total	29	100.0	100.0	



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **a3<2**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N
2	7
3	48
4	8
5	1
Total	64

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

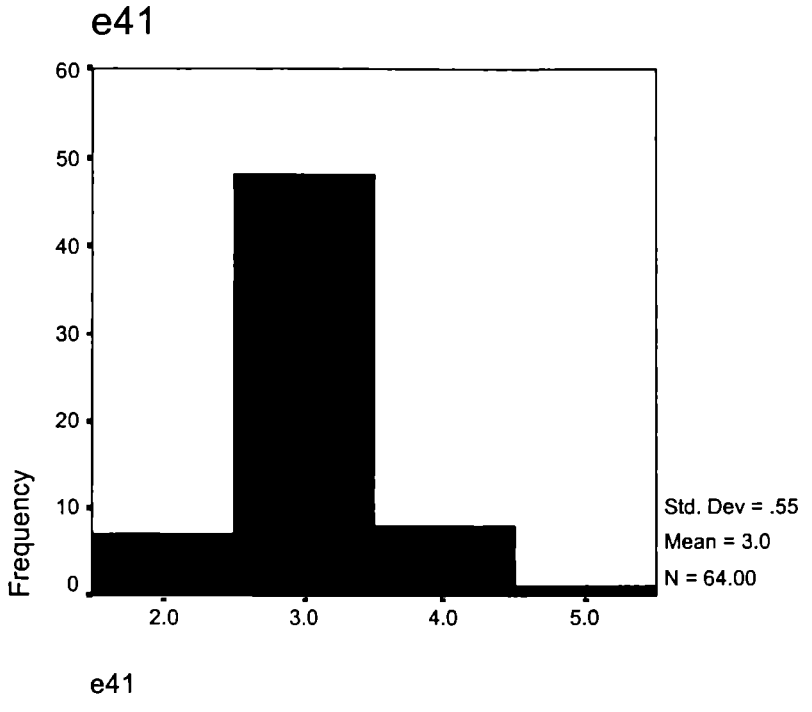
Statistics
e41

N	Valid	64
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	10.9	10.9	10.9
	3	48	75.0	75.0	85.9
	4	8	12.5	12.5	98.4
	5	1	1.6	1.6	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
e41
Std. Dev = .55
Mean = 3.0
N = 64.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(6)**

T-Test

Group Statistics

	Age	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 3	28	2.39	.50	9.40E-02
	< 3	21	3.33	.48	.11

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	.726	.398	-6.631	47	.000	-.94	.14	-1.23	-.66
	Equal variances not assumed			-6.659	43.893	.000	-.94	.14	-1.23	-.66

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **a1>=3**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N
2	17
3	11
Total	28

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

Frequencies

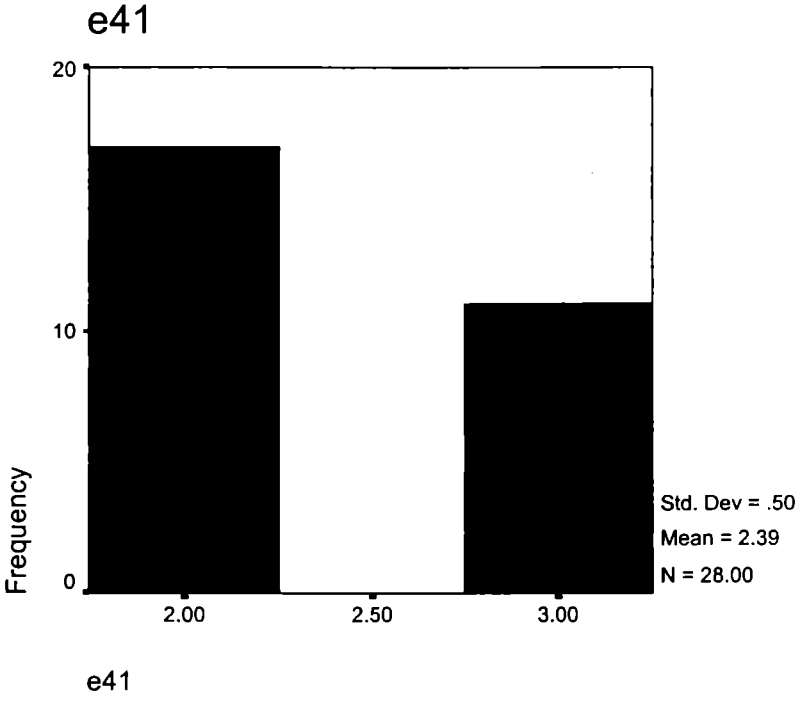
Statistics
e41

N	Valid	28
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	17	60.7	60.7	60.7
	3	11	39.3	39.3	100.0
	Total	28	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **a1<3**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N
3	14
4	7
Total	21

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

Frequencies

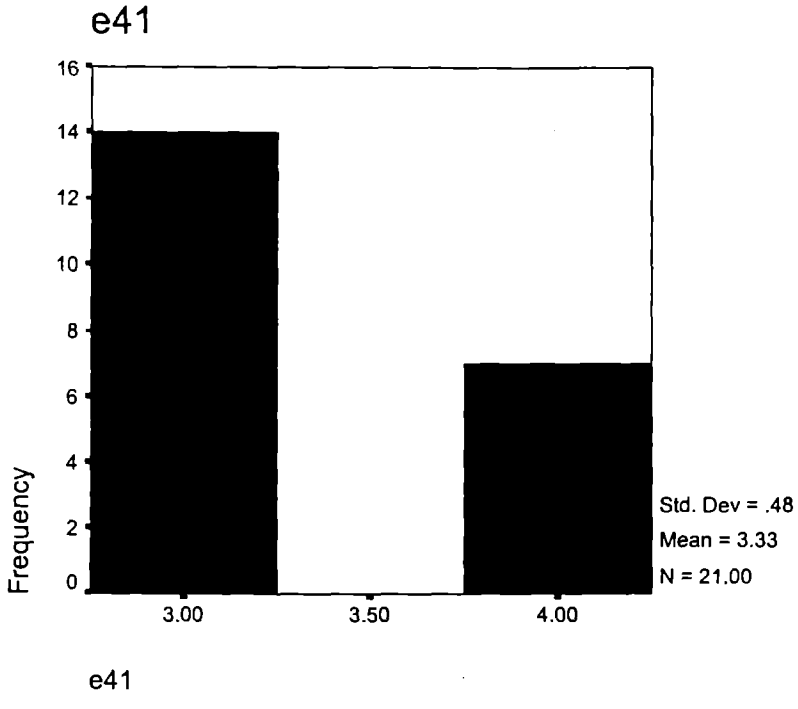
Statistics
e41

N	Valid	21
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	14	66.7	66.7	66.7
	4	7	33.3	33.3	100.0
	Total	21	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
Std. Dev = .48
Mean = 3.33
N = 21.00
3.00
3.50
4.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(7)**

T-Test

Group Statistics

	Total days of hospitalization	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	18	2.56	.51	.12
	< 2	39	2.23	.43	6.83E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	6.328	.015	2.507	55	.015	.32	.13	6.52E-02	.58
	Equal variances not assumed			2.344	28.381	.026	.32	.14	4.12E-02	.61

- **a3>=2**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N	Expected N	Residual
2	8	12.0	-4.0
3	10	6.0	4.0
Total	18		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	4.014
df	1
Asymp. Sig.	.045

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 6.0.

Frequencies

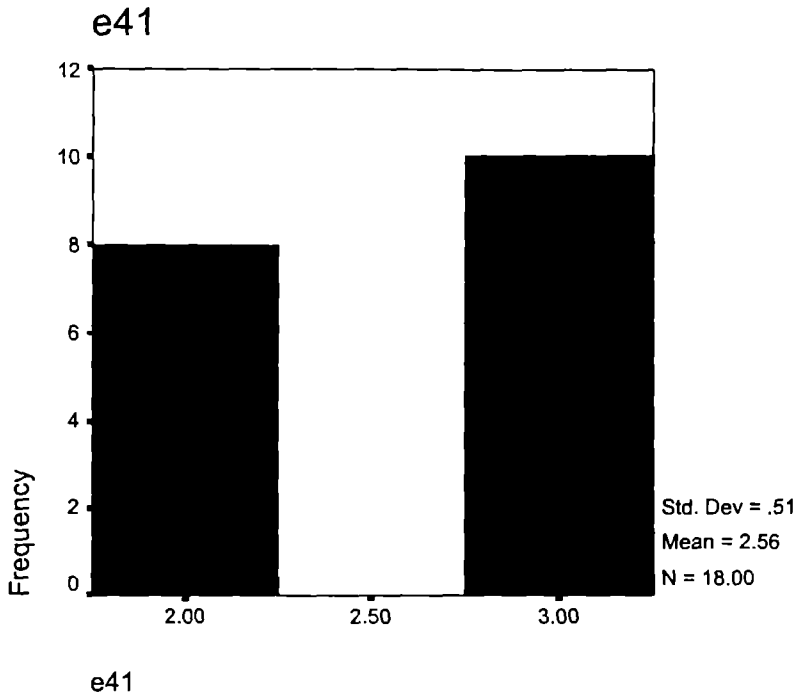
Statistics
e41

N	Valid	18
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	8	44.4	44.4	44.4
	3	10	55.6	55.6	100.0
	Total	18	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
Std. Dev = .51
Mean = 2.56
N = 18.00
2.00
2.50
3.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **a3<2**

NPar Tests
Chi-Square Test

e41

	Observed N	Expected N	Residual
2	30	26.0	4.0
3	9	13.0	-4.0
Total	39		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	1.835
df	1
Asymp. Sig.	.176

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 13.0.

Frequencies

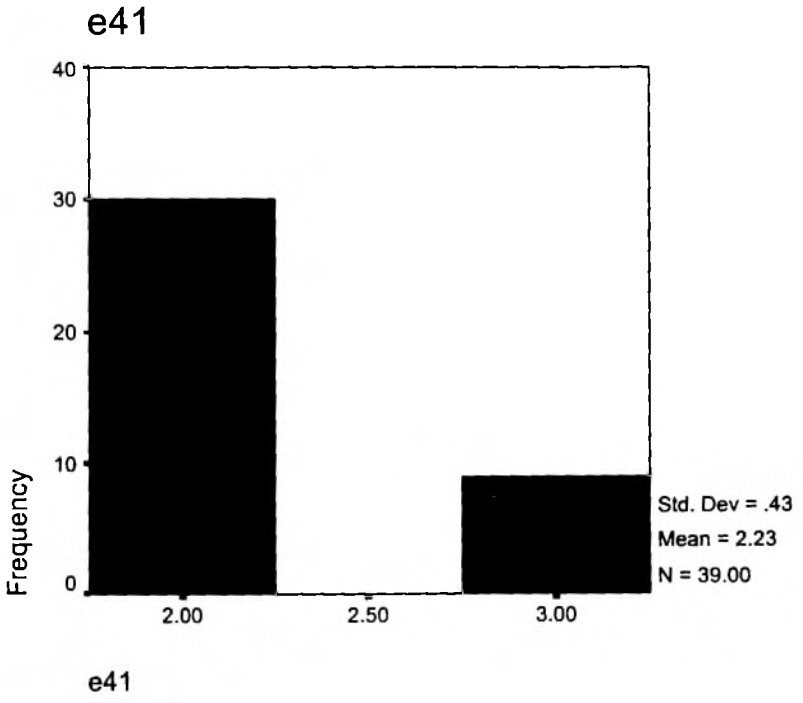
Statistics
e41

N	Valid	39
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	30	76.9	76.9	76.9
	3	9	23.1	23.1	100.0
	Total	39	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
40
30
20
10
0
Frequency
Std. Dev = .43
Mean = 2.23
N = 39.00
2.00
2.50
3.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(8)**

T-Test

Group Statistics

	e21	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 3	268	3.48	.91	5.53E-02
	< 3	242	2.67	.80	5.14E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	7.278	.007	10.743	508	.000	.82	7.60E-02	.67	.97
	Equal variances not assumed			10.811	507.739	.000	.82	7.55E-02	.67	.96

- **e21>=3**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N	Expected N	Residual
1	6	18.0	-12.0
2	18	34.1	-16.1
3	125	141.9	-16.9
4	79	53.1	25.9
5	40	20.9	19.1
Total	268		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	47.574
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 18.0.

Frequencies

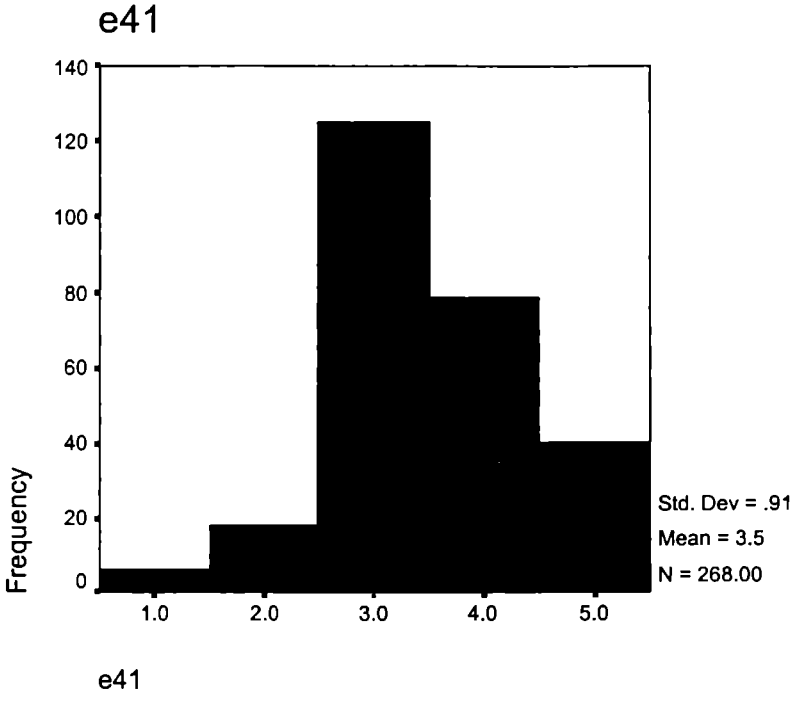
Statistics
e41

N	Valid	268
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	2.2	2.2	2.2
	2	18	6.7	6.7	9.0
	3	125	46.6	46.6	55.6
	4	79	29.5	29.5	85.1
	5	40	14.9	14.9	100.0
	Total	268	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
140
120
100
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .91
Mean = 3.5
N = 268.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **e21<3**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N
1	28
2	47
3	145
4	22
Total	242

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

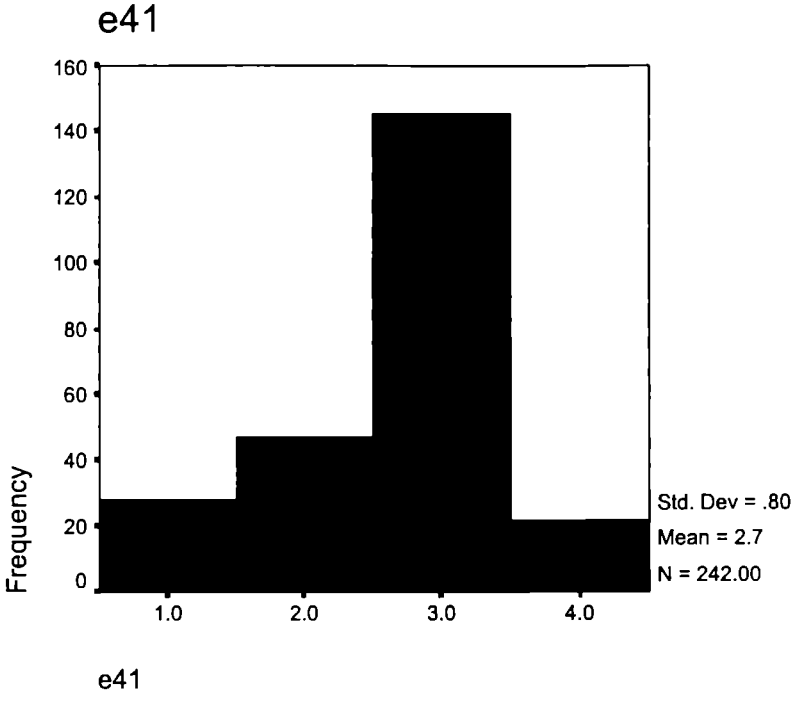
e41

N	Valid	242
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	28	11.6	11.6	11.6
	2	47	19.4	19.4	31.0
	3	145	59.9	59.9	90.9
	4	22	9.1	9.1	100.0
	Total	242	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
Std. Dev = .80
Mean = 2.7
N = 242.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(9)**

T-Test

Group Statistics

	d11	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	123	3.67	1.10	9.91E-02
	< 2	122	3.32	.70	6.30E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	27.259	.000	2.950	243	.003	.35	.12	.12	.58
	Equal variances not assumed			2.956	206.482	.003	.35	.12	.12	.58

- **d11>=2**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N	Expected N	Residual
1	6	2.7	3.3
2	10	8.2	1.8
3	35	57.4	-22.4
4	40	36.3	3.7
5	32	18.3	13.7
Total	123		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	23.633
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 1 cells (20.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2.7.

Frequencies

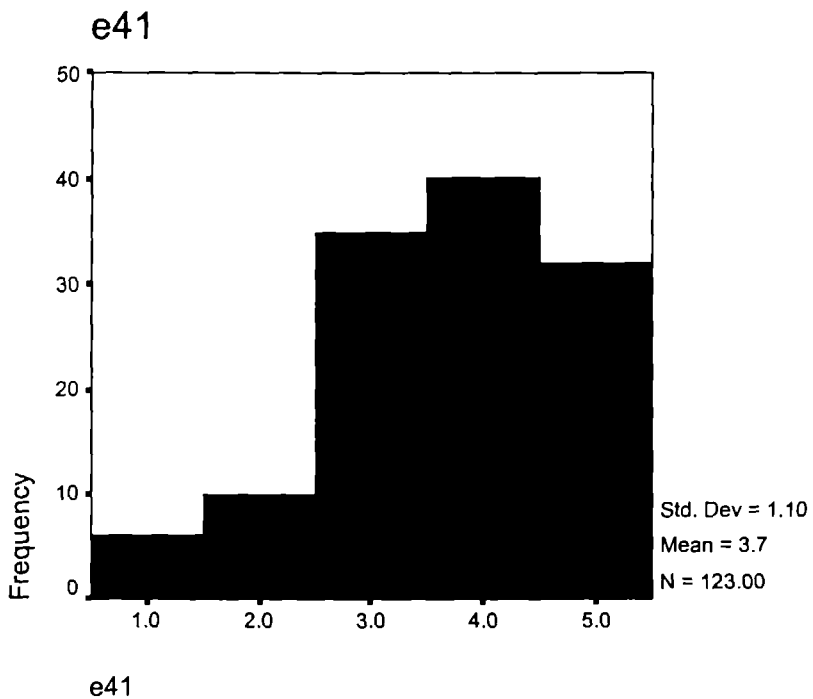
Statistics
e41

N	Valid	123
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	6	4.9	4.9	4.9
	2	10	8.1	8.1	13.0
	3	35	28.5	28.5	41.5
	4	40	32.5	32.5	74.0
	5	32	26.0	26.0	100.0
	Total	123	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
50
40
30
20
10
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
e41
Std. Dev = 1.10
Mean = 3.7
N = 123.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **d11<3**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N
2	8
3	75
4	31
5	8
Total	122

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified

Frequencies

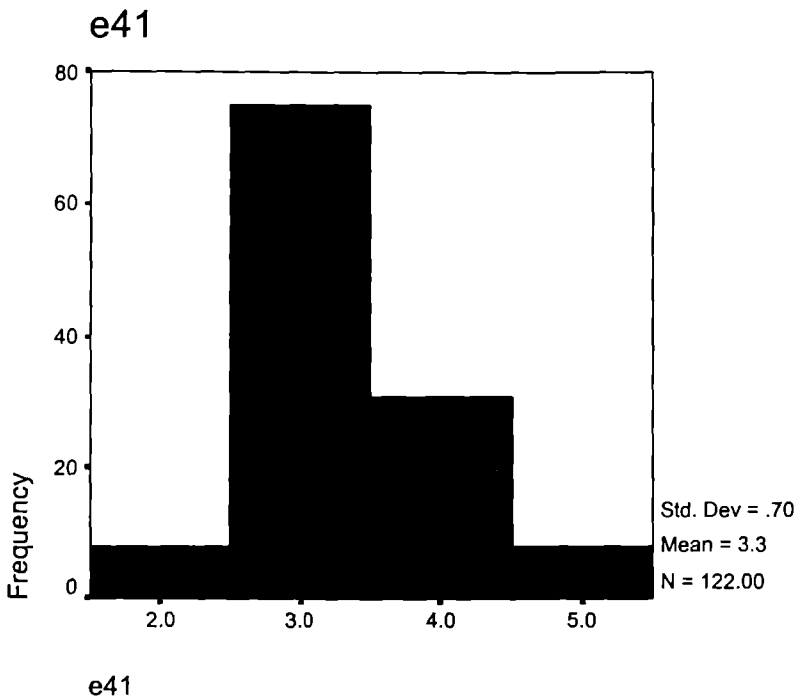
Statistics
e41

N	Valid	122
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	8	6.6	6.6	6.6
	3	75	61.5	61.5	68.0
	4	31	25.4	25.4	93.4
	5	8	6.6	6.6	100.0
	Total	122	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
80
60
40
20
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
e41
Std. Dev = .70
Mean = 3.3
N = 122.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **10**

T-Test

Group Statistics

	e13	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	106	2.98	.53	5.19E-02
	< 2	65	2.51	.64	7.94E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances assumed	20.956	.000	5.211	169	.000	.47	9.09E-02	.29	.65
	Equal variances not assumed			4.990	117.256	.000	.47	9.49E-02	.29	.66

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **e13>=2**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N
2	16
3	76
4	14
Total	106

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

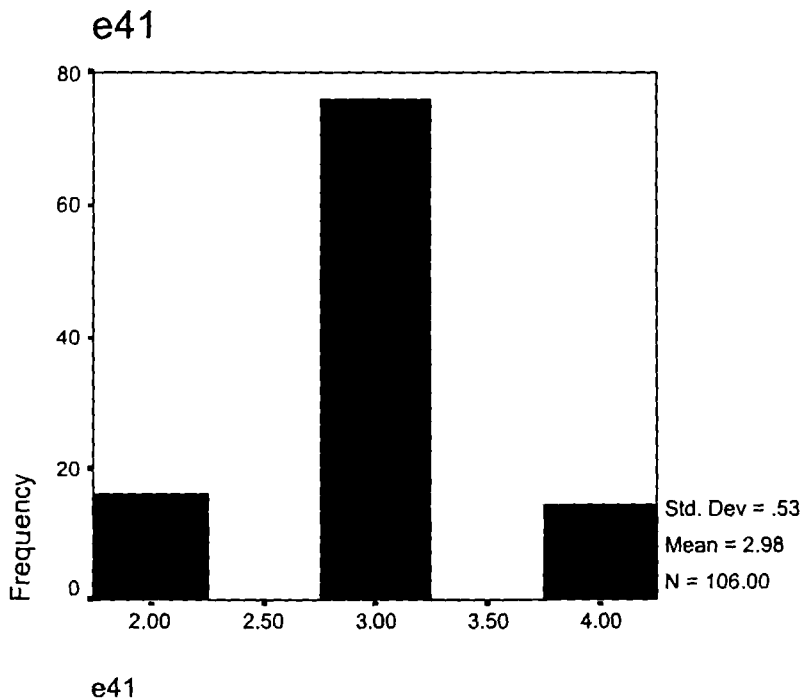
Statistics

e41

N	Valid	106
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	16	15.1	15.1	15.1
	3	76	71.7	71.7	86.8
	4	14	13.2	13.2	100.0
	Total	106	100.0	100.0	


e41
80
60
40
20
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .53
Mean = 2.98
N = 106.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **e13<2**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N
1	5
2	22
3	38
Total	65

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

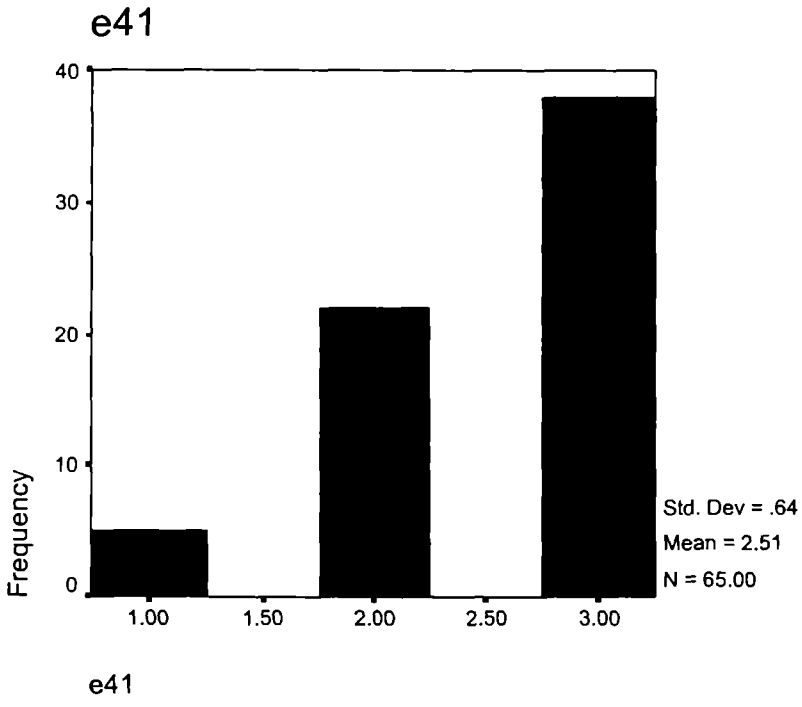
Statistics
e41

N	Valid	65
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	7.7	7.7	7.7
	2	22	33.8	33.8	41.5
	3	38	58.5	58.5	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
40
30
20
10
0
Frequency
1.00
1.50
2.00
2.50
3.00
e41
Std. Dev = .64
Mean = 2.51
N = 65.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **(11)**

T-Test

Group Statistics

	Total days of hospitalization	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
e41	>= 2	65	3.52	.79	9.83E-02
	< 2	57	3.09	.47	6.27E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
e41	Equal variances	33.184	.000	3.618	120	.000	.44	.12	.20	.67

	assumed									
	Equal variances not assumed			3.733	106.535	.000	.44	.12	.20	.67

- **a3>=2**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N	Expected N	Residual
2	4	4.3	-.3
3	31	39.9	-8.9
4	22	16.5	5.5
5	8	4.3	3.7
Total	65		

Test Statistics

	e41
Chi-Square	7.076
df	3
Asymp. Sig.	.070

a 2 cells (50.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 4.3.

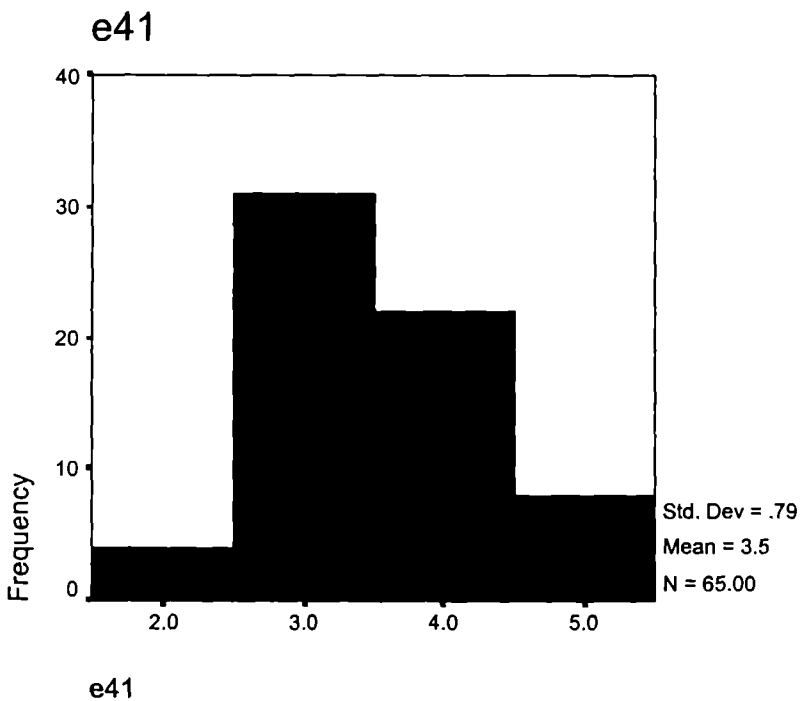
Frequencies

Statistics
e41

N	Valid	65
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	6.2	6.2	6.2
	3	31	47.7	47.7	53.8
	4	22	33.8	33.8	87.7
	5	8	12.3	12.3	100.0
	Total	65	100.0	100.0	


e41
40
30
20
10
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
e41
Std. Dev = .79
Mean = 3.5
N = 65.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

- **a3<2**

NPar Tests

Chi-Square Test

e41

	Observed N
2	4
3	44
4	9
Total	57

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

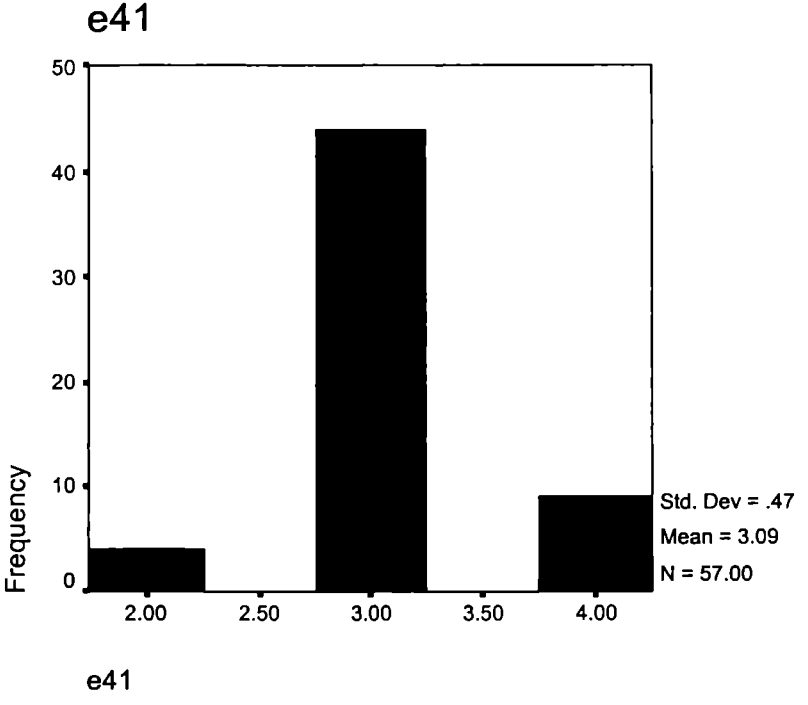
Statistics
e41

N	Valid	57
	Missing	0

e41

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	7.0	7.0	7.0
	3	44	77.2	77.2	84.2
	4	9	15.8	15.8	100.0
	Total	57	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4


e41
50
40
30
20
10
0
Frequency
Std. Dev = .47
Mean = 3.09
N = 57.00
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
e41

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ – 4

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5
ΑΝΑΛΥΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΓΕΝΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ Θ.

[Αποτελέσματα X^2, t-Test και κατανομή συχνοτήτων για όλους τους παράγοντες]

Παράρτημα F

- (1)

T-Test

Group Statistics

	b3	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	236	3.67	.99	6.47E-02
	< 3	620	3.42	.91	3.65E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	5.893	.015	3.612	854	.000	.26	7.13E-02	.12	.40
	Equal variances not			3.470	393.252	.001	.26	7.42E-02	.11	.40

	assumed									

- b3>= 3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	33
3	68
4	78
5	57
Total	236

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

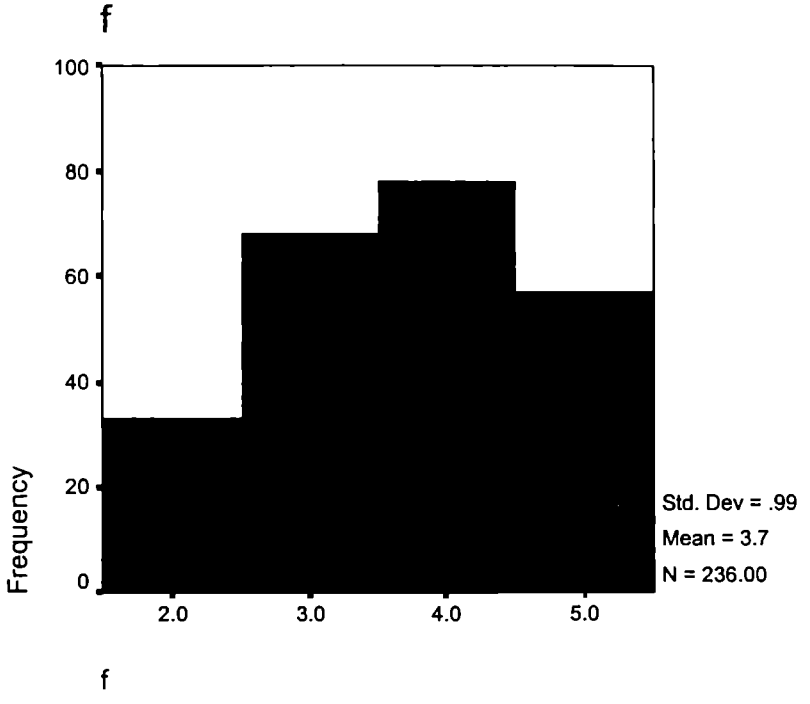
f

N	Valid	236
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	33	14.0	14.0	14.0
	3	68	28.8	28.8	42.8
	4	78	33.1	33.1	75.8
	5	57	24.2	24.2	100.0
	Total	236	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
100
80
60
40
20
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
f
Std. Dev = .99
Mean = 3.7
N = 236.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- b3<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
1	10	7.4	2.6
2	74	77.5	-3.5
3	260	237.5	22.5
4	200	201.5	-1.5
5	76	96.1	-20.1
Total	620		

Test Statistics

	f
Chi-Square	7.394
df	4
Asymp. Sig.	.116

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 7.4.

Frequencies

Statistics

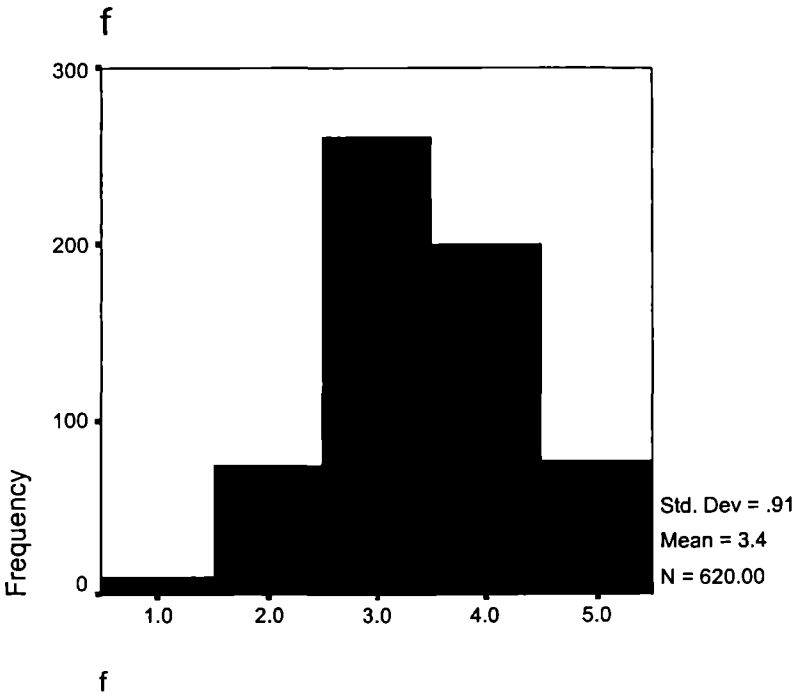
f

N	Valid	620
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	1.6	1.6	1.6
	2	74	11.9	11.9	13.5
	3	260	41.9	41.9	55.5
	4	200	32.3	32.3	87.7
	5	76	12.3	12.3	100.0
	Total	620	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
300
200
100
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
f
Std. Dev = .91
Mean = 3.4
N = 620.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (2)

T-Test

Group Statistics

	Hospital	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 2	69	3.23	.79	9.49E-02
	< 2	167	3.86	1.01	7.84E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	6.906	.009	-4.575	234	.000	-.62	.14	-.89	-.36
	Equal variances not assumed			-5.070	161.659	.000	-.62	.12	-.87	-.38

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- h>=2 (Υποκράτειο)

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
2	7	9.7	-2.7
3	47	19.9	27.1
4	7	22.8	-15.8
5	8	16.7	-8.7
Total	69		

Test Statistics

	f
Chi-Square	53.334
df	3
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 9.7.

Frequencies

Statistics

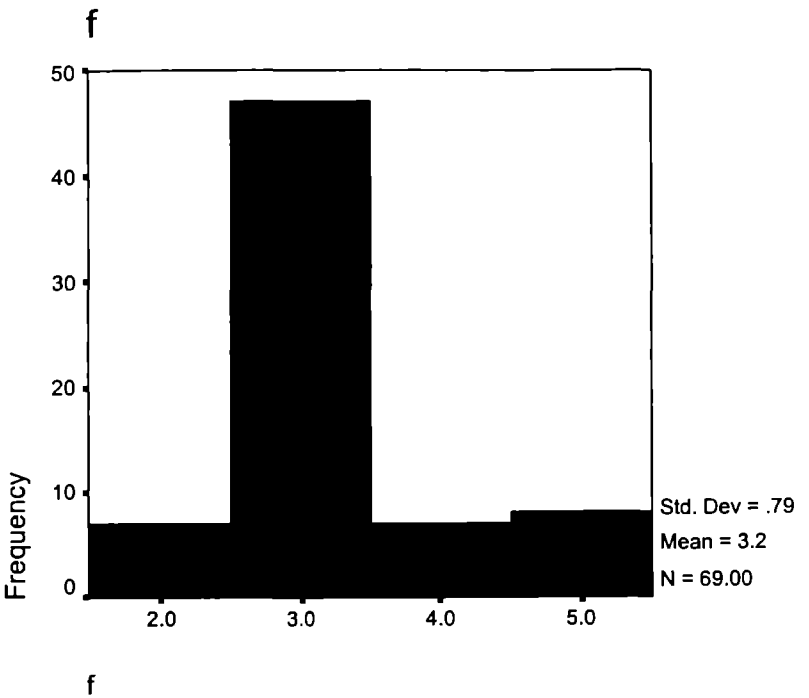
f

N	Valid	69
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	10.1	10.1	10.1
	3	47	68.1	68.1	78.3
	4	7	10.1	10.1	88.4
	5	8	11.6	11.6	100.0
	Total	69	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- h<2 (Αχέπα)

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
2	26	23.4	2.6
3	21	48.0	-27.0
4	71	55.2	15.8
5	49	40.4	8.6
Total	167		

Test Statistics

	f
Chi-Square	21.877
df	3
Asymp. Sig.	.000

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 23.4.

Frequencies

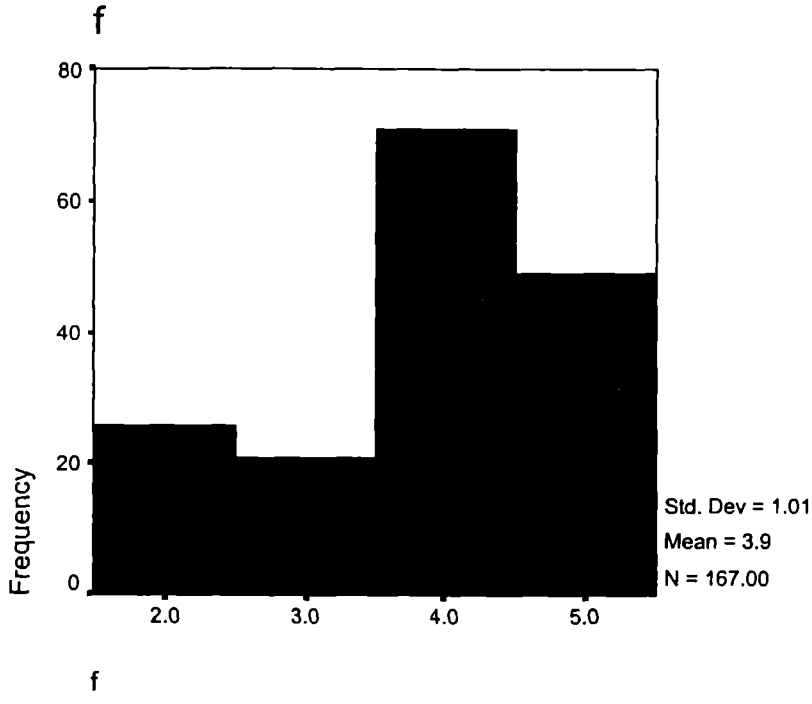
Statistics
f

N	Valid	167
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	26	15.6	15.6	15.6
	3	21	12.6	12.6	28.1
	4	71	42.5	42.5	70.7
	5	49	29.3	29.3	100.0
	Total	167	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (3)

T-Test

Group Statistics

	b2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	62	3.15	.79	9.98E-02
	< 3	7	4.00	.00	.00

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	4.111	.047	-2.858	67	.006	-.85	.30	-1.45	-.26
	Equal variances			-8.563	61.000	.000	-.85	9.98E-02	-1.05	-.66

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	not assumed									

- b2>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	7
3	47
5	8
Total	62

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

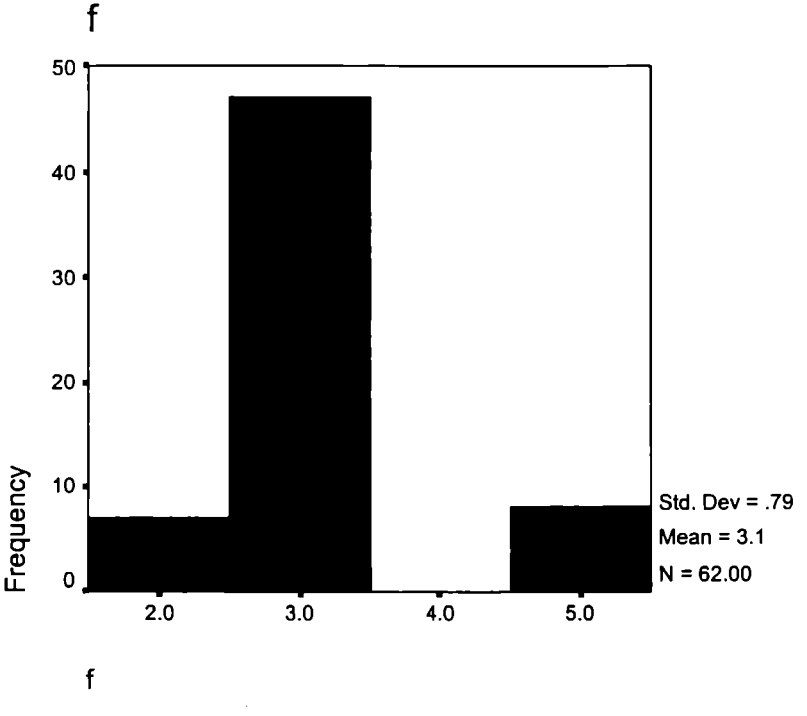
f

N	Valid	62
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	11.3	11.3	11.3
	3	47	75.8	75.8	87.1
	5	8	12.9	12.9	100.0
	Total	62	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- b2<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
4	7
Total	7

a 1 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

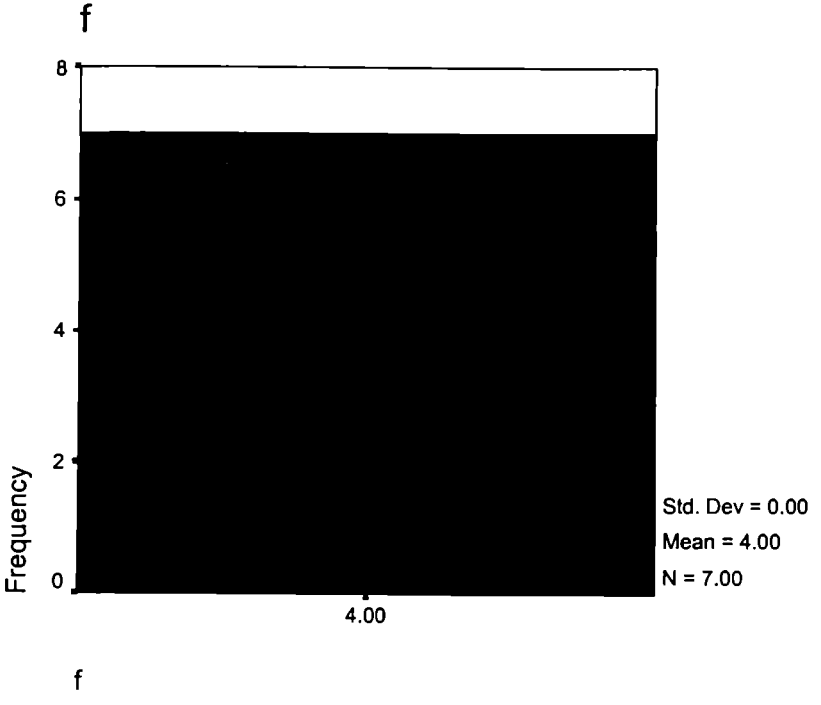
f

N	Valid	7
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	7	100.0	100.0	100.0

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (4)

T-Test

Group Statistics

	d12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	148	3.79	.96	7.92E-02
	< 3	19	4.37	1.26	.29

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances	2.623	.107	-2.372	165	.019	-.58	.24	-1.06	-9.68E-02

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	assumed									
	Equal variances not assumed			-1.933	20.806	.067	-.58	.30	-1.20	4.42E-02

- d12>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
2	22	23.1	-1.1
3	21	18.6	2.4
4	71	62.9	8.1
5	34	43.4	-9.4
Total	148		

Test Statistics

	f
Chi-Square	3.413
df	3

Asymp. Sig.	.332

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 18.6.

Frequencies

Statistics

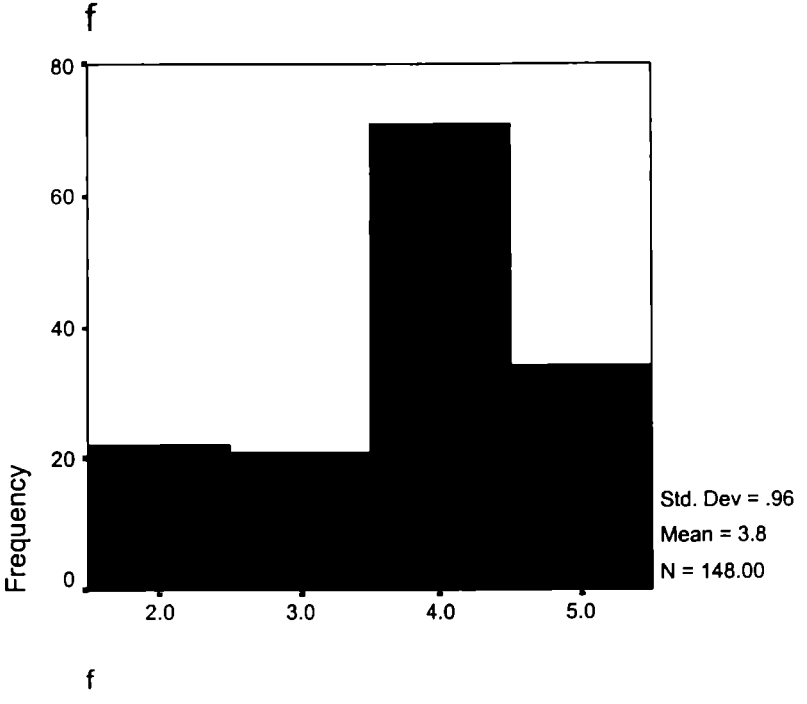
f

N	Valid	148
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	22	14.9	14.9	14.9
	3	21	14.2	14.2	29.1
	4	71	48.0	48.0	77.0
	5	34	23.0	23.0	100.0
	Total	148	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- d12<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	4
5	15
Total	19

a 2 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

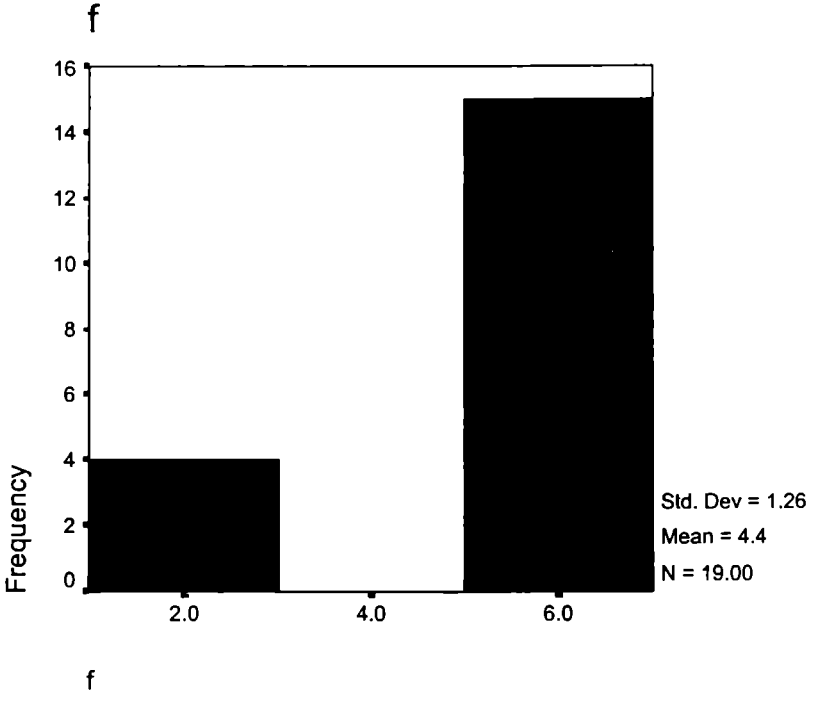
f

N	Valid	19
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	4	21.1	21.1	21.1
	5	15	78.9	78.9	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
2.0
4.0
6.0
f
Std. Dev = 1.26
Mean = 4.4
N = 19.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (5)

T-Test

Group Statistics

	d12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	40	3.00	.00	.00
	< 3	22	3.41	1.30	.28

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances	194.329	.000	-2.009	60	.049	-.41	.20	-.82	-1.74E-03

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	assumed									
	Equal variances not assumed			-1.480	21.000	.154	-.41	.28	-.98	.17

- d12>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
3	40
Total	40

a 1 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

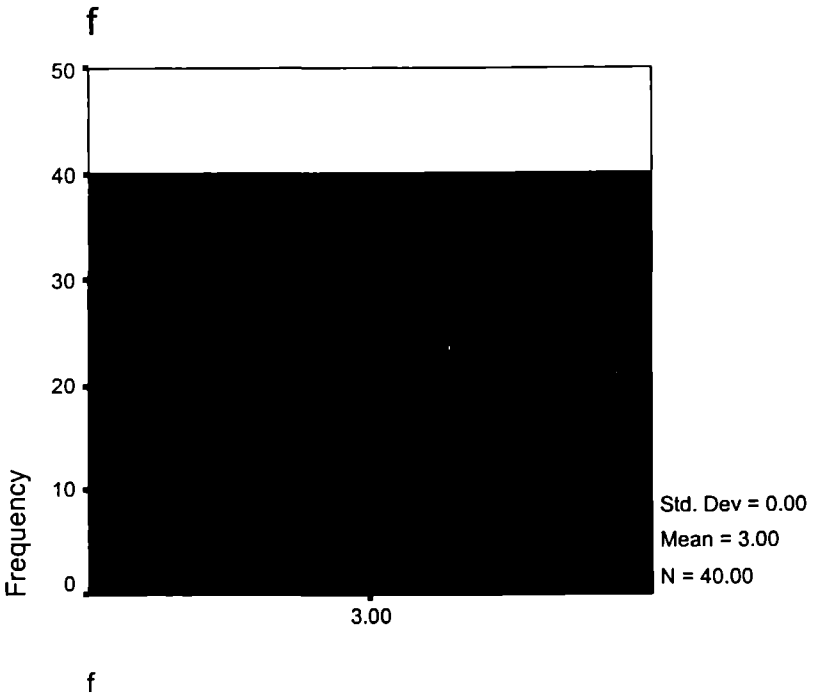
f

N	Valid	40
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	40	100.0	100.0	100.0

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- d12<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
2	7	2.5	4.5
3	7	16.7	-9.7
5	8	2.8	5.2
Total	22		

Test Statistics

	f
Chi-Square	23.200
df	2
Asymp. Sig.	.000

a 2 cells (66.7%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 2.5.

Frequencies

Statistics

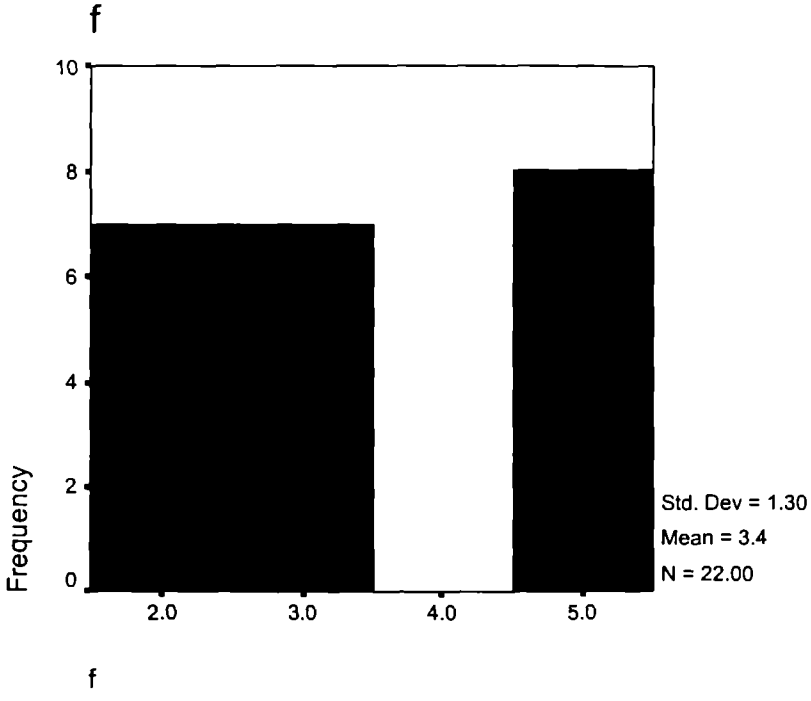
f

N	Valid	22
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	31.8	31.8	31.8
	3	7	31.8	31.8	63.6
	5	8	36.4	36.4	100.0
	Total	22	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (6)

T-Test

Group Statistics

	e33	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	98	4.20	.77	7.81E-02
	< 3	50	2.98	.77	.11

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	.155	.694	9.130	146	.000	1.22	.13	.96	1.49
	Equal variances not assumed			9.144	99.186	.000	1.22	.13	.96	1.49

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- e33>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	7
4	57
5	34
Total	98

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

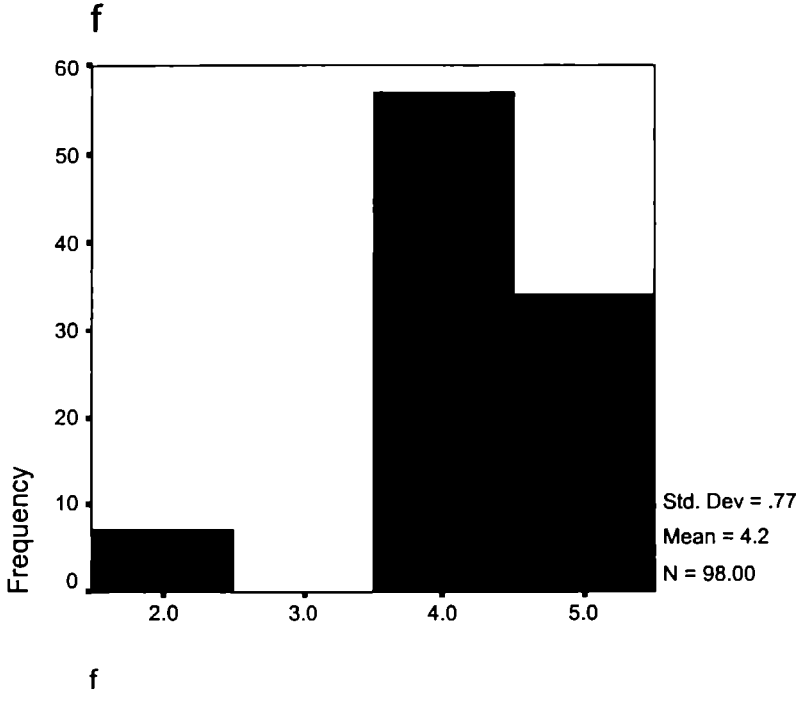
f

N	Valid	98
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	7.1	7.1	7.1
	4	57	58.2	58.2	65.3
	5	34	34.7	34.7	100.0
	Total	98	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .77
Mean = 4.2
N = 98.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- e33<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	15
3	21
4	14
Total	50

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

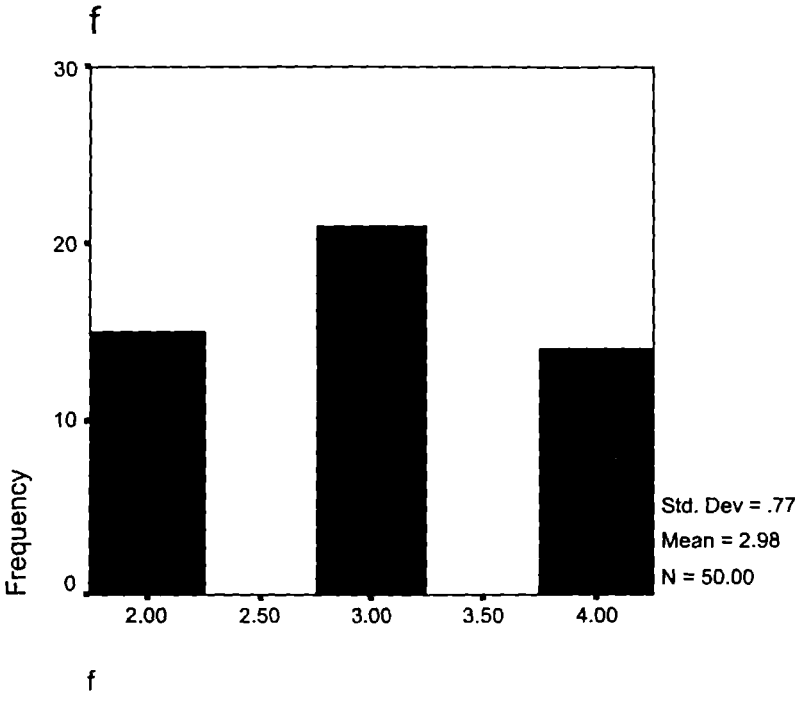
f

N	Valid	50
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	15	30.0	30.0	30.0
	3	21	42.0	42.0	72.0
	4	14	28.0	28.0	100.0
	Total	50	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
30
20
10
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .77
Mean = 2.98
N = 50.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (7)

T-Test

Group Statistics

	Age	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	75	4.45	.50	5.79E-02
	< 3	23	3.39	.94	.20

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	66.297	.000	7.076	96	.000	1.06	.15	.76	1.36
	Equal variances not			5.192	25.936	.000	1.06	.20	.64	1.48

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	assumed									

- a1>= 3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
4	41
5	34
Total	75

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

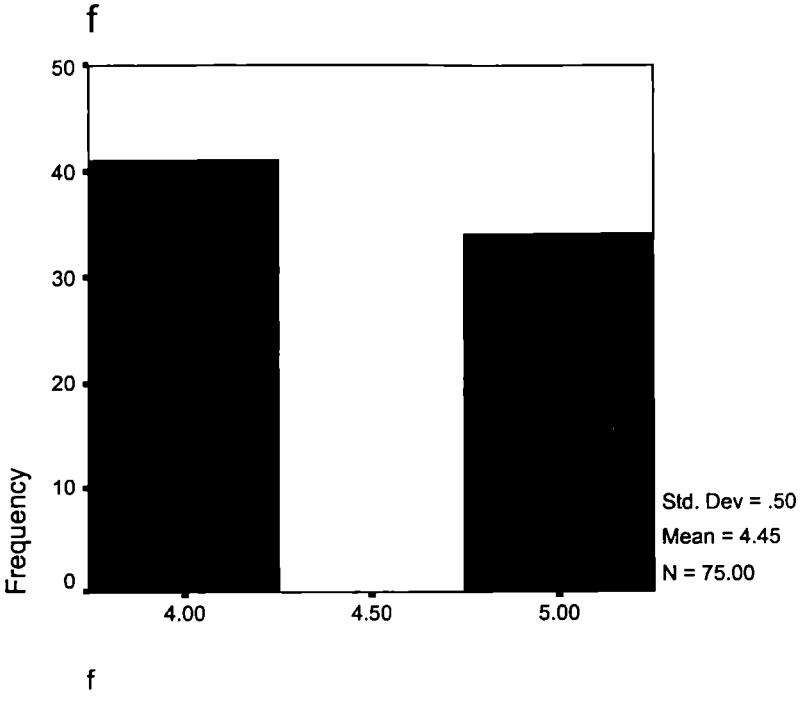
f

N	Valid	75
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	4	41	54.7	54.7	54.7
	5	34	45.3	45.3	100.0
	Total	75	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
50
40
30
20
10
0
Frequency
4.00
4.50
5.00
Std. Dev = .50
Mean = 4.45
N = 75.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- a3<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	7
4	16
Total	23

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

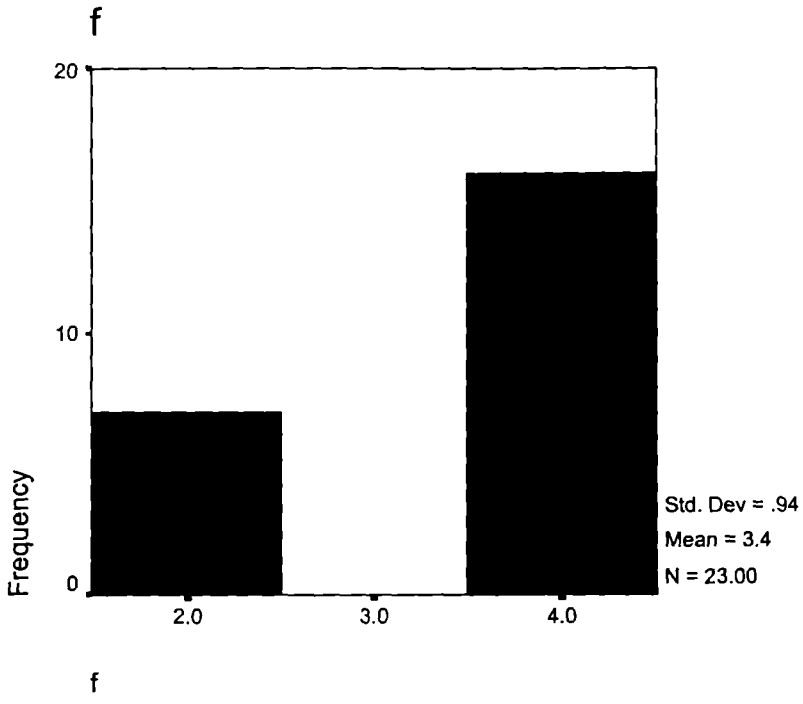
f

N	Valid	23
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	30.4	30.4	30.4
	4	16	69.6	69.6	100.0
	Total	23	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- **(8)**

T-Test

Group Statistics

	gender	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 2	25	3.28	.89	.18
	< 2	25	2.68	.48	9.52E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	23.702	.000	2.970	48	.005	.60	.20	.19	1.01
	Equal variances not			2.970	36.679	.005	.60	.20	.19	1.01

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	assumed									

- g>=2

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
2	7	7.5	-.5
3	4	10.5	-6.5
4	14	7.0	7.0
Total	25		

Test Statistics

	f
Chi-Square	11.057
df	2
Asymp. Sig.	.004

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 7.0.

Frequencies

Statistics

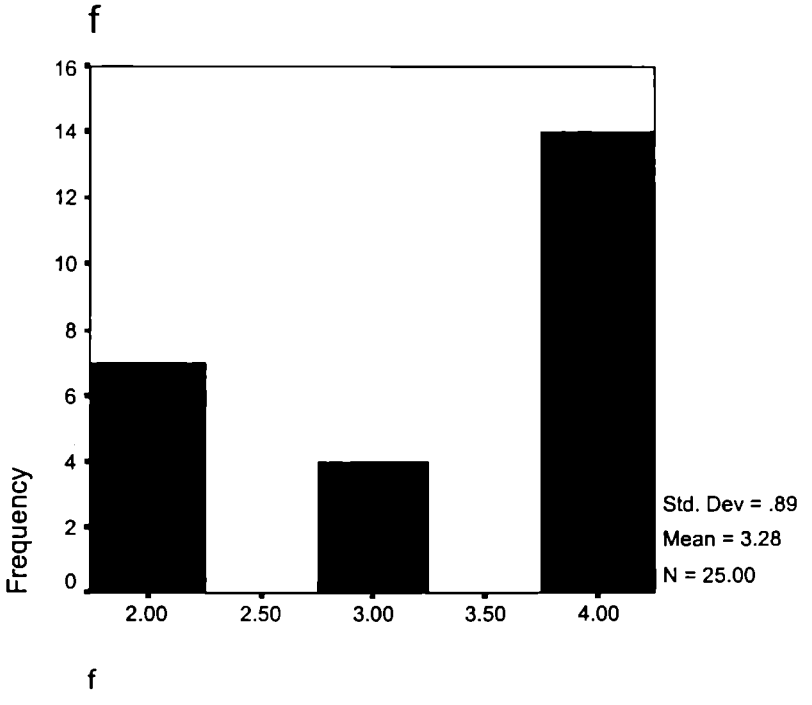
f

N	Valid	25
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	7	28.0	28.0	28.0
	3	4	16.0	16.0	44.0
	4	14	56.0	56.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .89
Mean = 3.28
N = 25.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- g<2

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	8
3	17
Total	25

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

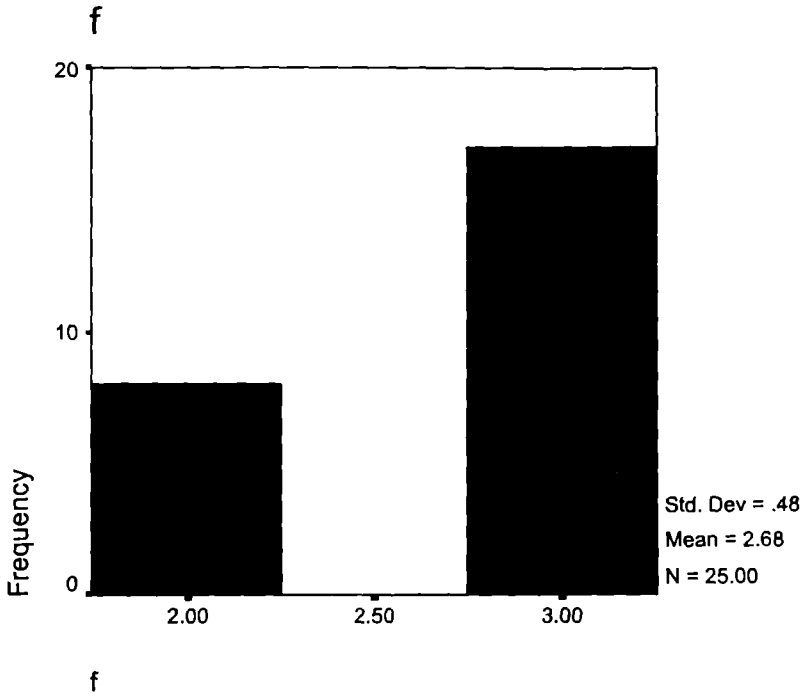
f

N	Valid	25
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	8	32.0	32.0	32.0
	3	17	68.0	68.0	100.0
	Total	25	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- **(9)**

T-Test

Group Statistics

	e33	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	342	3.63	.78	4.20E-02
	< 3	278	3.16	.99	5.93E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	6.188	.013	6.588	618	.000	.47	7.10E-02	.33	.61
	Equal variances not assumed			6.429	518.757	.000	.47	7.27E-02	.32	.61

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- e33>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	15
3	146
4	133
5	48
Total	342

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

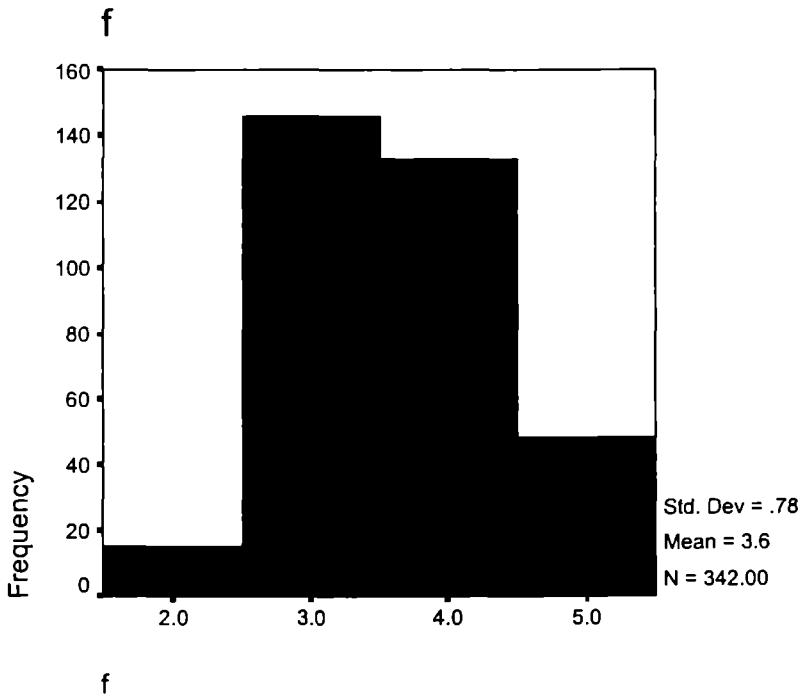
f

N	Valid	342
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	15	4.4	4.4	4.4
	3	146	42.7	42.7	47.1
	4	133	38.9	38.9	86.0
	5	48	14.0	14.0	100.0
	Total	342	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
160
140
120
100
80
60
40
20
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .78
Mean = 3.6
N = 342.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- e33<3

NPar Tests

NPar Tests

f

	Observed N	Expected N	Residual
1	10	4.4	5.6
2	59	33.1	25.9
3	114	116.5	-2.5
4	67	89.8	-22.8
5	28	34.2	-6.2
Total	278		

Test Statistics

	f
Chi-Square	34.196
df	4
Asymp. Sig.	.000

a 1 cells (20.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 4.4.

Frequencies

Statistics

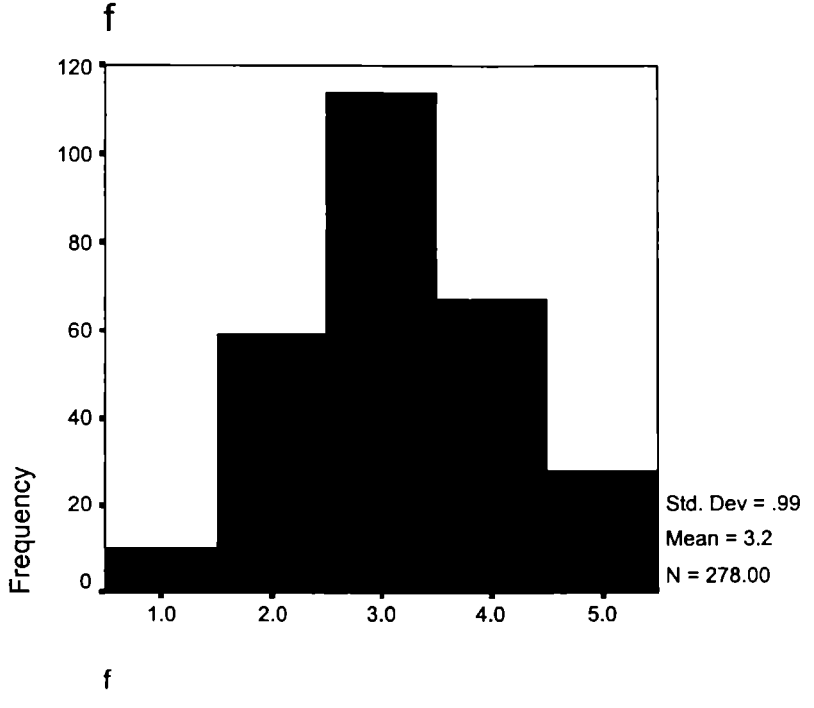
f

N	Valid	278
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	10	3.6	3.6	3.6
	2	59	21.2	21.2	24.8
	3	114	41.0	41.0	65.8
	4	67	24.1	24.1	89.9
	5	28	10.1	10.1	100.0
	Total	278	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
120
100
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .99
Mean = 3.2
N = 278.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (10)

T-Test

Group Statistics

	b2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	203	3.49	.73	5.15E-02
	< 3	135	3.87	.75	6.43E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	.618	.432	-4.647	336	.000	-.38	8.21E-02	-.54	-.22
	Equal variances not			-4.629	283.529	.000	-.38	8.24E-02	-.54	-.22

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	assumed									

- b2>= 3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
2	11	8.9	2.1
3	99	86.7	12.3
4	75	79.0	-4.0
5	18	28.4	-10.4
Total	203		

Test Statistics

	f
Chi-Square	6.249
df	3
Asymp. Sig.	.100

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 8.9.

Frequencies

Statistics

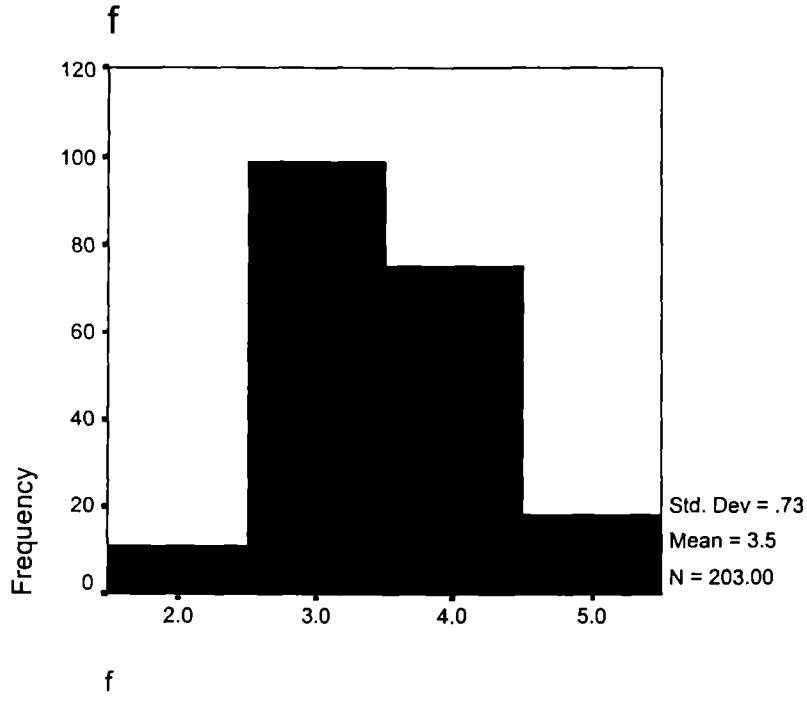
f

N	Valid	203
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	11	5.4	5.4	5.4
	3	99	48.8	48.8	54.2
	4	75	36.9	36.9	91.1
	5	18	8.9	8.9	100.0
	Total	203	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
120
100
80
60
40
20
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
f
Std. Dev = .73
Mean = 3.5
N = 203.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- b2<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
3	47
4	58
5	30
Total	135

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

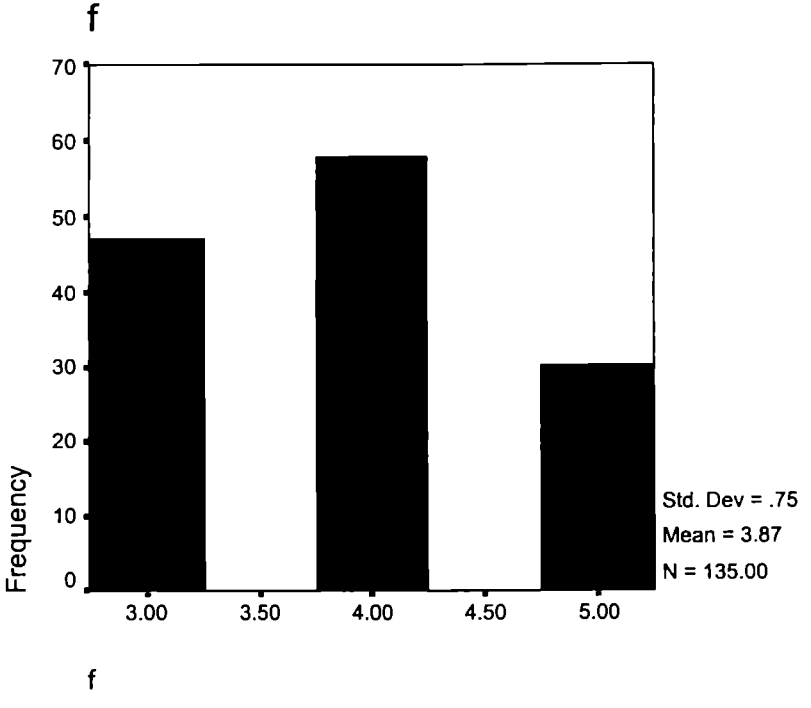
f

N	Valid	135
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	47	34.8	34.8	34.8
	4	58	43.0	43.0	77.8
	5	30	22.2	22.2	100.0
	Total	135	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
70
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
4.50
5.00
Std. Dev = .75
Mean = 3.87
N = 135.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (11)

T-Test

Group Statistics

	b2	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	198	3.41	.98	6.98E-02
	< 3	80	2.53	.67	7.54E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	13.406	.000	7.417	276	.000	.89	.12	.65	1.13
	Equal			8.652	210.390	.000	.89	.10	.69	1.09

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	variances not assumed									

- b2>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
1	5	7.1	-2.1
2	28	42.0	-14.0
3	73	81.2	-8.2
4	64	47.7	16.3
5	28	20.0	8.0
Total	198		

Test Statistics

	f
Chi-Square	14.870
df	4
Asymp.	.005

Sig.	

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 7.1.

Frequencies

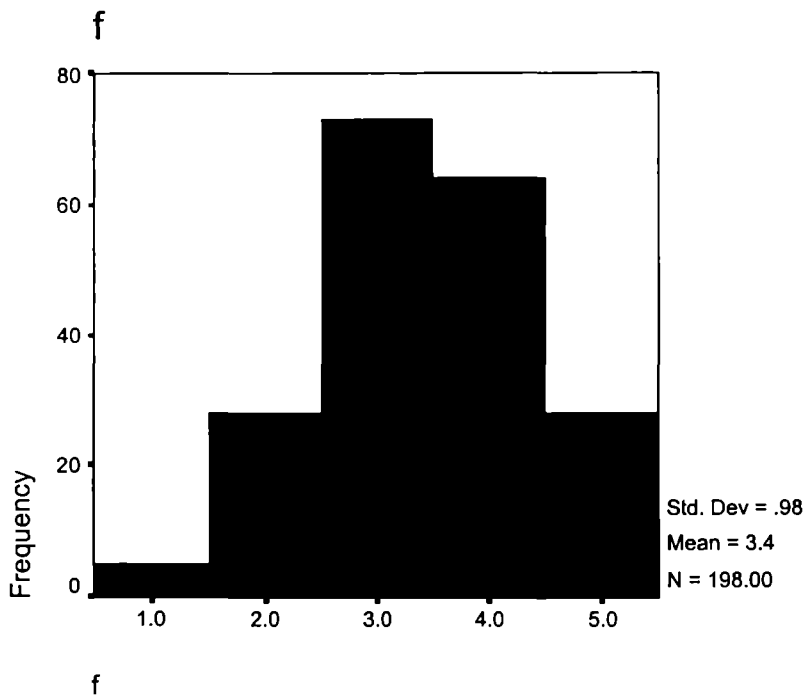
Statistics

f

N	Valid	198
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	2.5	2.5	2.5
	2	28	14.1	14.1	16.7
	3	73	36.9	36.9	53.5
	4	64	32.3	32.3	85.9
	5	28	14.1	14.1	100.0
	Total	198	100.0	100.0	


f
80
60
40
20
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
f
Std. Dev = .98
Mean = 3.4
N = 198.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- b2<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
1	5
2	31
3	41
4	3
Total	80

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

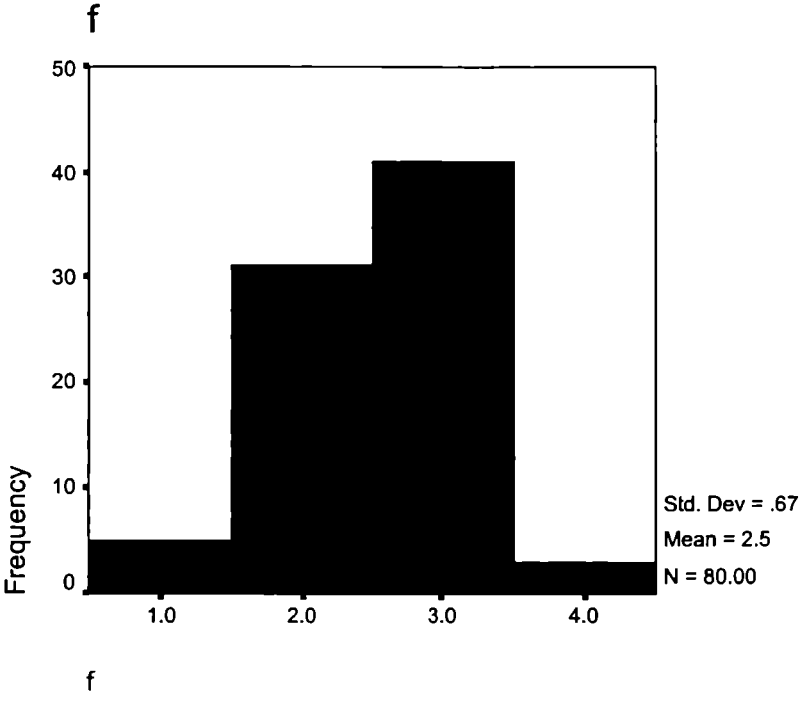
f

N	Valid	80
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	6.3	6.3	6.3
	2	31	38.8	38.8	45.0
	3	41	51.3	51.3	96.3
	4	3	3.8	3.8	100.0
	Total	80	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (12)

T-Test

Group Statistics

	d12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	171	3.33	.59	4.54E-02
	< 3	32	4.34	.83	.15

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
	Equal	14.936	.000	-8.253	201	.000	-1.01	.12	-1.25	-.77

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	variances assumed									
	Equal variances not assumed			-6.598	37.208	.000	-1.01	.15	-1.32	-.70

- d12>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	11
3	92
4	68
Total	171

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

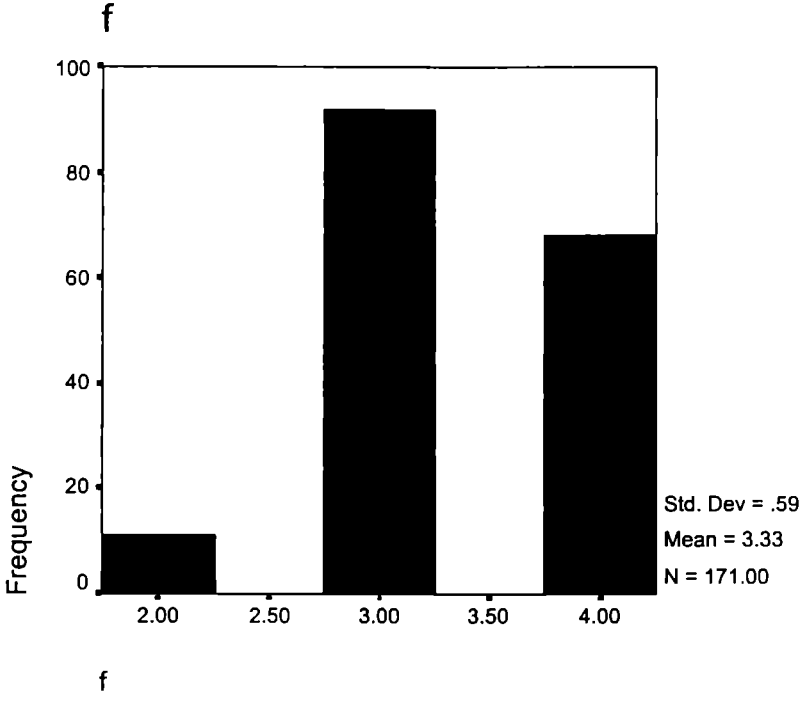
f

N	Valid	171
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	11	6.4	6.4	6.4
	3	92	53.8	53.8	60.2
	4	68	39.8	39.8	100.0
	Total	171	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
100
80
60
40
20
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .59
Mean = 3.33
N = 171.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- d12<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
3	7
4	7
5	18
Total	32

a 3 cells were generated, but 4 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

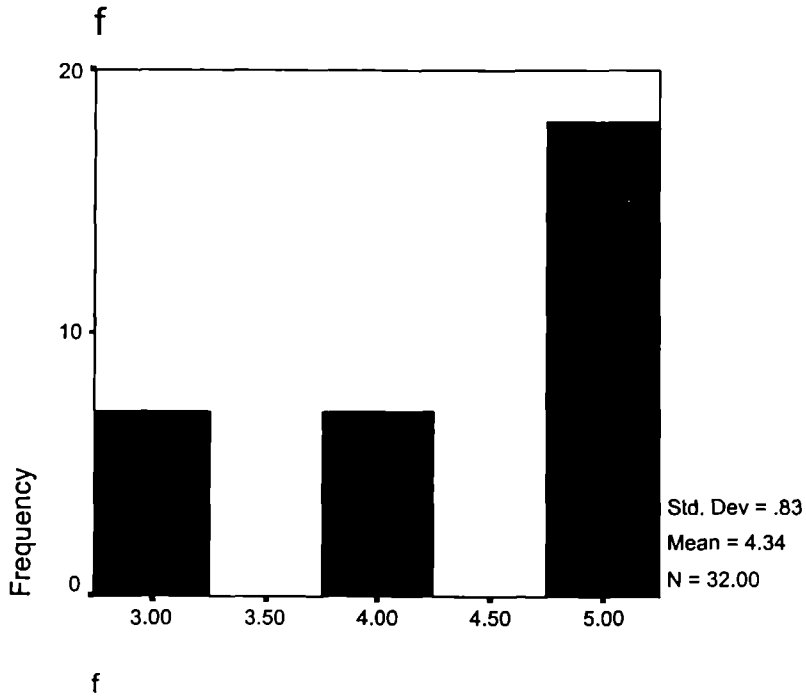
f

N	Valid	32
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	7	21.9	21.9	21.9
	4	7	21.9	21.9	43.8
	5	18	56.3	56.3	100.0
	Total	32	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
4.50
5.00
f
Std. Dev = .83
Mean = 4.34
N = 32.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (13)

T-Test

Group Statistics

	d11	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 2	100	4.09	.71	7.12E-02
	< 2	35	3.26	.44	7.50E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal	4.222	.042	6.485	133	.000	.83	.13	.58	1.09

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	variances assumed									
	Equal variances not assumed			8.056	96.156	.000	.83	.10	.63	1.04

- d11>=2

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
3	21	34.8	-13.8
4	49	43.0	6.0
5	30	22.2	7.8
Total	100		

Test Statistics

	f
Chi-Square	9.050
df	2

Asymp. Sig.	.011

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 22.2.

Frequencies

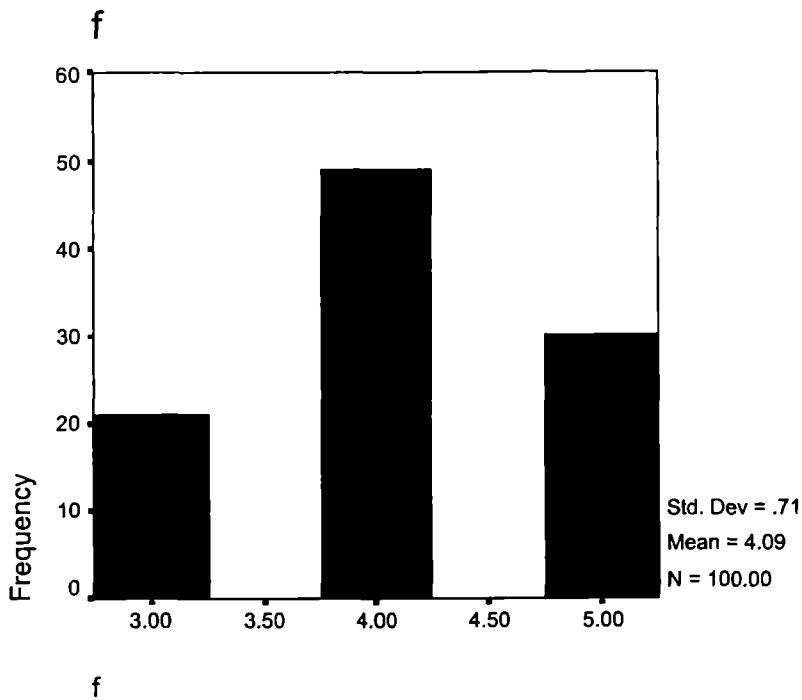
Statistics

f

N	Valid	100
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	21	21.0	21.0	21.0
	4	49	49.0	49.0	70.0
	5	30	30.0	30.0	100.0
	Total	100	100.0	100.0	


f
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
4.50
5.00
Std. Dev = .71
Mean = 4.09
N = 100.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- D11<2

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
3	26
4	9
Total	35

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

Frequencies

Statistics

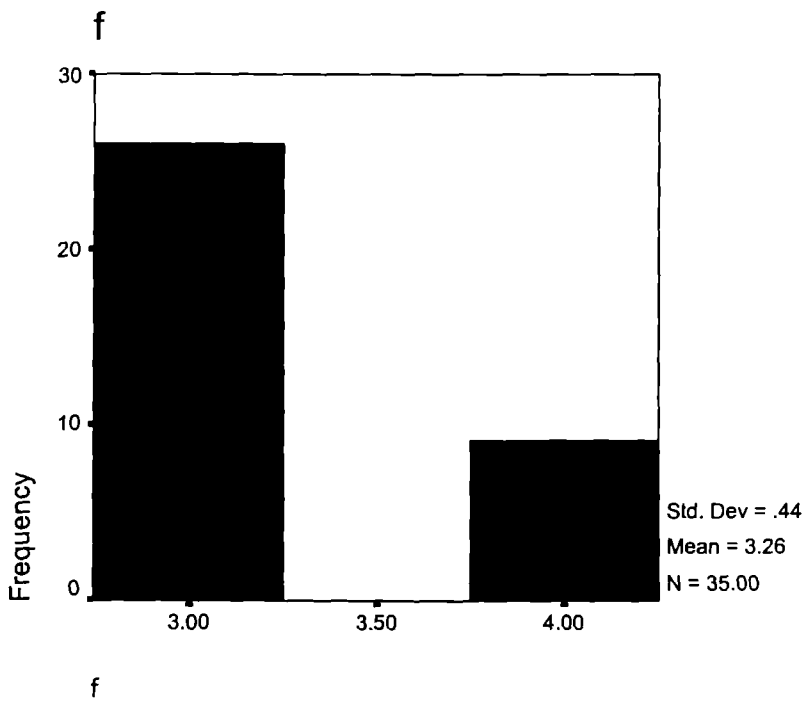
f

N	Valid	35
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	26	74.3	74.3	74.3
	4	9	25.7	25.7	100.0
	Total	35	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (14)

T-Test

Group Statistics

	d12	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	156	3.62	.99	7.90E-02
	< 3	42	2.67	.48	7.36E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances	17.963	.000	6.035	196	.000	.95	.16	.64	1.26

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

	assumed									
	Equal variances not assumed			8.785	140.512	.000	.95	.11	.74	1.16

- d12>= 3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
1	5	3.9	1.1
2	14	22.0	-8.0
3	45	57.6	-12.6
4	64	50.4	13.6
5	28	22.0	6.0
Total	156		

Test Statistics

	f

Chi-Square	11.264
df	4
Asymp. Sig.	.024

a 1 cells (20.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 3.9.

Frequencies

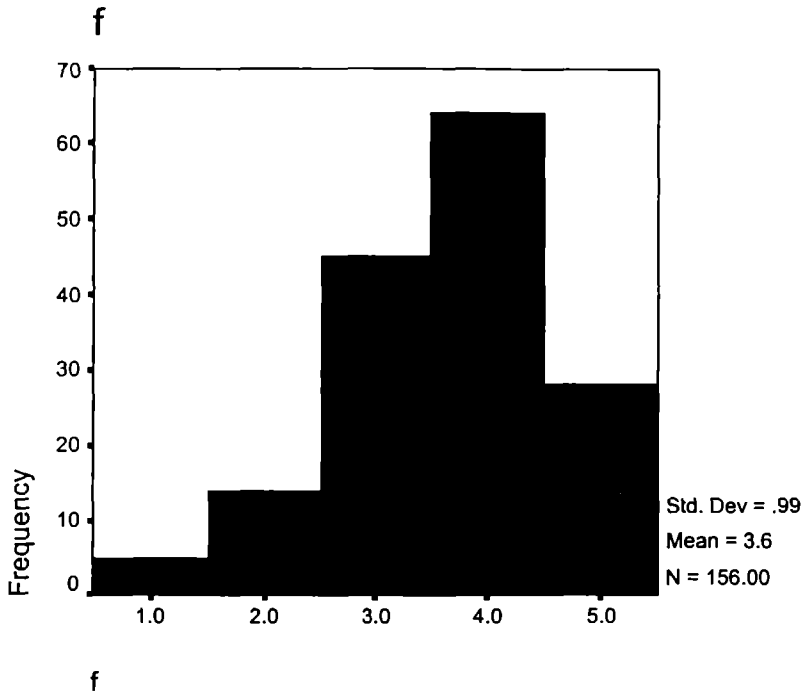
Statistics

f

N	Valid	156
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	3.2	3.2	3.2
	2	14	9.0	9.0	12.2
	3	45	28.8	28.8	41.0
	4	64	41.0	41.0	82.1
	5	28	17.9	17.9	100.0
	Total	156	100.0	100.0	


f
70
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
5.0
Std. Dev = .99
Mean = 3.6
N = 156.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- d12<3

NPar Tests

Chi-Square Test

Frequencies

f

	Observed N
2	14
3	28
Total	42

a 2 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

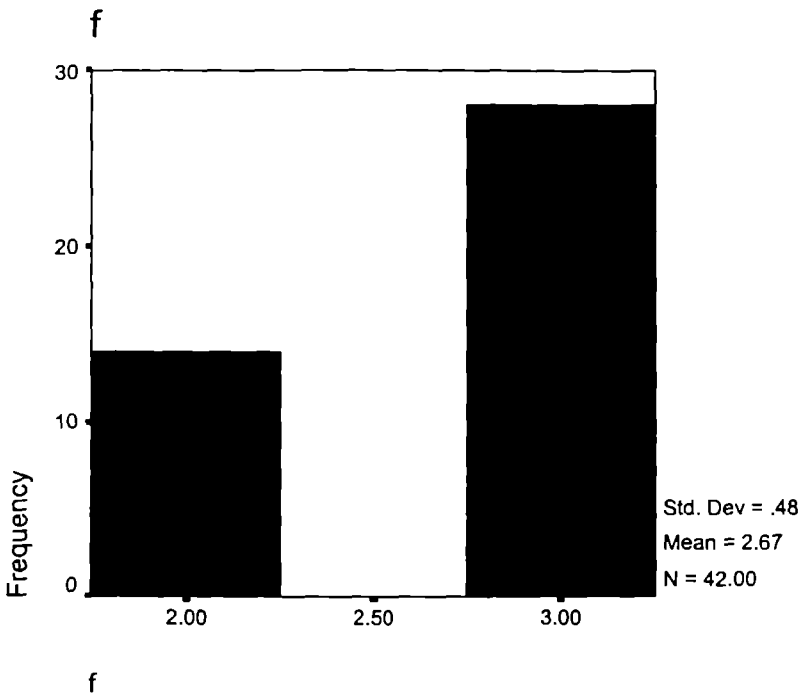
f

N	Valid	42
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	14	33.3	33.3	33.3
	3	28	66.7	66.7	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (15)

T-Test

Group Statistics

	d21	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	106	3.58	.50	4.82E-02
	< 3	65	2.94	.53	6.53E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	16.889	.000	7.956	169	.000	.64	8.01E-02	.48	.80
	Equal variances not assumed			7.844	129.369	.000	.64	8.12E-02	.48	.80

- d21>= 3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
3	45
4	61
Total	106

a 2 cells were generated, but 3 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

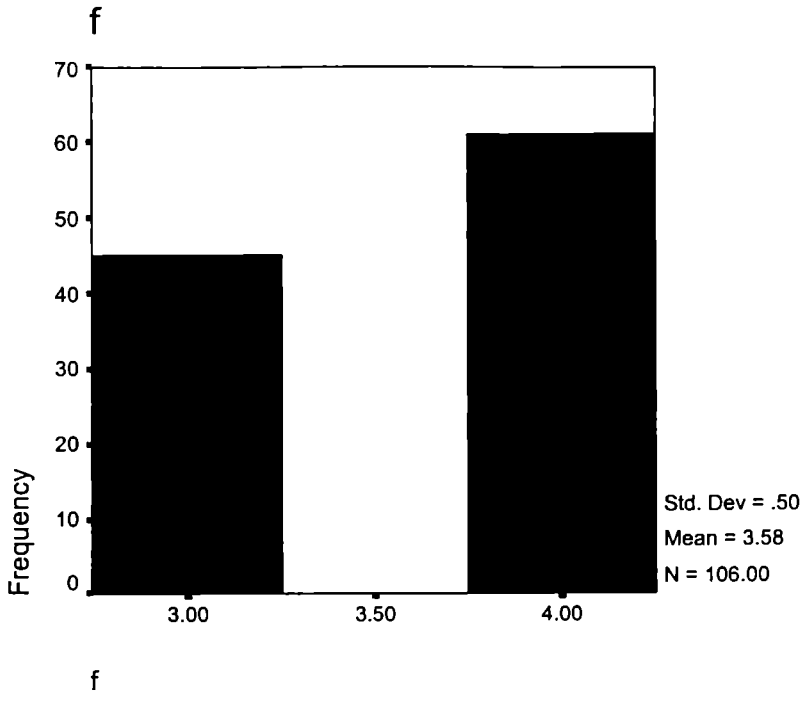
f

N	Valid	106
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	45	42.5	42.5	42.5
	4	61	57.5	57.5	100.0
	Total	106	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
70
60
50
40
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .50
Mean = 3.58
N = 106.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- d21<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
2	11	4.2	6.8
3	47	35.0	12.0
4	7	25.9	-18.9
Total	65		

Test Statistics

	f
Chi-Square	29.149
df	2
Asymp. Sig.	.000

a 1 cells (33.3%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 4.2.

Frequencies

Statistics

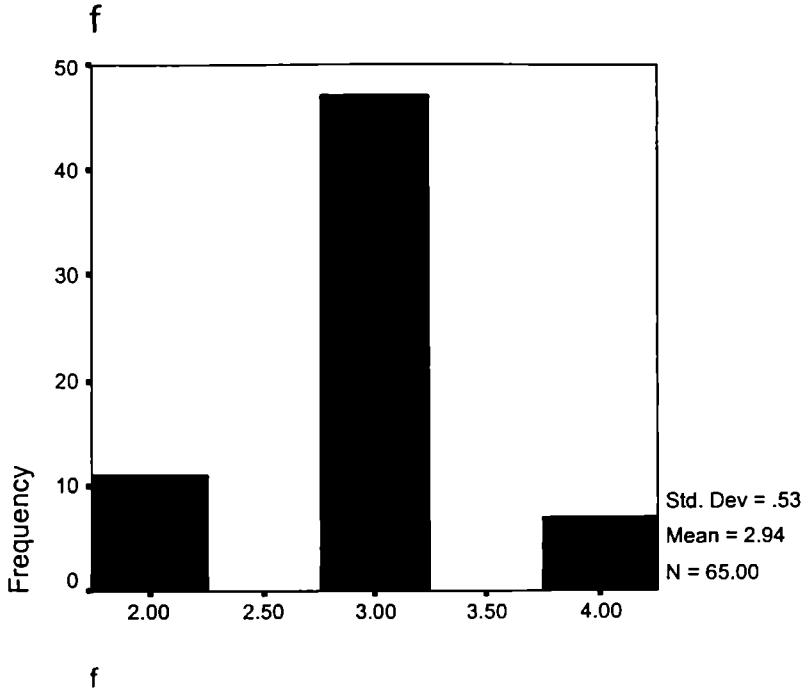
f

N	Valid	65
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	11	16.9	16.9	16.9
	3	47	72.3	72.3	89.2
	4	7	10.8	10.8	100.0
	Total	65	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
50
40
30
20
10
0
Frequency
2.00
2.50
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .53
Mean = 2.94
N = 65.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (16)

T-Test

Group Statistics

	Education	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 3	64	3.70	.46	5.76E-02
	< 3	42	3.38	.49	7.58E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	2.798	.097	3.430	104	.001	.32	9.39E-02	.14	.51
	Equal variances not assumed			3.384	83.754	.001	.32	9.52E-02	.13	.51

A2>=3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
3	19	27.2	-8.2
4	45	36.8	8.2
Total	64		

Test Statistics

	f
Chi-Square	4.299
df	1
Asymp. Sig.	.038

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 27.2.

Frequencies

Statistics

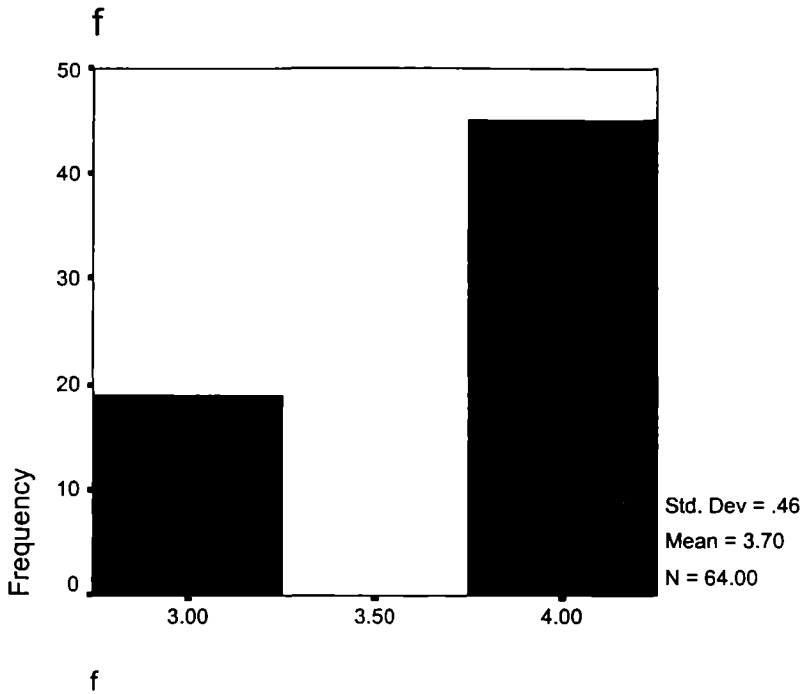
f

N	Valid	64
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	19	29.7	29.7	29.7
	4	45	70.3	70.3	100.0
	Total	64	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
50
40
30
20
10
0
Frequency
3.00
3.50
4.00
Std. Dev = .46
Mean = 3.70
N = 64.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- a2<3

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N	Expected N	Residual
3	26	17.9	8.1
4	16	24.1	-8.1
Total	42		

Test Statistics

	f
Chi-Square	6.472
df	1
Asymp. Sig.	.011

a 0 cells (.0%) have expected frequencies less than 5. The minimum expected cell frequency is 17.9.

Frequencies

Statistics

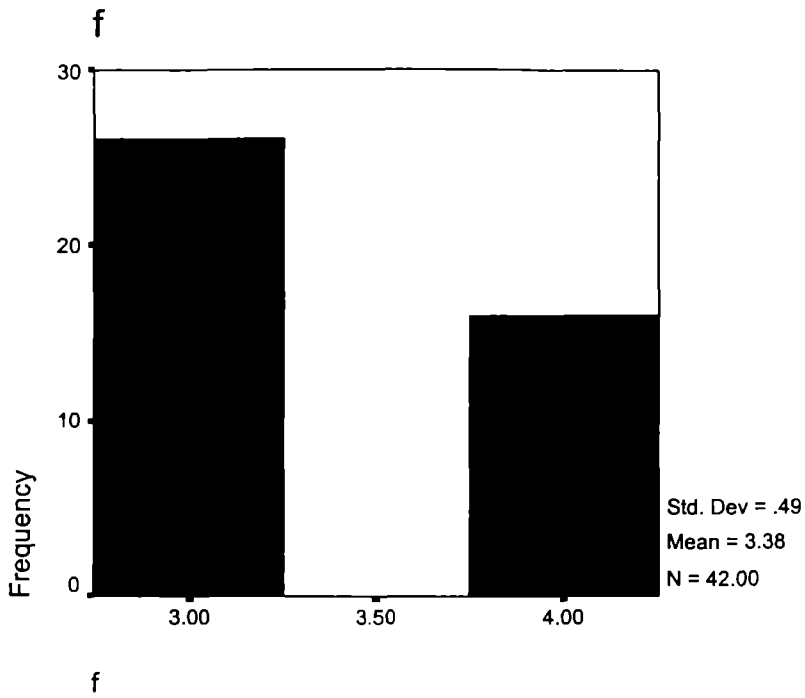
f

N	Valid	42
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	3	26	61.9	61.9	61.9
	4	16	38.1	38.1	100.0
	Total	42	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- (17)

T-Test

Group Statistics

	gender	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
f	>= 2	43	2.93	1.01	.15
	< 2	103	3.86	.89	8.73E-02

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
									Lower	Upper
f	Equal variances assumed	.574	.450	-5.568	144	.000	-.93	.17	-1.27	-.60
	Equal variances not assumed			-5.277	70.377	.000	-.93	.18	-1.29	-.58

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- g>=2

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
1	5
2	8
3	15
4	15
Total	43

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

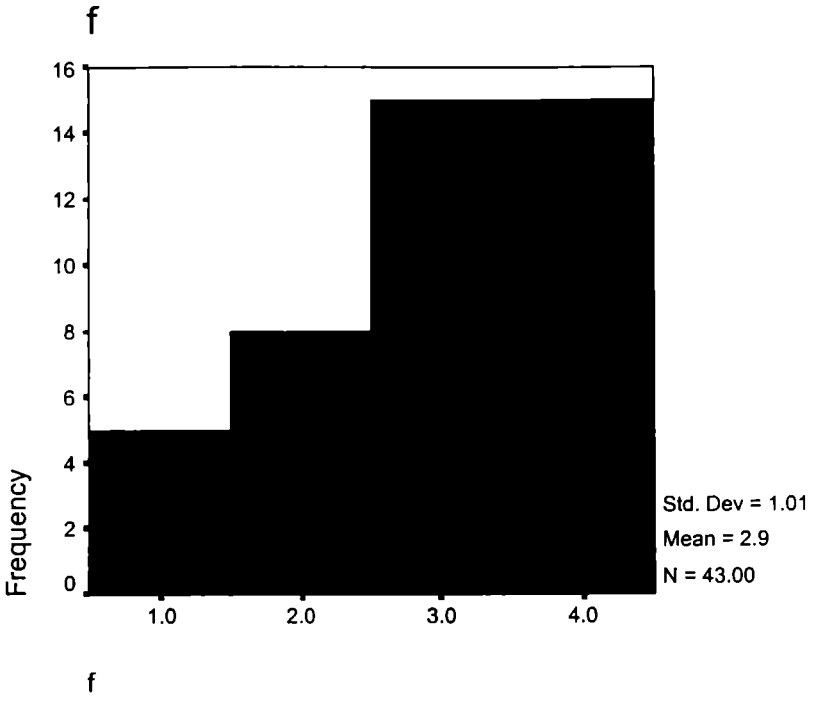
Statistics

f

N	Valid	43
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	5	11.6	11.6	11.6
	2	8	18.6	18.6	30.2
	3	15	34.9	34.9	65.1
	4	15	34.9	34.9	100.0
	Total	43	100.0	100.0	


f
16
14
12
10
8
6
4
2
0
Frequency
1.0
2.0
3.0
4.0
Std. Dev = 1.01
Mean = 2.9
N = 43.00
f

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

- g<2

NPar Tests

Chi-Square Test

f

	Observed N
2	6
3	30
4	39
5	28
Total	103

a 4 cells were generated, but 5 expected frequencies were specified.

Frequencies

Statistics

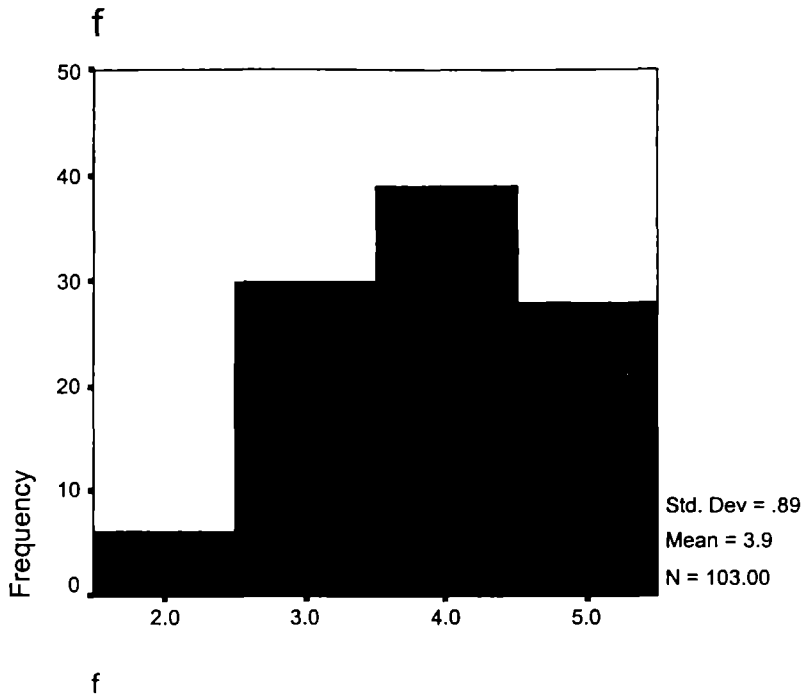
f

N	Valid	103
	Missing	0

f

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2	6	5.8	5.8	5.8
	3	30	29.1	29.1	35.0
	4	39	37.9	37.9	72.8
	5	28	27.2	27.2	100.0
	Total	103	100.0	100.0	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5


f
50
40
30
20
10
0
Frequency
2.0
3.0
4.0
5.0
f
Std. Dev = .89
Mean = 3.9
N = 103.00

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 5