



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΟΡΓΑΝΩΣΗΣ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**«Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΑΝΤΙΛΑΜΒΑΝΟΜΕΝΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ
ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ Η ΔΙΑΜΟΡΦΩΣΗ ΣΤΑΣΕΩΝ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ
ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ»**

της

ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑΣ ΣΠΥΡ. ΜΕΛΙΣΤΑ

Επιβλέπων:

ΒΑΣΙΛΕΙΑΔΗΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του διπλώματος μεταπτυχιακών σπουδών
στη Διοίκηση Επιχειρήσεων

Σεπτέμβριος, 2021



**THE EVALUATION OF THE UNDERSTANDED QUALITY OF THE
USERS OF HEALTH SERVICES AND THE FORMATION OF THE
ATTITUDES OF THE USERS REGARDING THE GREEK NATION**

Copyright © Κωνσταντίνα, Μελίστα Σπυρ. 2021

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. Απαγορεύεται η αντιγραφή, αποθήκευση και διανομή της παρούσας εργασίας, εξ ολοκλήρου ή τμήματος αυτής, για εμπορικό σκοπό. Επιτρέπεται η ανατύπωση, αποθήκευση και διανομή για σκοπό μη κερδοσκοπικό, εκπαιδευτικής ή ερευνητικής φύσης, υπό την προϋπόθεση να αναφέρεται η πηγή προέλευσης και να διατηρείται το παρόν μήνυμα.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας» του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων. Το περιεχόμενο αυτής της εργασίας δεν απηχεί απαραίτητα τις απόψεις του Τμήματος, του Επιβλέποντα, ή της Επιτροπής που την ενέκρινε.

Υπεύθυνη Δήλωση

Βεβαιώνω ότι είμαι συγγραφέας αυτής της εργασίας και ότι κάθε βοήθεια την οποία είχα για την προετοιμασία της είναι πλήρως αναγνωρισμένη και αναφέρεται στην εργασία. Επίσης έχω αναφέρει τις όποιες πηγές από τις οποίες έκανα χρήση δεδομένων, ιδεών ή λέξεων, είτε αυτές αναφέρονται ακριβώς είτε παραφρασμένες. Επίσης βεβαιώνω ότι αυτή η εργασία προετοιμάστηκε από εμένα προσωπικά ειδικά για τις απαιτήσεις του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας του Τμήματος Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων του Πανεπιστημίου Μακεδονίας.

(υπογραφή)

Κωνσταντίνα Σπυρ. Μελίστα

Ιητρός γαρ ανήρ πολλών αντάξιος άλλων.
Όμηρος

*Αφιερώνω αυτή την προσπάθεια στα παιδιά μου,
Δημοσθένη,
Σπυράγγελο
και Ίριδα*

Ευχαριστίες

Η παρούσα εργασία είναι αποτέλεσμα εκτενούς αναζήτησης και έρευνας. Με την ολοκλήρωσή της, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά όσους συνέβαλλαν στην ολοκλήρωσή της. Θα ήθελα να απευθύνω θερμές ευχαριστίες, στον επιβλέποντα καθηγητή μου, Χρήστο Βασιλειάδη που στήριξε την προσπάθειά μου σε δύσκολες στιγμές, όπως και για την ουσιαστική βοήθεια που μου παρείχε κατά τη διάρκεια της εκπόνησής της, πάντα με τα χρήσιμα και εποικοδομητικά σχόλια που μου προσέφερε.

Τέλος, δε μπορώ να μην αναφερθώ στην οικογένειά μου που ήταν δίπλα μου σε κάθε μου βήμα. Τους ευχαριστώ για την συμπαράστασή τους, ηθική και οικονομική, αλλά κυρίως για την αγάπη τους όλα αυτά τα χρόνια.

Περίληψη

Σκοπός της συγκεκριμένης διπλωματικής εργασίας είναι να καταγράψει την ικανοποίηση ή όχι του πληθυσμού απέναντι στον σύστημα υγείας της χώρας μας. Θα ξεκινήσουμε με μια θεωρητική παρουσίαση με τα χαρακτηριστικά που διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην διαμόρφωση της άποψης των ασθενών, δηλαδή ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια, και στην πορεία θα ακολουθήσει ένας σχολιασμός. Έπειτα θα παρουσιάσουμε δύο έρευνες που καταφέραμε να εντοπίσουμε σχετικά με το θέμα της εργασίας μας. ωστόσο, πέρα από αυτές τις ήδη υπάρχουσες έρευνες επιθυμούμε να διαπιστώσουμε οι ίδιοι την κατάσταση που επικρατεί και να αξιολογήσουμε τα στοιχεία που θα προκύψουν. Για τον λόγο αυτό και για να έχουμε στοιχεία από προσωπικές εμπειρίες προχωρήσαμε στην διεξαγωγή ενός εκτενούς ερωτηματολογίου.

Το ερωτηματολόγιο, πάνω στο οποίο βασίστηκε η έρευνα μας, αποτελείται συνολικά από 34 ερωτήσεις χωρισμένες σε 4 μέρη, σχετικά με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, σχετικά με τις εγκαταστάσεις και τις υποδομές, σχετικά με τις ιατρικές υπηρεσίες και, τέλος, σχετικά με τις διοικητικές υπηρεσίες, των οποίων οι απαντήσεις διατυπώθηκαν σε κλίμακα Likert. Το ερωτηματολόγιο απαντήθηκε από 154 άτομα διάφορων ηλικιακών ομάδων και από τα δύο φύλλα, φυσικά απαντήθηκε ανώνυμα με σκοπό οι απαντήσεις να είναι όσο το δυνατόν πιο αντικειμενικές. Ο αριθμός των ερωτηθέντων είναι ικανοποιητικός έτσι ώστε να είμαστε σε θέση να καταλήξουμε σε έγκυρα συμπεράσματα. Συνεπώς, στο τέλος θα παρουσιάσουμε το ερωτηματολόγιο και έπειτα θα αναλύσουμε ή/σχολιάσουμε τα αποτελέσματα που θα προκύψουν.

Λέξεις – κλειδιά: υγεία, ικανοποίηση, δυσαρέσκεια, ιατροί, νοσηλευτές, ασθενείς

Abstract

The purpose of this thesis is to record the satisfaction or not of the population towards the health system of our country. We will start with a theoretical presentation with the characteristics that play an important role in shaping the opinion of patients, i.e. satisfaction or dissatisfaction, and in the course will follow a commentary. Then we will present two researches that we managed to identify on the subject of our work.

However, in addition to these existing investigations, we want to see for ourselves the prevailing situation and take advantage of the data that will emerge. For this reason and in order to have data from personal experiences, we proceeded to conduct an extensive questionnaire. The questionnaire, on which our research was based, consists of a total of 34 questions divided into 4 parts, on nursing services, on facilities and infrastructure, on medical services and, finally, on administrative services, whose responses were expressed on a Likert scale. The questionnaire was answered by 154 people of different age groups from both sheets, of course it was answered anonymously in order for the answers to be as objective as possible.

The number of respondents is sufficient to be able to reach valid conclusions. Therefore, at the end we will present the questionnaire and then we will analyze and / or comment on the results that will emerge.

Key-words: health, satisfaction, dissatisfaction, doctors, nurses, patients

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	7
Abstract	8
Πίνακας Εικόνων	10
Περιεχόμενα Πινάκων	11
Περιεχόμενα Γραφημάτων.....	13
A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	15
Κεφάλαιο 1. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας	19
1.1 Ορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	21
1.2 Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	26
1.3 Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	27
Κεφάλαιο 2. Η ικανοποίηση των ασθενών.....	32
2.1 Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών.....	32
2.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας...33	
2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	36
2.3.1 Παράγοντες σε σχέση με τους ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας.....	40
2.3.2 Παράγοντες σε σχέση με τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	41
2.4 Οι διαστάσεις της ικανοποίησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	42
2.5 Έρευνες αξιολόγησης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σε συστήματα υγείας.....	47
2.6 Έρευνες ανάλυσης της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	53
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	55
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	55
3.1 Σκοπός.....	55
3.2 Δείγμα	55
3.3 Ερευνητικά ερωτήματα:	56
3.4 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα	79
3.5 Περιορισμοί της έρευνας.....	79
3.6 Διοικητικές υποδείξεις.....	80
Συμπεράσματα.....	81
Βιβλιογραφία.....	83

Πίνακας Εικόνων

Εικόνα 1. Florence Nightingale.....	22
Εικόνα 2. Γράφημα του William Playfair (1801).....	23
Εικόνα 3. Συναισθηματική σχέση ανάμεσα στον θεράποντα και τον ασθενή	41
Εικόνα 4. Επικοινωνία ιατρού με ασθενείς	43

Περιεχόμενα Πινάκων

Πίνακας 1. Εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό	56
Πίνακας 2. Βαθμός στήριξης εκ μέρους των νοσηλευτών.....	57
Πίνακας 3. Συμπαράσταση από το νοσηλευτικό προσωπικό	58
Πίνακας 4. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό.....	59
Πίνακας 5. Βαθμός ενδιαφέροντος του νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς.....	59
Πίνακας 6. Εκδήλωση ευγενικής συμπεριφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού	60
Πίνακας 7. Βαθμός προθυμίας του νοσηλευτικού προσωπικού	61
Πίνακας 8. Ταχύτητα εξυπηρέτησης του νοσηλευτικού προσωπικού.....	61
Πίνακας 9. Διαθέσιμο νοσηλευτικό προσωπικό.....	62
Πίνακας 10. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών αναφορικά με την αναμονή.....	63
Πίνακας 11. Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την χωροταξική επάρκεια.....	63
Πίνακας 12. Επίπεδο ικανοποίησης σχετικά με την καθαριότητα των χώρων	64
Πίνακας 13. Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την καθαριότητα των τουαλετών	65
Πίνακας 14. Ικανοποίηση αναφορικά με τη θερμοκρασία των χώρων.....	65
Πίνακας 15. Επίτευξη διευκόλυνσης πρόσβασης ΑΜΕΑ.....	66
Πίνακας 16. Βαθμός ευκολίας προσανατολισμού	66
Πίνακας 17. Ανταπόκριση ωραρίου λειτουργίας με τις ανάγκες των ασθενών	67
Πίνακας 18. Βαθμός εκσυγχρονισμού του εξοπλισμού.....	68
Πίνακας 19. Αξιοπιστία θεραπόντων ιατρών αναφορικά με την ενημέρωση περί της ασθένειας.....	68
Πίνακας 20. Ικανοποίηση ασθενών σχετικά με την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό.....	69
Πίνακας 21. Βαθμός επίδειξης ενδιαφέροντος εκ μέρους των ιατρών προς τους ασθενείς.....	70
Πίνακας 22. Αίσθημα εμπιστοσύνης στους ιατρούς	70
Πίνακας 23. Ικανοποίηση ασθενών σχετικά με οδηγίες των ιατρών σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή.....	71
Πίνακας 24. Βαθμός ευγενικής συμπεριφοράς εκ μέρους των ιατρών.....	72
Πίνακας 25. Ικανοποίηση ασθενών σχετικά με τον διαθέσιμο χρόνο ιατρών στους ασθενείς.....	72
Πίνακας 26. Βαθμός ευχαρίστησης ασθενών σχετικά με τις οδηγίες των ιατρών.....	73
Πίνακας 27. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από τη διαδικασία της εισαγωγής	74
Πίνακας 28. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων.....	74

Πίνακας 29. Ικανοποίηση από την ταχύτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το διοικητικό προσωπικό	75
Πίνακας 30. Ικανοποίηση ασθενών από την διαδικασία εξόδου	76
Πίνακας 31. Ικανοποίηση από την αναμονή των ασθενών	76
Πίνακας 32. Βαθμός ικανοποίησης από την τήρηση του καθορισμένου ραντεβού των ασθενών με τον θεράποντα ιατρό	77
Πίνακας 33. Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την επικοινωνία ασθενών και διοικητικού προσωπικού	78
Πίνακας 34. Ικανοποίηση ασθενών από την ομαλή τήρηση των διαδικασιών.....	78

Περιεχόμενα Γραφημάτων

Γράφημα 1. Ποσοστιαία απεικόνιση του 1ου ερωτήματος.....	56
Γράφημα 2. Ποσοστιαία απεικόνιση του 2ου ερωτήματος.....	57
Γράφημα 3. Ποσοστιαία απεικόνιση του 3ου ερωτήματος.....	58
Γράφημα 4. Ποσοστιαία απεικόνιση του 4ου ερωτήματος.....	59
Γράφημα 5. Ποσοστιαία απεικόνιση του 5ου ερωτήματος.....	60
Γράφημα 6. Ποσοστιαία απεικόνιση του 6ου ερωτήματος.....	60
Γράφημα 7. Ποσοστιαία απεικόνιση του 7ου ερωτήματος.....	61
Γράφημα 8. Ποσοστιαία απεικόνιση του 8ου ερωτήματος.....	62
Γράφημα 9. Ποσοστιαία απεικόνιση του 9ου ερωτήματος.....	62
Γράφημα 10. Ποσοστιαία απεικόνιση του 10ου ερωτήματος.	63
Γράφημα 11. Ποσοστιαία απεικόνιση του 11ου ερωτήματος	64
Γράφημα 12. Ποσοστιαία απεικόνιση του 12ου ερωτήματος	64
Γράφημα 13. Ποσοστιαία απεικόνιση του 13ου ερωτήματος	65
Γράφημα 14. Ποσοστιαία απεικόνιση του 14ου ερωτήματος	65
Γράφημα 15. Ποσοστιαία απεικόνιση του 15ου ερωτήματος	66
Γράφημα 16. Ποσοστιαία απεικόνιση του 16ου ερωτήματος	67
Γράφημα 17. Ποσοστιαία ανάλυση του 17ου ερωτήματος	67
Γράφημα 18. Ποσοστιαία απεικόνιση του 18ου ερωτήματος	68
Γράφημα 19. Ποσοστιαία απεικόνιση του 19ου ερωτήματος	69
Γράφημα 20. Ποσοστιαία απεικόνιση του 20ου ερωτήματος.....	69
Γράφημα 21. Ποσοστιαία απεικόνιση του 21ου ερωτήματος	70
Γράφημα 22. Ποσοστιαία απεικόνιση του 22ου ερωτήματος	70
Γράφημα 23. Ποσοστιαία απεικόνιση του 23ου ερωτήματος	71
Γράφημα 24. Ποσοστιαία απεικόνιση του 24ου ερωτήματος	72
Γράφημα 25. Ποσοστιαία απεικόνιση του 25ου ερωτήματος	72
Γράφημα 26. Ποσοστιαία απεικόνιση του 26ου ερωτήματος	73
Γράφημα 27. Ποσοστιαία απεικόνιση του 27ου ερωτήματος	74
Γράφημα 28. Ποσοστιαία απεικόνιση του 28ου ερωτήματος	74
Γράφημα 29. Ποσοστιαία απεικόνιση του 29ου ερωτήματος	75

Γράφημα 30. Ποσοστιαία απεικόνιση του 30ου ερωτήματος	76
Γράφημα 31. Ποσοστιαία απεικόνιση του 31ου ερωτήματος	76
Γράφημα 32. Ποσοστιαία απεικόνιση του 32ου ερωτήματος	77
Γράφημα 33. Ποσοστιαία απεικόνιση του 33ου ερωτήματος	78
Γράφημα 34. Ποσοστιαία απεικόνιση του 34ου ερωτήματος	78

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Εισαγωγή

Ύστερα από τις σπουδές μου στον τομέα τη υγείας τα τελευταία χρόνια παρατήρησα πως παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον το κομμάτι της ποιότητας στην χώρο της υγείας. Μέσα από διάφορες έρευνες, συγγράμματα και διατριβές, έχουν πραγματοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετές, διέκρινα πως έχουν γίνει διάφορες προσπάθειες για τον ορισμό και την αποσαφήνιση της, άλλες στοχευμένες και με επιτυχία και άλλες όχι τόσο. Λόγω της παραπάνω ποικιλομορφίας, πέρα από τις αξιοσημείωτες πληροφορίες που προέκυψαν, δημιουργήθηκε και μια σύγχυση γύρω από το θέμα. Αυτό ήταν κυρίως το χαρακτηριστικό που μου κέντρισε το ενδιαφέρον και με παρακίνησε να ασχοληθώ με το εν λόγω ζήτημα.

Προς την αποφυγή παρεξηγήσεων, σε αυτό το σημείο να ξεκαθαρίσω πως δεν πρόκειται για ένα επιστημονικό άρθρο που θα δώσει την οριστική σημασία και έννοια στον όρο της ποιότητας στον τομέα της υγείας, άλλα για μια διπλωματική εργασία στην οποία κατά κύριο λόγο θα ασχοληθούμε με ήδη υπάρχουσες έρευνες, τις οποίες θα συγκεντρώσουμε, θα διατυπώσουμε και θα αναλύσουμε/σχολιάσουμε. Παράλληλα, θα εξετάσουμε και την ικανοποίηση που έχει προκληθεί στους χρήστες μετά από την επαφή και εμπειρία τους με τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Όπως έχει ειπωθεί κατά καιρούς από μεγάλο αριθμό ερευνητών, επαγγελματιών της υγείας αλλά και χρηστών των υπηρεσιών υγείας, η ποιότητα των υπηρεσιών αυτών είναι εξαιρετικά σημαντική για την ικανοποίηση που θα νιώσουν οι χρήστες των δημοσίων υπηρεσιών υγείας. Επομένως, θα καταβάλω ιδιαίτερη προσπάθεια να αποτυπώσω τα επίπεδα ικανοποίησης μέσω της διεξαγωγής ερωτηματολογίου σε ανθρώπους διάφορων ηλικιών και φύλων, οι οποίοι έστω και μια φορά στην ζωή τους έχουν είτε νοσηλευτεί είτε έχουν χρησιμοποιήσει τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας.

Είναι εύλογο να πούμε πως στον τομέα της υγείας όλα έχουν αλλάξει, πάντοτε σκεπτόμενοι και αναφερόμενοι συγκριτικά με την λοιπή κοινωνία, ενδεικτικά οι μεταβολές έχουν παρατηρηθεί στον τρόπο διοίκησης των μονάδων υγείας, στον τρόπο εργασίας, στους συσχετιζόμενους φορείς, τους πολίτες και στους επαγγελματίες στον χώρο της υγείας. Από την αρχαιότητα ακόμη, αλλά και μέχρι το σήμερα, η Ελλάδα ακολουθεί μια τεράστια παράδοση

σον τομέα της υγείας και της ιατρικής. Εν όψει των σύγχρονων αναγκών, κυρίως μετά τις εξελίξεις των δύο τελευταίων χρόνων, ήρθε στην επιφάνεια η σημαντικότητα του παραπάνω κλάδου και κατά συνέπεια προέκυψε η επιτακτική ανάγκη για αλλαγές και βελτιώσεις που θα συμβάλλουν στην κατεύθυνση προς ποιοτικότερη διοίκηση, παραγωγή και ικανοποίηση ασθενή και παράλληλα του ιατρού, ενός τέτοιο είδους αρωγή για να πραγματοποιηθεί πρέπει να ξεκινήσει από την ποιότητα.

Η ποιότητα στον χώρο της υγείας είναι μια έννοια που αδιάκοπα αλλάζει και προσαρμόζεται στις νέες συνθήκες, οι οποίες με την σειρά τους διαμορφώνονται με βάση την αποτύπωση των επιθυμιών, των προσδοκιών και των αναγκών. Ένας καθολικός ορισμός φέρνει σύνδεση μεταξύ της ποιότητας της υγείας με την ικανοποίηση των ασθενών, αφού οι υφιστάμενες και παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι για να εκπληρώνουν τις προσδοκίες του ασθενή. Οι ασθενείς είναι αυτοί που θα κρίνουν της υπηρεσίες υγείας με βάση την υποκειμενική τους γνώμη και εμπειρία, καθώς και σε ποιον βαθμό ικανοποιήθηκαν οι ανάγκες και οι προσδοκίες τους. Συνεπώς, η ικανοποίηση του ασθενούς από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας χρησιμεύει ως ένα ακόμα δεδομένο που θα προστεθεί στα κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας του συστήματος υγείας. Επομένως, για τον λόγο αυτό έχουμε συσσωρευμένο ενδιαφέρον για την έρευνα της ποιότητας και πιο συγκεκριμένα εστιάζοντας στην σχέση που δημιουργείται μεταξύ του ιατρικού προσωπικού και του ασθενή, η λεγόμενη θεραπευτική σχέση, ενώ ταυτόχρονα σημαντική είναι και η επιρροή της θεραπευτικής σχέσης στην γενικότερη ποιότητα ζωής των ασθενών.

Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω, στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος τοποθετούνται οι πράξεις, οι σκέψεις, τα συναισθήματα και η αλληλεπίδραση ανάμεσα στον θεραπευτή και τον θεραπευόμενο. Βασικός πυρήνας της θεραπευτικής σχέσης αποτελεί η αμοιβαία 'υπόσχεση' και των δύο εμπλεκόμενων για συνεργασία, έτσι ώστε να εκπληρωθεί ο κοινός τους στόχος ως προς την θεραπεία. Άρα, η θεραπευτική σχέση αναγνωρίζεται ως το καθοριστικότερο σημείο από το οποίο περνάει αφενός η βελτίωση της παρεχόμενης υγείας κι αφετέρου η βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς που συνδέεται με την παρεχόμενη υγεία. Η προϋπόθεση που απαιτείται σε αυτήν την σχέση είναι η υπόσταση της ποιότητας καθ' όλες τις διαδικασίες, με σκοπό η ποιότητα παροχής υπηρεσιών να χαρακτηριστεί ως ένα από τα σημαντικότερα θέματα επιτεύγματος προτερήματος κάθε ιατρικής/νοσηλευτικής μονάδας.

Γενικά, η έννοια της ποιότητας διαφέρει σε μεγάλο βαθμό στον χώρο της υγείας σε σχέση με τον χώρο των βιομηχανικών επιχειρήσεων. Στις βιομηχανικές επιχειρήσεις η μέγιστη ποιότητα

επιτυγχάνεται με την τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος με σκοπό να αποφευχθούν αποκλίσεις από την διαδικασία και το τελικό αποτέλεσμα. Αφού, όμως, στις μονάδες υγειονομικής περίθαλψης μια τέτοια μέθοδος δεν είναι εφικτή, κυρίως λόγω της διαφορετικότητας των χρηστών, είναι και πολύ πιο πολύπλοκη και σύνθετη από τις βιομηχανικές επιχειρήσεις. Συνεχώς γίνονται εγχειρήματα που αποσκοπούν σε μηδενικό ελάττωμα ή καμία απόκλιση στο χώρο της υγείας, που σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της ‘κακής’ πρακτικής και ενίσχυση της ‘καλής’ πρακτικής. Αμέσως έγινε κατανοητό πως η ποιότητα στον τομέα της υγείας έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα και περιλαμβάνει εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος, άρα είναι επόμενο να μην έχουμε στην διάθεση μας ένα συγκεκριμένο προσδιορισμό για την εν λόγω έννοια. Οι ορισμοί που έχουμε στην διάθεση μας επηρεάζονται από τα άτομα που τους διαμόρφωσαν την εκάστοτε φορά.

Αρχικά, έως και τα τέλη του 1970, η σημασία της ποιότητας στον τομέα της υγείας, καθώς και η διασφάλιση της, είχαν κατά βάση ακαδημαϊκό προσανατολισμό. Από την άλλη, στον χώρο της βιομηχανίας, που γνώριζε ραγδαία εξέλιξη, ήδη από την δεκαετία του 1930 έγινε χρήση των στατιστικών μεθόδων. Όπως αναφέραμε και νωρίτερα, η έννοια της ποιότητας στην πολυσύνθετη, λόγω του ότι συμπεριλαμβάνει την τεχνική αρτιότητα, την αποτελεσματικότητα και την αποδοτικότητα. Ακόμα, περικλείει την προσβασιμότητα και την ασφάλεια των ασθενών, μέσα σε ένα περιθώριο διαρκούς εξέλιξης των παρεχόμενων υπηρεσιών και της προσφερόμενης φροντίδας. Είναι αδύνατο να διαχωρίσουμε την ποιότητα από την γενικότερη λειτουργία ενός τμήματος σε όλους τους τομείς από βασικά θέματα, όπως ενδεικτικά η στελέχωση, η οργάνωση και η διοίκηση μέχρι και την κλινική πρακτική.

Ιδιαίτερου ενδιαφέροντος και άξιο αναφοράς είναι το γεγονός πως η ποιότητα αποτελεί μετρήσιμη έννοια, από την άλλη το περιεχόμενο της διαμορφώνεται από τις κοινωνικοοικονομικές και πολιτισμικές συνθήκες της εκάστοτε χώρας και περιόδου. Λογικά αυτό οφείλεται στο φαινόμενο ότι στον τομέα της υγείας δεν είναι μικρός ο αριθμός των ποσοτικών χαρακτηριστικών, μερικά από αυτά είναι η εκπαίδευση και η εμπειρία του ιατρικού προσωπικού, ο χρόνος αναμονής των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. Κύριο θεμέλιο στην όλη διαδικασία είναι η εύρεση των σημαντικών σημείων ενδιαφέροντος, που με βάση αυτά θα αποτυπωθούν τα πρότυπα καλής πρακτικής και οι δείκτες αξιολόγησης. Μολονότι η καταγραφή των διαδικασιών και ο διαμοιρασμός των αποτελεσμάτων της κλινικής πρακτικής απαιτεί πειθαρχία, ταυτόχρονα κατευθύνει στην δημιουργία συμπερασμάτων που ενισχύουν την επίλυση προβλημάτων και στην συστηματοποίηση δράσεων συμμόρφωσης. Είναι άξιο αναφοράς και κάποιας σημασίας

πως όταν τηρείται μια κοινή μεθοδολογία από το σύνολο των τμημάτων προκύπτει η ευκαιρία, μέσω των έγκυρων αποτελεσμάτων, για πιο αξιόπιστες συγκρίσεις πάνω σε αυτό το κομμάτι, την ίδια στιγμή τα στοιχεία αυτά αποτελούν και ωφέλιμο υλικό στην διαδικασία επεξεργασίας μελετών. Στοχεύει αφενός στην αδιάκοπη βελτίωση της ποιότητας της ζωής των πολιτών, παράμετρος που εντάσσεται στην κοινωνική διάσταση, κι αφετέρου στον καθορισμό του λειτουργικού της ρόλου μέσα από την παραγωγή υπηρεσιών, έργων και προϊόντων, παράμετρος που εντάσσεται στη οικονομική διάσταση. Από την άλλη μεριά έχουμε το πολιτιστικό στοιχείο, το οποίο διαδραματίζει εξίσου σπουδαίο ρόλο, αφού είναι το χαρακτηριστικό αυτό που θα σχηματίσει την ποιότητα θέτοντας ως βάσεις τις πολιτισμικές αξίες της κάθε χρονικής περιόδου.

Μέσα από το πλήθος των ερευνών, ολοένα και αυξάνεται με ταχύτατους ρυθμούς, που έχουν πραγματοποιηθεί τις τελευταίες δεκαετίες, αλλά και την βαρύτητα που έχει δοθεί σε αυτές, αντιλαμβανόμαστε πως η ποιότητα στην υγεία είναι η κυριότερη προτεραιότητα του κάθε συστήματος υγείας, καθώς και υγειονομικού οργανισμού.

Κεφάλαιο 1. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας

Ιστορική αναδρομή

Η βελτίωση της ποιότητας και η αξιολόγησή της απασχόλησαν τον άνθρωπο από την αρχαιότητα, με τον Όρκο του Ιπποκράτη (5ος αιώνας π.Χ.) να αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα ενός κώδικα καλής πρακτικής, ηθικής και δεοντολογίας. Η Αγγλίδα Florence Nightingale, στα τέλη του 19ου αιώνα, ήταν η πρώτη που κατέγραψε και αξιοποίησε επιδημιολογικά στοιχεία κατά τη διάρκεια του Πολέμου της Κριμαίας με στόχο την βελτίωση της περίθαλψης. Παρά τις αντιστάσεις και τις δυσκολίες που συνάντησε στο περιβάλλον της, υπήρξε πρωτοπόρος στην θεμελίωση της σύγχρονης Νοσηλευτικής. Ο Ernest Avery Codman (αρχές του 20ού αιώνα), γενικός χειρουργός στο Νοσοκομείο της Μασαχουσέτης, επικεντρώθηκε στο «τελικό αποτέλεσμα» της περίθαλψης. Για το σκοπό αυτό επανεξέταξε τους ασθενείς του ένα έτος μετά το χειρουργείο, ώστε να αξιολογήσει το μακροπρόθεσμο όφελος και τις ανεπιθύμητες ενέργειες ή τις επιπλοκές της θεραπευτικής παρέμβασης. Ουσιαστικά ήταν ο θεμελιωτής της πρακτική της παρακολούθησης των ασθενών μετά την θεραπεία (follow-up). Αργότερα, ο A. Flexner πρότεινε την καθιέρωση προτύπων λειτουργίας των ιατρικών σχολών, υποστηρίζοντας ότι η ποιότητα της εκπαίδευσης των ιατρών έχει άμεσο αντίκτυπο στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Το 1918, το Αμερικανικό Κολέγιο Χειρουργών θεσμοθέτησε το Πρόγραμμα Νοσοκομειακής Τυποποίησης (Hospital Standardization Program), το οποίο αποτέλεσε πρόδρομο της Επιτροπής Διαπίστευσης των Νοσοκομείων (Joint Commission on Accreditation of Hospitals), που θεσπίστηκε το 1952, ως ένας μη κερδοσκοπικός οργανισμός για την αξιολόγηση της λειτουργίας των νοσοκομείων. Ο Avedis Donabedian, ο οποίος θεωρείται ο πατέρας του όρου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, πραγματοποίησε μία ανασκόπηση μελετών της χρονικής περιόδου 1954–1984, καταγράφοντας και αναλύοντας τις προηγούμενες προσεγγίσεις. Το αποτέλεσμα της μελέτης του Donabedian ήταν η διαμόρφωση ενός πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας βασισμένο στο τρίπτυχο “sound structures, good processes and suitable outcomes” (δηλ. σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα). Πιο αναλυτικά η συστημική προτείνει την διάκριση των υπηρεσιών υγείας σε τρία βασικά στοιχεία:

1. Την δομή, δηλαδή ανθρώπινοι πόροι και υποδομές,

2. Τις διαδικασίες, δηλαδή οργάνωση και λειτουργία του οργανισμού και οαροχή υπηρεσιών,
3. Τα αποτελέσματα, δηλαδή οι δράσεις και οι υπηρεσίες

Το 1980 όρισε την ποιότητα στην υγεία ως το είδος φροντίδας που έχει ως κύριο στόχο την μεγιστοποίηση της καλής υγείας και ευεξίας του ασθενούς λαμβάνοντας υπόψη όχι μόνο τα οφέλη, αλλά και τις απώλειες που εμπεριέχονται στη διαδικασία περίθαλψης και τα επιμέρους σημεία της. Το 1988, τόνισε πως η περίθαλψη πρέπει να αξιολογείται όχι μόνο ως προς το τεχνικό κομμάτι, αλλά περισσότερο σφαιρικά λαμβάνοντας υπόψη τις προτιμήσεις των ασθενών. Δύο χρόνια αργότερα, δημοσίευσε το άρθρο του με τίτλο “The Seven Pillars of Quality” ανέλυσε τα κύρια σημεία της υγειονομικής φροντίδας για την απόδοση ενός πιο σαφή ορισμού της ποιότητας και τα οποία είναι: (1) κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy), (2) αποτελεσματικότητα (effectiveness), (3) αποδοτικότητα (efficiency), (4) βελτιστότητα (optimality), (5) αποδεκτικότητα (acceptability), (6) νομιμότητα (legitimacy) και (7) δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity).

Μία άλλη προσέγγιση από τον Maxwell το 1984, προσδιόρισε την ποιότητα στον τομέα της υγείας βάσει της προσβασιμότητας, το κατά πόσον δηλαδή μπορούν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στην φροντίδα στον σωστό τόπο και χρόνο, αναλόγως των αναγκών τους, σε ένα πλαίσιο ισοτιμίας και αποτελεσματικότητας. Το 1990 η American Medical Association υποστήριξε ότι η παρεχόμενη ιατρική φροντίδα υψηλής ποιότητας συμβάλλει συνεχώς στην βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας, ενώ χαρακτηρίζεται από: (1) έγκαιρη παρέμβαση, (2) πρόληψη των νόσων, (3) ουσιαστική ενημέρωση των ασθενών και (4) αποτελεσματική χρήση των πόρων.

Από την άλλη πλευρά ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας, το 1993, όρισε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών δυνατοτήτων, οι οποίες μπορούν να επιτύχουν τα καλύτερα δυνατά αποτελέσματα, στο πλαίσιο πάντα των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με στόχο πάντα την ικανοποίηση του ασθενή. Ο Nelson (1996) προσδιόρισε την ποιότητα των μονάδων υγείας ως τον βαθμό στον οποίο επιτυγχάνεται η αύξηση της πιθανότητας του επιθυμητού αποτελέσματος χάρη στην καλή επαγγελματική κατάρτιση. Βάσει των ανωτέρων ορισμών που διατυπώθηκαν σε βάθος χρόνου καθίσταται σαφές ότι η ποιότητα στην υγεία είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των ασθενών, μέσω της παροχής αποτελεσματικών υπηρεσιών και φυσικά με τον έλεγχο της σχέσης ωφελειών-κόστους που σχετίζονται με αυτές.

1.1 Ορισμός της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Μέσα από τον χώρο της βιομηχανικής παραγωγής δόθηκε η ευκαιρία για την διατύπωση της έννοιας της ποιότητας στον σύγχρονο κόσμο. Βέβαια, τα τελευταία χρόνια η τοποθέτηση της ποιότητας εξαπλώθηκε σε πολλές και διάφορες δραστηριότητες και τομείς, όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας. Είναι ευρέως αποδεκτό ότι στο πρόσφατο παρελθόν και στο παρόν δίνεται ιδιαίτερη σημασία την έννοια της ποιότητας στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας (Anders & Staffan, 1992).

Πιο αναλυτικά, όταν κάνουμε λόγο για την ποιότητα ενός είδους, αυτό μπορεί να είναι είτε προϊόν είτε υπηρεσία, αναφερόμαστε στον βαθμό που είναι κατάλληλο για χρήση. Η ποιότητα του εν λόγω είδους διαμορφώνεται από την αναμενόμενη ομοιομορφία και αξιοπιστία του σε μικρό κόστος, καθώς και πόσο κατάλληλο είναι για την αγορά. Επιπρόσθετα, στην ποιότητα του είδους αυτού εντάσσουμε και προσαρμοστικότητα του στις απαιτήσεις και τον προσχεδιασμό του. Εν ολίγοις, αν θέλαμε να δώσουμε ένα συγκεκριμένο ορισμό για την ποιότητα θα λέγαμε πως είναι το χαρακτηριστικό των προϊόντων/υπηρεσιών που είναι υπεύθυνο για την ικανοποίηση των πελατών, και όχι απλώς για την προστασία τους ή αποφυγή δυσφοριών και δυσμενών καταστάσεων (Καδδά, et al, 2010).

Ωστόσο, αξίζει να σημειωθεί ότι στο πέρασμα των χρόνων πολλοί ήταν οι ορισμοί που παρουσιάστηκαν για την έννοια της ποιότητας. Από το εν λόγω φαινόμενο προκύπτει το γεγονός πως δεν είναι λίγες οι φορές που δημιουργήθηκε αναταραχή γύρω από τον ορισμό της ποιότητας. Βασικό αίτιο της σύγχυσης αυτής, όμως, είναι πως με άλλο τρόπο μεταφράζεται από τον πελάτη και με άλλον από τον φορέα παροχής υπηρεσιών. Από την μία έχουμε τον πελάτη, ο οποίος προφανώς εκλαμβάνει την ποιότητα μέσω του βαθμού ικανοποίησης των αναγκών του του εκάστοτε προϊόντος, οι οποίες εξαρτώνται και διαμορφώνονται από τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις που έχει. Από την άλλη, ο φορέας παροχής υπηρεσιών αξιολογεί την ποιότητα του προϊόντος μέσω του βαθμού που η παραγωγική διαδικασία συνάδει με τις προϋποθέσεις που έχει κανονίσει η διοίκηση για τον εκάστοτε προϊόν ή υπηρεσία (Marek, 1997).

Συνεπώς, η διοίκηση φροντίζει να διαλέξει το αρμόδιο σχέδιο διαχείρισης για το προϊόν ή την υπηρεσία, έτσι ώστε να κατορθώσουν να ικανοποιήσουν τις απαιτήσεις των πελατών τους, αλλά ταυτόχρονα να πολλαπλασιάσουν και την αγοραστική δύναμη του αντίστοιχου προϊόντος

ή υπηρεσίας. Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η Florence Nightingale που έζησε στην Αγγλία τον 19^ο αιώνα, η οποία αναγνωρίζεται και ως πρωτεργάτης στο κομμάτι της αποσαφήνισης της έννοιας της ποιότητας στον χώρο της υγείας, με απώτερο σκοπό να αναβαθμιστούν οι συνθήκες της παρεχόμενης φροντίδας (Καραγιάννη, 2017).

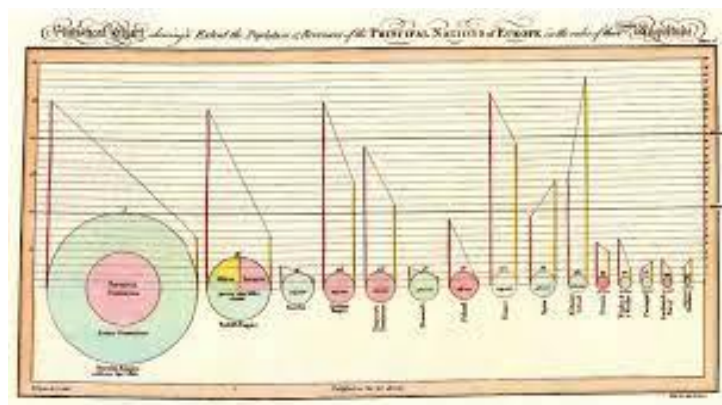


Εικόνα 1. Florence Nightingale

Η προαναφερθείσα την περίοδο του Κριμαϊκού Πολέμου, που συμμετείχε εθελοντικά ως νοσηλεύτρια σε διάφορα νοσοκομεία, διαπίστωσε πως για την ασθένεια και τον θάνατος των στρατιωτών ευθύνονται οι νοσηρές συνθήκες του περιβάλλοντος. Με αυτό τον τρόπο έδωσε έμφαση στην ανάγκη τήρησης των υγιεινών συνθηκών διαβίωσης των στρατιωτών που νοσηλεύονται. Επιπλέον, η Nightingale έκανε την εξής παρατήρηση, οι στρατιώτες που απεβίωναν από τύφο, χολέρα ή δυσεντερία ενώ νοσηλεύονταν στα νοσοκομεία ήταν κατά 10 φορές περισσότεροι από αυτούς που πέθαιναν στα πεδία μάχης (Οικονόμου, 2012).

Λαμβάνοντας υπόψη της το συγκεκριμένο φαινόμενο και αφού συνεργάστηκε με τις εντεταλμένες υπηρεσίες υγιεινής, έφτασε στον σημείο να υποβάλλει αίτηση, και εν τέλει να γίνει δεκτή, αποβλέποντας στην τήρηση υγιεινών συνθηκών διαβίωσης των ασθενών, κατά βάση με την εφαρμογή καλύτερου αερισμού στα τμήματα περίθαλψης, τήρηση μεγαλύτερων αποστάσεων μεταξύ των κρεβατιών, η οποία θα ήταν τουλάχιστον 1.8 μέτρα, και αναβάθμιση του αποχετευτικού συστήματος των νοσοκομείων, δηλαδή συχνότερος καθαρισμός με άνθρακα και άδειασμα των σωληνώσεων (Σαρρής, Χρυσάκης & Σούλης, 2003). Ακολουθώντας τις υποδείξεις της, σημειώθηκε σημαντική μείωση των θανάτων από λοιμώξεις που η αιτία τους ήταν οι συνθήκες νοσηλείας. Πιο συγκεκριμένα, μέσα σε μόλις 6 μήνες το ποσοστό αυτό από 42% μειώθηκε σε 2%. Στην συνέχεια, η Florence Nightingale, χρησιμοποιώντας τα παραπάνω δεδομένα αποπειράθηκε την εκτίμηση και αξιολόγηση των υγειονομικών υπηρεσιών που προσφέρονταν (Οικονόμου, 2012).

Μέσα από την έρευνα και την ανάλυση της η Nightingale ισχυριζόταν πως είναι εφικτό τα κοινωνικά ζητήματα να μετρηθούν, να αναλυθούν και παρουσιαστούν γραφικά. Το εν λόγω εγχείρημα, δηλαδή η συγκέντρωση δεδομένων, ο διαχωρισμός τους σε πίνακα, η μετάφρασή του εννοιολογικά και η αναπαράστασή τους, αποτέλεσε εξέχουσα καινοτομία για τα δεδομένα της εποχής και πιστεύουμε ότι μετά από αυτό μπήκαν τα θεμέλια για την επιστήμη των εφαρμοσμένων στατιστικών. Ακόμα, εκτός από την συγκέντρωση των στοιχείων, οργάνωσε με σύστημα και τις πρακτικές αρχειοθέτησης. Επιπλέον που αξίζει να αναφερθεί είναι πως, για να τα ολοκληρώσει όλα αυτά, έκανε χρήση του ‘γραφήματος πίτα’, το οποίο ανέπτυξε ο William Playfair το 1801 και έχει ονομαστεί εναλλακτικά πολικό γράφημα.



Εικόνα 2. Γράφημα του William Playfair (1801)

Στην ουσία, πρόκειται για ένα σύγχρονο ιστόγραμμα, που παρουσιάζει τις εποχιακές αιτίες θνησιμότητας των ασθενών στο στρατιωτικό νοσοκομείο (Κοτσαγιώργη & Καλλιρόη, 2010).

Οι όροι που αφορούν το περιεχόμενο της έννοιας της ποιότητας στον χώρο της υγείας, τους οποίους συναντάμε πιο συχνά είναι οι εξής:

- ❖ Η ποιότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί το κορυφαίο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για οποιονδήποτε νοσηλευόμενο, η οποία επικεντρώνεται στην ανάπτυξη της ενσυναίσθησης και την φροντίδα των εργαζόμενων της υγείας ως προς τις λογικές απαιτήσεις των ασθενών και του οικογενειακού τους περιβάλλοντος. Ως εκ τούτου, να συνδέεται τόσο η τελεσφόρηση όσο και η αξία των υπηρεσιών που προσφέρονται.
- ❖ Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι άμεσα συνδεδεμένη με το επίπεδο αύξησης του ποσοστού επίτευξης των αποτελεσμάτων, που έχουν τεθεί ως στόχοι, των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται είτε ατομικά είτε συλλογικά.
- ❖ Ποιότητα για ένα είδος, που μπορεί να είναι προϊόν η υπηρεσία, συνιστά το πόσο κατάλληλο είναι για χρήση.

- ❖ Ποιότητα για ένα είδος, που μπορεί να είναι προϊόν ή υπηρεσία, συνιστά η προσαρμοστικότητα του στις απαιτήσεις και τον προσχεδιασμό του.
- ❖ Ποιότητα της υγείας στο κομμάτι της παραγωγής αναβαθμισμένης υγείας και ευχαρίστησης κάποιου πληθυσμού υπολογίζοντας τις ελλείψεις της υφιστάμενης τεχνολογίας, τους περιορισμούς των πόρων και τις επιπτώσεις της νόσου στον πληθυσμό αυτόν (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Αν αναλύσουμε ετυμολογικά την λέξη ποιότητα θα δούμε ότι η ρίζα της είναι η αρχαία λέξη ‘ποιότης’ και άπτεται στο άθροισμα χαρακτηριστικών που αποτελούν ένα προϊόν ή υπηρεσία. Η έννοια της ποιότητας δεν είναι κάτι πρόσφατο ή καινούριο, αλλά υπάρχει και επιχειρείται σχεδόν καθολικά από το σύνολο των τομέων που δραστηριοποιείται ο άνθρωπος, ενώ η αξία και η σπουδαιότητα της είναι αναμφίβολη. Εν τέλει την δεκαετία του 1950, στο πεδίο της βιομηχανικής παραγωγής, διατυπώθηκε η σημερινή έννοια της ποιότητας. Σημαντικός αριθμός μελετητών και επιστημόνων πιστεύει ότι η συγκεκριμένη έννοια δημιουργήθηκε στην Ιαπωνία, με το πέρας του Β’ Παγκοσμίου Πολέμου, τότε που ζήτησαν από τον Αμερικανό στατιστικό Edwards Deming να έρθει με σκοπό να συμβάλει στην μετατροπή των κλασικών παραγωγικών διαδικασιών (Γούλα, 2013).

Ήδη από τα χρόνια του Ιπποκράτη αναζητούσαν τρόπους διασφάλισης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονταν στους πολίτες, καθώς της πρόσδιδαν εξέχουσα σημασία. Με βάση την παραπάνω διαπίστωση καταλαβαίνουμε πως η έγνοια για εξασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας παρουσιάστηκε αρκετά προγενέστερα από ότι στις επιχειρήσεις (Γούλα, 2007).

Το 1990 το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine) ορίζει την ποιότητα στο τομέα της υγείας ως: «το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για τα άτομα και τους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι συνεπείς με την τρέχουσα επαγγελματική γνώση». Αυτός ο ορισμός έχει τις ακόλουθες ιδιότητες:

1. περιλαμβάνει ένα μέτρο κλίμακας,
2. περιλαμβάνει ένα ευρύ φάσμα στοιχείων περίθαλψης,
3. αναγνωρίζει τόσο τα άτομα όσο και τους πληθυσμούς ως τους κατάλληλους στόχους για τις προσπάθειες διασφάλισης της ποιότητας,
4. είναι προσανατολισμένος στο στόχο,

5. αναγνωρίζει ένα στοχαστικό (τυχαίο ή πιθανό) χαρακτηριστικό του αποτελέσματος αλλά αποτιμά το αναμενόμενο καθαρό όφελος

6. υπογραμμίζει τη σημασία των αποτελεσμάτων και συνδέει τη διαδικασία της υγειονομικής περίθαλψης με τα αποτελέσματα,

7. υπογραμμίζει τη σημασία των προτιμήσεων και των αξιών των μεμονωμένων ασθενών και της κοινωνίας και υποδηλώνει ότι αυτές έχουν ενσωματωθεί (ή αναγνωρισθεί) και λαμβάνονται υπόψη στη λήψη αποφάσεων στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης και στη χάραξη πολιτικής και

8. υπογραμμίζει τους περιορισμούς που επιβάλλονται στην επαγγελματική απόδοση από τη σκοπιά των τεχνικών, ιατρικών και επιστημονικών γνώσεων (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Επιπρόσθετα, η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, JCAHO) παραδέχεται ότι η ποιότητα στον χώρο της υγείας οφείλει να εμπεριέχει τις εξής επτά διαστάσεις:

- I. Την ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο προσφέρεται η φροντίδα υγείας,
- II. Την καθολική προσβασιμότητα,
- III. Την καταλληλότητα,
- IV. Την συνέχεια,
- V. Την αποτελεσματικότητα,
- VI. Την αποδοτικότητα της παρεχόμενης φροντίδας,
- VII. Την έγκαιρη προσφορά της.

Αυτό που έχει ιδιαίτερη σημασία και δεν μπορούμε να παραλείψουμε την αναφορά του είναι πως το σημείο τομής συνολικά όσων ειπώθηκαν νωρίτερα σχετικά με την ποιότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί ο «παραλήπτης» των υπηρεσιών και οι ανάγκες που παρουσιάζει κάθε φορά, οι επιθυμίες και οι προσδοκίες του, που είναι αναγκαίο να ικανοποιηθούν (Γούλα, 2013).

Στα διάφορα εγχειρήματα για τον διαχωρισμό της έννοιας της ποιότητας τον χώρο της υγείας από αυτήν στον χώρο της βιομηχανίας έγινε αντιληπτό ότι σχετικά με την υγεία η ποιότητα δέχεται πολύπλοκες έννοιες. Η σημαντικότερη αντίθεση ανάμεσα στους δύο τομείς συναντάται στον ορισμό της ποιότητας και στην συνέχεια στον τρόπο υλοποίησής τους. Από την μία μεριά, στην βιομηχανία, η ποιότητα είναι συνδεδεμένη με εφαρμογή όλων των

αναγκαίων προσχεδιασμών του προϊόντος ή της υπηρεσίας, αποβλέποντας στην μηδαμινή παρέκκλιση όσο διαρκέσει η διαδικασία παραγωγής, αλλά και στο τέλος. Από την άλλη μεριά έχουμε τον τομέα της υγείας, όπου οι απαιτήσεις και επιθυμίες διαφοροποιούνται από ασθενή σε ασθενή, με αποτέλεσμα να κατευθύνουν κάθε φορά αλλιώς την θεραπεία, καθώς και την απόληξη της (Θεοδώρου, 1992).

Συνεπώς, προκύπτει πως η μηδαμινή παρέκκλιση στον τομέα της υγείας ταυτίζεται με συγκεκριμένες υπηρεσίες στους ασθενείς βασισμένες στις εκάστοτε ανάγκες και επιθυμίες τους. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων στον χώρο της υγείας έχει να κάνει κυρίως με την βελτίωση ή πιθανόν και με την εξαφάνιση της λανθασμένης ιατρικής πρακτικής και ενίσχυση της σωστής. Επομένως, η επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα δυσκολότερο εγχείρημα απ' ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία (Κωσταγιόλας, Πλατής Χ.& Ζήμερας, 2006).

Με βάση την σύγχρονη σημασία που της αποδόθηκε, η ποιότητα στις μέρες συντελεί το σύνολο των γνωρισμάτων του προϊόντος ή της υπηρεσίας που ψάχνει ο πελάτης με στόχο να ικανοποιήσει τις ανάγκες και απαιτήσεις του. Στην ουσία αποτελεί τον βαθμό κατά τον οποίο ένα προϊόν/υπηρεσία είναι ικανό να ανταποκριθεί στις απαιτήσεις, στις προσδοκίες και τις επιθυμίες του καταναλωτή. Ο Avedis Donabedian, ο οποίος ήταν ο πρώτος που δραστηριοποιήθηκε στο θέμα, σημείωσε ότι τα στοιχεία που έχουν καθοριστική σημασία στην πορεία της ποιότητας είναι το τεχνικό και διαπροσωπικό μέρος, καθώς και η ξενοδοχειακή υποδομή. Την ποιότητα την διέπει το υποκειμενικό στοιχείο, αφού ο εκάστοτε καταναλωτής θα κρίνει και θα αποφανθεί αν και κατά πόσο τελικά το προϊόν/υπηρεσία ικανοποιεί τις ανάγκες, επιθυμίες ή προσδοκίες του (Porter & Teisberg, 2009).

1.2 Τα χαρακτηριστικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Όπως ήδη αναφέραμε η έννοια της ποιότητας στον χώρο της υγείας διαφέρει αισθητά από αυτήν στην βιομηχανία. Μία ακόμα διαφοροποίηση είναι πως η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας χρειάζεται μεγαλύτερη προσπάθεια και είναι αρκετά δυσκολότερο να πραγματοποιηθεί σε ικανοποιητικό βαθμό από ότι στην βιομηχανία. Διακριτά χαρακτηριστικά στον κλάδο της υγείας καθιστούν δύσκολη την οριοθέτηση μέτρων ποιότητας, με αποτέλεσμα οι απόψεις των χρηστών των παρεχόμενων υπηρεσιών να είναι υποκειμενικές και να διαφέρουν μεταξύ τους

(Σκορδή, 1997). Τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας που καθιστούν την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας πολύ πιο πολύπλοκη είναι τα εξής:

❖ *Άυλη φύση (Intangibility)*: οι υπηρεσίες δεν συνιστούν αντικείμενα αλλά διαδικασίες, επομένως δεν είναι εφικτό οι καταναλωτές να τις δουν ή να τις αγγίξουν, έτσι ώστε να τις δοκιμάσουν και να τις αξιολογήσουν. Η πορεία που ακολουθείται δεν είναι ίδια όπως με τα αντικείμενα, δηλαδή η αποθήκευση, η τυποποίηση, η παρουσίαση και ο καθορισμός της τιμής τους.

❖ *Αδυναμία διαχωρισμού της παραγωγής από την κατανάλωση (inseparability)*: στην προκειμένη περίπτωση η διαδικασία της παραγωγής και της κατανάλωσης είναι άμεσα συνδεδεμένες. Στις υπηρεσίες η παραγωγή και η κατανάλωση εκτελούνται παράλληλα και δεν είναι δυνατόν να παραχθούν ομαδικά. Επίσης, οι πελάτες τις περισσότερες φορές είναι κομμάτι της διαδικασίας παραγωγής.

❖ *Ετερογένεια (Heterogeneity)*: κάθε μία υπηρεσία είναι μοναδική, χαρακτηριστικό που δυσχεραίνει την οργάνωση της παραγωγής και τον έλεγχο της ποιότητας.

❖ *Φθαρτό της υπηρεσίας (Perish ability)*: οι υπηρεσίες δεν είναι εφικτό να αποθηκευτούν και να χρησιμοποιηθούν κάποια μεταγενέστερη χρονική στιγμή. Η φθαρτή αυτή τους ιδιότητα συμβάλλει στην απουσία αποθεμάτων και καταλήγει η προσφορά να μην συνάδει με την ζήτηση (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012).

1.3 Οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Σχετικά με τις διαστάσεις της ποιότητας είναι λάθος να τις θεωρούμε αυτούσιες με τους δείκτες της ποιότητας. Τις διαστάσεις τις καθορίζουν οι ίδιοι οι χρήστες και ανακύπτουν από την παραγοντική ανάλυση των αντίστοιχων ερωτηματολογίων που διαμορφώνονται για να απαντηθούν από τους ίδιους, σε αντίθεση με τους δείκτες που καθορίζονται από ειδικούς που στηρίζονται στην παρούσα επιστημονική γνώση. Με βάση τα λεγόμενα του Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες της υγείας αποτελείται από δύο διαστάσεις (Donabedian, 2002).

Την *τεχνική διάσταση*: η οποία αναφέρεται στην αποτελεσματικότητα της περίθαλψης με τρόπο που θα καταστήσει πραγματοποιήσιμη την μεγαλύτερη δυνατή εξέλιξη στο επίπεδο υγείας στηριζόμενη στις νέες τεχνολογίες ανάπτυξης και στην πρόοδο της επιστήμης.

Την *διαπροσωπική διάσταση*: η οποία σχετίζεται με τις αναγκαίες πληροφορίες που θα λάβουμε από τον ασθενή γύρω από τις ανάγκες και τις επιθυμίες του, οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιλογή και εφαρμογή των πιο ταιριαστών μεθόδων περίθαλψης.

Εκτός από την τεχνική και την διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, μπορούμε να θεωρήσουμε πως ο Donabedian παρουσιάζει και μια τρίτη που ονομάζει «amenities», δηλαδή ανέσεις στο φυσικό περιβάλλον (Donabedian, 1980). Χαρακτηριστικά της οργάνωσης υπηρεσιών.

Οι παράγοντες που συντελούν την ποιότητα είναι οι εξής:

- *Η αξιοπιστία (reliability)*: η ικανότητα να προσφέρεται η υπηρεσία που έχει συμφωνηθεί έγκαιρα και με συνέπεια.
- *Η ανταπόκριση (responsiveness)*: η διάθεση και η ικανότητα των εργαζόμενων στην υπηρεσία να περιποιηθούν στο έπακρον τον πελάτη και να ικανοποιήσουν πλήρως τα αιτήματα του.
- *Η επαγγελματική επάρκεια (competence)*: η ικανότητα των υπαλλήλων να αναπτύσσουν τις κατάλληλες δεξιότητες και να αποκτούν τις απαραίτητες γνώσεις, ώστε να παρέχουν την υπηρεσία.
- *Η προσβασιμότητα (access)*: ο βαθμός ευκολίας στην επικοινωνία και στην προσέγγιση της υπηρεσίας.
- *Η ευγένεια (courtesy)*: ο σεβασμός, η φιλικότητα και η αξιοπρεπής εμφάνιση του προσωπικού με προσανατολισμό στην εξυπηρέτηση του χρήστη.
- *Η επικοινωνία (communication)*: η ενημέρωση των πελατών με την χρήση απλοϊκών όρων μέσω ενός κώδικα επικοινωνίας βασισμένο στο προφίλ του πελάτη.
- *Η εμπιστευτικότητα (credibility)*: η εμπιστοσύνη που δείχνουν οι πελάτες στην υπηρεσία, η οποία προκύπτει από το όνομα και τη φήμη της υπηρεσίας, καθώς και από τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.
- *Η ασφάλεια (security)*: η αποφυγή κινδύνων, ρίσκου ή αμφιβολιών, που εξασφαλίζεται από τη σωματική και οικονομική ασφάλεια και την εχεμύθεια.
- *Η κατανόηση και γνώση του πελάτη (understanding/ knowing the customer)*: η προσπάθεια των υπαλλήλων να κατανοήσουν τις ανάγκες

και τις απαιτήσεις των χρηστών, καθώς και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών.

- *Τα ορατά χαρακτηριστικά (tangibles)*: το πλαίσιο μέσα στο οποίο παρέχεται η υπηρεσία, έτσι όπως διαμορφώνεται μέσα από τις κτιριακές εγκαταστάσεις, το περιβάλλον, την εμφάνιση του προσωπικού και την τεχνολογία.

Το 1988 αφού διαπίστωσαν ότι υπάρχει σημαντική συσχέτιση μεταξύ των δέκα αρχικών διαστάσεων, κατέληξαν σε πέντε οι οποίες αποτέλεσαν τη βάση για το εργαλείο μέτρησης της ποιότητας «servqual»:

- Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles)
- Αξιοπιστία (Reliability)
- Ανταπόκριση (Responsiveness)
- Διασφάλιση (Assurance), περιλαμβάνει την ασφάλεια την επικοινωνία, την εμπιστευτικότητα, την ευγένεια και την επαγγελματική επάρκεια.
- Ενσυναίσθηση (Empathy), περιλαμβάνει την κατανόηση του ασθενούς και την προσβασιμότητα (Δίκαιος, Κουτούζης, Πολύζος, Σιγάλας & Χλέτσος, 1999).

Η ανάλυση των ερευνητικών εργαλείων SERVQUAL και Kano, όπως αυτά δημιουργήθηκαν στην Ελληνική έκδοση, αξιολογήθηκαν και αξιοποιήθηκαν από τους Χριστόγλου, Βασιλειάδη και Σιγάλα εν έτει 2006 σε δύο Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία της Κεντρικής Μακεδονίας, καθώς και εφαρμόστηκαν από την Goula A., Stamouli A., et.al., σε 5 Δημόσια Νοσοκομεία στην Αττική, επιβεβαιώνουν την αναγκαιότητα εφαρμογής του ερευνητικού εργαλείου SERVQUAL για την αξιολόγηση των προσδοκιών (expectations) και των αντιλήψεων (perceptions) των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας (Christoglou, Vassiliadis & Sigalas, 2006).

Στον τομέα της Πρωτοβάθμιας φροντίδας Υγείας παρατηρήθηκαν συγκεκριμένα οι επτά διαστάσεις της ποιότητας.

1. Το έμπρακτο ενδιαφέρον του ιατρού και της νοσηλεύτριας

2. Ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενούς
3. Η φιλικότητα του χώρου του ιατρείου
4. Οι τεχνικές δεξιότητες του ιατρού
5. Η ενσυναίσθηση του γιατρού και της νοσηλεύτριας
6. Η εμπιστοσύνη στο ιατρό και τη νοσηλεύτρια
7. Η αποτελεσματική οργάνωση του ιατρείου.

Διαρκής βελτίωση ποιότητας

Ο όρος «διαρκής βελτίωση ποιότητας» (quality improvement) συνδέεται στενά με τον όρο της «διασφάλισης της ποιότητας» και αναφέρεται στη διαδικασία ελάττωσης της διακύμανσης των αποτελεσμάτων και των αποκλίσεων από τα πρότυπα, στοχεύοντας στην βέλτιστη συνολική απόδοση. Αυτό σημαίνει ότι αφορά στη βελτίωση των διαδικασιών που καθορίζουν το τελικό αποτέλεσμα, με κύριο γνώμονα τον εντοπισμό της απόκλισης και την διορθωτική δράση με επίκεντρο πάντα τον ίδιο τον ασθενή.

Το κόστος της ποιότητας και της αποδοτικότητας

Με βάση όσα ειπώθηκαν στις παραπάνω παραγράφους θα ήταν ανεύθυνο να μην σκεφτούμε το εξής αναγκαίο επακόλουθο, πως για να επιτύχουμε την ορθή χρήση ενός σχεδίου με στόχο την εξασφάλιση της ποιότητας, την συνεχή εξέλιξη/βελτίωση, καθώς και συστηματικούς ελέγχους για την αποφυγή αποκλίσεων και σφαλμάτων είναι προφανές πως θα αυξηθεί αισθητά το κόστος, το οποίο φυσικά θα επωμιστεί ο ίδιος ο οργανισμός. Βέβαια, σε αυτό το σημείο να ξεκαθαρίσουμε ότι το μεγαλύτερο κόστος και η αύξηση δαπανών δεν συνεπάγεται πάντα με την βελτίωση της ποιότητας και με την σειρά της η ποιότητα δεν μεταφράζεται απαραίτητα ως επιπλέον κόστος για τον οργανισμό. Έτσι κι αλλιώς, η αποδοτικότητα αποτελεί ένα από τα βασικά αιτήματα της διοίκησης ολικής ποιότητας. Έχει επικρατήσει η ταξινόμηση της ποιότητας σε τρία βασικά στοιχεία:

1. Το κόστος της πρόληψης,
2. Το κόστος της αποτίμησης,
3. Το κόστος της αποτυχίας, είτε εσωτερικής, είτε εξωτερικής.

Σαφώς τα περισσότερα από τα στοιχεία που συνδέονται με τις υπηρεσίες υγείας, όπως η εκπαίδευση του προσωπικού ή η οργάνωση ενός συστήματος καταγραφής των διαδικασιών, προϋποθέτουν την ύπαρξη ισχυρών πόρων κι επομένως την αύξηση του κόστους. Την ίδια στιγμή, ακόμα και η αναζήτηση λύσεων χρειάζεται χρόνο, χρήματα και παραπάνω φόρτο εργασίας. Από το σημείο που θα πραγματοποιηθεί η ενσωμάτωση των καλών πρακτικών και θα διασφαλιστεί η κανονική ροή των διαδικασιών, τότε έρχονται στην επιφάνεια τα στοιχεία που είναι απαραίτητα για την βελτίωση της ποιότητας, άρα ξεκινούν και οι κινήσεις αυτοματοποίησης των δράσεων και ελαχιστοποίησης του κόστους. Παράλληλα, με την διοίκηση ολικής ποιότητας μειώνεται το κόστος της εσωτερικής αποτυχίας, δηλαδή το κόστος των καθυστερήσεων, των άσκοπων επαναλήψεων και της σπατάλης, και εν τέλει εξαφανίζεται μέσα από την εύστοχη διαχείριση και την αποδοτική ακολουθία των διαδικασιών. Επίσης, με αυτόν τον τρόπο εξαλείφονται τα λάθη και εξετάζονται πιο τακτικά και αποδοτικά οι αρνητικές για τους ασθενείς συνέπειες, κι έτσι ο οργανισμός μπορεί να αποφύγει το εξωτερικό κόστος, το οποίο είναι και το πιο βαρύ, αφού συνδέεται άμεσα με περιπτώσεις κακής πρακτικής (malpractice).

Κλείνοντας το συγκεκριμένο θέμα, αξίζει να αναφέρουμε πως όταν πια έχει ολοκληρωθεί ο συγχρονισμός των διαδικασιών, μειώνεται το κόστος και πολλαπλασιάζεται η ποιότητα, ενισχύοντας τον κύκλο για την αδιάκοπη βελτίωση της ποιότητας. Όμως, για να κατορθωθούν όλα όσα αναφέρθηκαν απαιτείται σοφή διαχείριση των οικονομικών πόρων, συνάμα με ορθή διαχείριση του ανθρώπινου δυναμικού μέσω πρακτικών που να βασίζονται στην ανθρώπινη επικοινωνία, αλλά και στις ικανότητες της συμβουλευτικής, για να μπορεί να διασφαλιστεί η ασφάλεια και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας με γνώμονα τις ανάγκες των ασθενών και των εργαζομένων.

Κεφάλαιο 2. Η ικανοποίηση των ασθενών

2.1 Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών

Μπορεί τα τελευταία χρόνια, ιδιαίτερα από το 1970 και μετά, μέχρι και σήμερα, να έχει καταμετρηθεί τεράστια βιβλιογραφία γύρω από την ικανοποίηση των ασθενών, εξακολουθούν όμως να μένουν αναπάντητα αρκετά ερωτήματα αναφορικά με τον τρόπο κατά τον οποίο θα επιτευχθεί η ικανοποίηση των πασχόντων. Η ικανοποίηση με την έννοια του ψυχολογικού παράγοντα δεν είναι δύσκολο να την αντιληφθεί κανείς, αλλά υπάρχει δυσκολία στον ορισμό της. Δεν αποτελεί ένα φαινόμενο που υφίσταται ήδη, αλλά είναι μία άποψη, την οποία σχηματίζουν οι άνθρωποι στηριζόμενοι στα προσωπικά βιώματα και εμπειρίες τους (Κυριόπουλος & Μπεαζόγλου, 2000). Με απλά λόγια θα μπορούσαμε να ερμηνεύσουμε την ικανοποίηση ως «τον βαθμό στον οποίο επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι».

Ωστόσο, οι πρώτοι ερευνητές προσδιόρισαν την ικανοποίηση ως «τη στάση απέναντι στους γιατρούς και την ιατρική περίθαλψη». Αναλυτικότερα, μία πιο περίπλοκη αξιολόγηση της φροντίδας που δέχθηκαν οι ασθενείς από τους γιατρούς, τους νοσηλευτές και όσους άλλους δραστηριοποιούνται στις επιστήμες υγείας, η οποία πιστεύουν ότι αντικατοπτρίζει τον βαθμό της ικανοποίησης του εκάστοτε ασθενή. Ο εν λόγω ορισμός αποτελεί και τον πλέον ευρέως αποδεκτό ορισμό της ικανοποίησης των πασχόντων (Χαντζοπούλου, Μαρβάκη, Λατσού & Παπαγεωργίου, 2017).

Αργότερα, κάποιοι άλλοι ερευνητές ερμήνευσαν την ικανοποίηση μέσα από τρεις θεμελιώδεις προσεγγίσεις. Η πρώτη έγκειται στο ότι η εκάστοτε περίπτωση δύναται να αλλάξει την αξιολόγηση της ικανοποίησης, ως εκ τούτου παρουσιάζει ως απαραίτητη προϋπόθεση η ικανοποίηση να ορίζεται ως αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας μέσα σε μια προκαθορισμένη περίπτωση. Η δεύτερη προσέγγιση παρουσιάζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση συναισθηματικής φύσεως απέναντι στο αντίστοιχο προϊόν/υπηρεσία, η οποία, όμως, αποτελείται και από γνωστικές διαδικασίες από την μεριά των ασθενών (Παπαθεοδώρου & Μωυσίδου, 2011). Στην τρίτη προσέγγιση οι ερευνητές χαρακτηρίζουν ως αδυναμία τον ορισμό της ικανοποίησης μόνο από την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης και δίνουν μια ευρύτερη έννοια της ικανοποίησης συμπεριλαμβάνοντας στις αντιλήψεις τους και άλλες διαστάσεις όπως τον χρόνο αναμονής ή το κόστος της περίθαλψης (Κυριόπουλος & Μπεαζόγλου, 2000).

Ενδιαφέρον παρουσιάζει η ετυμολογική ανάλυση της λέξης ικανοποίηση, η οποία δημιουργήθηκε με βάση την λατινική ρίζα «satis», που μεταφράζεται «αρκετά». Πιο συγκεκριμένα, κάτι που είναι ικανοποιητικό θα εκπληρώσει επαρκώς τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες και θα εξαλείψει οποιαδήποτε υπόνοια δυσαρέσκειας (Donabedian, 1980). Αναλύοντας την παραπάνω ερμηνεία φαίνεται αφενός ότι το αίσθημα ικανοποίησης δεν μεταφράζεται ως υψηλού επιπέδου υπηρεσίες αλλά πως ένα επαρκές ή αποδεκτό επίπεδο παροχής υπηρεσιών εκπληρώθηκε, αφετέρου ότι η ικανοποίηση είναι εφικτό να υπολογιστεί αποκλειστικά με βάση τις ανάγκες, τις επιθυμίες και τις προσδοκίες των ανθρώπων (Ζηλίδης, 2005). Στην πορεία αυξήθηκαν οι μελετητές που συμφώνησαν με αυτή την άποψη και παραδέχτηκαν την σύνδεση της ικανοποίησης με τις προσδοκίες των ασθενών (Perreault, Cannon & McCarthy, 2012).

Ο Enrad όρισε την ικανοποίηση ως «μια ψυχολογική κατάσταση που εμφανίζεται μετά την κατανάλωση μιας υπηρεσίας και σε σύγκριση με μία βασική προσδοκία». Ο Donabedian από την άλλη στη θεωρία του, ερμηνεύει την ικανοποίηση ως το βασικό αποτέλεσμα της διαπροσωπικής διαδικασίας της φροντίδας (Donabedian, 2002). Η κύρια γραμμή που υποστήριξε είναι ότι η εκδήλωση της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας είναι η απόφαση που πήρε ο ασθενής αναφορικά με την ποιότητα της φροντίδας που δέχθηκε σε όλες τις πλευρές της και ιδιαίτερα σε σχέση με την διαπροσωπική διάσταση της περίθαλψης και διατύπωσε τον εξής ορισμό: «η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς» (Ζηλίδης, 2005). Επομένως, αυτό που προκύπτει από τις προαναφερθείσες θεωρίες είναι πως η ικανοποίηση αποτελεί μια ατομική και υποκειμενική αντίληψη, η οποία διαμορφώνεται με βάση τις αξίες, τις πεποιθήσεις, τις προσδοκίες και τα χαρακτηριστικά του παρόχου (Καλογεροπούλου & Μουρδουκούτας, 2007).

2.2 Συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Αναφορικά με την υγειονομική περίθαλψη, θα διαπιστωθεί πως η ικανοποίηση ανακύψει ως ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας και έχει εφαρμοσθεί ως το για την επίτευξη, την παρακολούθηση και την συντήρηση της. Αν και έχουμε στην διάθεση μας τον ευρέως αποδεκτό ορισμό του όρου, εξακολουθούν να υπάρχουν και κάποιες διαφορές στην ερμηνεία που επιλέγουν να δώσουν πάροχοι φροντίδας και οι καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 2002). Από την μία, οι επαγγελματίες στον τομέα της υγείας τείνουν να

εστιάζουν σε συγκεκριμένα επαγγελματικά πρότυπα και να θέτουν ως στόχο την επίτευξη της καλύτερης δυνατής ποιότητας με την σημασία της αποτελεσματικότητας. Από την άλλη, οι ασθενείς, οι οποίοι κρίνουν τις καταστάσεις από διαφορετική οπτική, συνδέουν την ποιότητα με κλινικά αποτελέσματα, ικανότητα επικοινωνίας και τον βαθμό κατανόησης των εργαζόμενων στον χώρο της υγείας. Τέλος, η διοίκηση από την δική της πλευρά αναλύει την ποιότητα στηριζόμενη στους δείκτες αποτελεσματικότητας, ικανοποίησης των ασθενών, προσβασιμότητας και συνεχούς βελτίωσης των υπηρεσιών. Βέβαια, αξίζει να σημειωθεί πως η εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας, η οποία κατά κόρον πραγματοποιούταν μέσω της χρήσης επαγγελματικών προτύπων, στο πέρασμα των χρόνων εντάσσει όλο και περισσότερες μετρήσεις τις αντιλήψεις των ασθενών (Μάμα & Μητροσύλη, 1999).

Ο Peter Senge διατύπωσε τον εξής ορισμό σχετικά με την ποιότητα: «ποιότητα είναι ό,τι αφορά τους καταναλωτές». Αν προσαρμόσουμε λίγο τον παραπάνω ορισμό στον τομέα της υγείας, θα μπορούσαμε να ισχυριστούμε πως η ποιότητα συμπίπτει με ό,τι αφορά τους ασθενείς. Σύμφωνα με την εν λόγω αντίληψη δηλώνουν και οι Evanson και Whittinghton, οι οποίοι αποδεικνύουν την σημασία των ερευνών μέσω δύο βασικών θέσεων. Πρώτον, οι ασθενείς αποτελούν καταναλωτές υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι έρευνες που αφορούν στους καταναλωτές είναι βασικές για την αύξηση της αποδοτικότητας και την βελτίωση μιας υπηρεσίας», και δεύτερον «ο τομέας φροντίδας υγείας είναι στο μεγαλύτερο μέρος του χρηματοδοτούμενος από το κράτος». Συνεπώς, οι ασθενείς έχουν την αξίωση να ενέχονται στην ανάπτυξη και την εφαρμογή της πολιτικής υγείας (Sullivan & Decker, 2016).

Με βάση το πρότυπο που όρισε ο Donabedian, το οποίο είναι ευρέως αποδεκτό στο χώρο της υγείας και χρησιμοποιείται σε πολλά παρεμφερή επιστημονικά πεδία, η μέτρηση της ποιότητας γίνεται σε τρεις τομείς:

- Στην δομή (*structure*): η δομή αναφέρεται στην διάθεση κτηρίων, εξοπλισμού, την εξασφάλιση πόρων και τον τρόπο λειτουργίας. Παρά το γεγονός ότι είναι ένα εύκολα αναγνωρίσιμο χαρακτηριστικό και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, δεν μπορεί να αναγνωριστεί ως εργαλείο μέτρησης από μόνη της, διότι δεν είναι αρκετή για την παροχή άριστης φροντίδας.
- Στην διαδικασία (*process*): η διαδικασία εμπεριέχει τις δραστηριότητες που πραγματοποιούνται με στόχο την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και εμπερικλείουν την λήψη ιστορικού, τη μέση διάρκεια

νοσηλείας, τη μέση διάρκεια αναμονής την διάγνωση, την θεραπεία και εν τέλει την αποκατάσταση.

- Στην έκβαση (*outcomes*): η έκβαση σχετίζεται με τα αποτελέσματα που θα προκύψουν με το πέρας της φροντίδας και ιδιαίτερα στην τροποποίηση του επιπέδου υγείας του ασθενή, αλλά και την ικανοποίησή του (Donabedian, 2002).

Ωστόσο, το συγκεκριμένο μοντέλο έχει δεχθεί μομφές για την γραμμική και διαδοχική του εξέλιξη από τον ένα παράγοντα στον άλλον. Ορισμένοι ερευνητές ισχυρίζονται ότι έχουμε να αναλογιστούμε κι άλλες παραμέτρους, τις οποίες είμαστε υποχρεωμένοι να εντάξουμε έτσι ώστε να καταλήξουμε σε μια πιο ολοκληρωμένη αξιολόγηση της ποιότητας της περίθαλψης (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των πασχόντων παρουσιάζει συγκεκριμένα πλεονεκτήματα :

- ✚ Οι ικανοποιημένοι ασθενείς τείνουν να συμμορφώνονται με τη θεραπευτική αγωγή και να διατηρούν μια σχέση επικοινωνίας με τα γιατρό τους, γεγονός που οδηγεί σε καλύτερα αποτελέσματα στη φροντίδα τους.
- ✚ Οι ασθενείς συνιστούν μια ουσιαστική πηγή πληροφοριών σχετικά με την προσβασιμότητα και την αποτελεσματικότητα της φροντίδας.
- ✚ Η ικανοποίηση μπορεί να μετρηθεί γρήγορα, είναι ανέξοδη και δεν εξαρτάται από την ποιότητα των δεδομένων που βρίσκονται σε ιατρικά αρχεία.
- ✚ Αποτελεί μια θετική προσέγγιση αξιολόγησης της ποιότητας σε αντίθεση με εκτιμήσεις που βασίζονται σε ανεπαρκείς διαδικασίες ή αρνητικά γεγονότα (Συρροκόστα, Λαμπρόπουλος & Παπαδογιάννης, 2007).

Βέβαια, όπως είναι αναμενόμενο η εμπλοκή των ασθενών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας έχει και ορισμένους επικριτές. Η ισχύς των αποτελεσμάτων μετά από τον υπολογισμό της ικανοποίησης των ασθενών συνάντησε κάποιες διαφωνίες για διάφορους λόγους. η αντίληψη αυτή ενισχύθηκε από την άποψη ότι οι ασθενείς δεν κατέχουν το ανάλογο επιστημονικό και τεχνικό επίπεδο γνώσης, ώστε να είναι κατάλληλοι για να αξιολογήσουν την ποιότητα φροντίδας (Drain & Clark, 2004). Επιπρόσθετα, είναι πολύ πιθανό να έχουν κατά νου διαφορετικούς στόχους από εκείνους των επαγγελματιών υγείας. Ακόμα, πολλές φορές

εξαιτίας της σωματικής και ψυχολογικής τους κατάστασης σε συνδυασμό με την ταχύτητα με την οποία γίνεται η λήψη των αποφάσεων αναφορικά με την φροντίδα που έλαβαν δεν τους αφήνει να διαμορφώσουν μια ακέραιη εικόνα της κατάστασης και να διατυπώσουν μία αντικειμενική άποψη. Επίσης, σημαντικός παράγοντας που ασκεί επιρροή στην αντίληψη της ποιότητας είναι οι πολιτιστικές συνήθειες, άρα υπάρχουν ουσιαστικές διαφορές από χώρα σε χώρα. Τέλος, πολλοί ερευνητές επίσης στηριζόμενοι στην υποκειμενικότητα της ικανοποίησης θεωρούν ότι η ικανοποίηση των χρηστών δεν ταυτίζεται πάντα με την ποιότητα των υπηρεσιών (Κοτσαγιώργη & Καλλιρόη, 2010).

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση από την ποιότητα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Το αποτέλεσμα χρησιμοποιώντας λέξεις κλειδιά, όπως satisfaction, quality, primary care, factors και measurements ήταν 85 έρευνες που έγιναν με σκοπό την εξέταση των παραγόντων που κατευθύνουν την ικανοποίηση από την ΠΦΥ. Από το σύνολο των ερευνών 11 από αυτές ανταποκρίνονταν πλήρως στα κριτήρια, οι οποίες έχουν βγει στην επιφάνεια μέσα στα τελευταία 10 χρόνια και εμπεριέχουν αναλυτική αναφορά στο άθροισμα των παραγόντων που διαμορφώνουν την ικανοποίηση από την ποιότητα που προσφέρεται από την ΠΦΥ (Γούλα, 2014). Σύμφωνα με τις συγκεκριμένες έρευνες κατηγοριοποιήσαμε τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν ως εξής:

- Παράγοντες σε σχέση με τους ασθενείς.
- Παράγοντες σε σχέση με τους ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας.
- Παράγοντες σε σχέση με τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της ΠΦΥ.

Οι προσδοκίες γύρω από την φροντίδα, που αποτελεί το βασικό κριτήριο για την εκτίμηση της παρεχόμενης φροντίδας, δημιουργούνται από τα προσωπικά χαρακτηριστικά, τις στάσεις και τις προγενέστερες εμπειρίες των ασθενών (Anders & Staffan, 1992). Οι εν λόγω προσδοκίες συνδυαστικά με υφιστάμενες εμπειρίες συνιστούν βασικούς παράγοντες για την αξιολόγηση των υπηρεσιών που λαμβάνουν. Δύο είναι τα κυριότερα γνωρίσματα που εμπεριέχονται στις προσδοκίες των ασθενών. Αφενός, έχουμε το πως αναμένουν οι ασθενείς να εξελιχθεί η περίθαλψη τους με τον καλύτερο δυνατό τρόπο (Bond & Thomas, 1991). Αφετέρου, έχουμε το πως αναμένουν οι ασθενείς να εξελιχθεί η περίθαλψη τους θέτοντας ρεαλιστικούς στόχους. Η ικανοποίηση, λοιπόν, διαφαίνεται στον βαθμό που ανταποκρίνεται αυτό που περιμένουν και

αυτό που εν τέλει λαμβάνουν. Εν ολίγοις, υπό αυτή την νοοτροπία η επίτευξη των προσδοκιών σημαίνει ικανοποίηση των ασθενών και αντίθετα οι ανικανοποίητες προσδοκίες σε δυσαρέσκεια τους (Γούλα, 2013).

Λαμβάνοντας υπόψιν μας την θεωρία των στάσεων, οι προσδοκίες στηρίζονται στην αντίληψη ότι ένα αντικείμενο φέρει συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι δυνατόν να αξιολογηθούν. Αντίθετα, η ψυχολογική θεωρία ισχυρίζεται ότι οι προσδοκίες, οι οποίες στην ουσία αποτελούν περίπλοκες πεποιθήσεις ή αξίες, που προκύπτουν από γνωστικές διαδικασίες που μεταβάλλονται με βάση προγενέστερες εμπειρίες, συγκροτούν ένα είδος πίστης ή αντίληψης για μελλοντικά γεγονότα, επομένως δεν μπορούν να θεωρηθούν στατικές. Η βιβλιογραφία διακρίνει πολλά είδη προσδοκιών (Aletas, Papadopoulos & Niakas, 2006). Οι Thomson και Sund το 1995 κατηγοριοποίησαν τις προσδοκίες σε τέσσερις τύπους:

- *Ιδανικές*, οι οποίες σχετίζονται με το τι θα ήθελαν οι πάσχοντες να συμβεί
- *Κανονιστικές*, οι οποίες αφορούν σε όσα θα έπρεπε να συμβούν
- *Προβλεπτικές*, που αναφέρονται σε ό,τι αναμένεται να συμβεί
- *Ανέκφραστες*, αυτές που δεν έχουν διαμορφωθεί

Για να μπορέσουμε να ερμηνεύσουμε τα σχόλια των παθόντων που έχουν εμπλακεί έχει ιδιαίτερη σημασία να καταφέρουμε να κατανοήσουμε τις προσδοκίες στις οποίες έχουν βασιστεί οι απόψεις των ασθενών. Αν καταλάβουμε με ποιο τρόπο δημιουργούνται οι προσδοκίες θα είναι ευκολότερο να διεξάγουμε έγκυρα συμπεράσματα για το πως κρίνουν την φροντίδα τους (Γούλα, 2013). Συνηθώς οι μεγάλες προσδοκίες συνδέονται και με μεγάλα επίπεδα ικανοποίησης, αυτό μπορεί να εξηγηθεί με αρκετούς τρόπους (Bond & Thomas, 1991). Οι χρήστες που έχουν διαμορφώσει υψηλές προσδοκίες τις περισσότερες φορές διαλέγουν υπηρεσίες που προβάλλουν ανώτερα πρότυπα φροντίδας, ως εκ τούτου τονώνεται ακόμα περισσότερο οι προσδοκίες του και σε περίπτωση εκπλήρωσης αυξάνεται η ικανοποίηση (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Ωστόσο, υπάρχουν και οι χρήστες που έχουν την ικανότητα να εναρμονίσουν τις πεποιθήσεις τους γύρω από την φροντίδα που δέχονται κι έτσι προσαρμόζουν και τις προσδοκίες τους. Συνεπώς, αυτό που προκύπτει είναι πως η έρευνα σχετικά με τον τρόπο που οι πάροχοι υπηρεσιών και οι υπεύθυνοι για την αντίστοιχη πολιτική θα καταφέρουν να μεταρρυθμίσουν τις προσδοκίες των καταναλωτών (Bond & Thomas, 1991). Η συνειδητοποίηση των προσδοκιών των πασχόντων για τη φροντίδα τους και η διαμόρφωση προσδοκιών, αποτελούν

δυναμικά σημαντικές πτυχές της αναπτυξιακής πολιτικής και της παροχής υπηρεσιών. Επίσης βοηθητικό στην εν λόγω διερεύνηση είναι η ανάλυση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

- *Ηλικία:* η ηλικία αποτελεί ένα χαρακτηριστικό που έχει ερευνηθεί από πλήθος μελετητών στο πέρασμα των χρόνων και ο μεγαλύτερος αριθμός από αυτούς έχει συμπεράνει ότι τελικά η ηλικία των ασθενών διαδραματίζει σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση που θα ακολουθήσε την φροντίδα τους. Τα δείγματα από τις παραπάνω μελέτες έχουν αποδείξει πως οι ηλικιωμένοι πάσχοντες τείνουν να είναι περισσότερο ευχαριστημένοι από τους νεότερους. Το φαινόμενο αυτό εξηγείται από το γεγονός πως οι ηλικιωμένοι άνθρωποι παρουσιάζουν μεγαλύτερη ανεκτικότητα απέναντι στους εργαζόμενους, πιθανόν λόγω του ότι έχουν μεγαλώσει σε πιο απλοϊκές συνθήκες διαβίωσης, αλλά αντιμετωπίζονται και με μεγαλύτερο σεβασμό, έτσι οι προσδοκίες του δεν είναι υψηλές και ικανοποιούνται με σχετική ευκολία. Ωστόσο, πιο σύγχρονες έρευνες δείχνουν οι σημερινοί ηλικιωμένοι, αντίθετα από τα προηγούμενα, τείνουν να είναι περισσότερο απαιτητικοί από τη φροντίδα που λαμβάνουν γιατί διαμόρφωσαν τις προσδοκίες τους σε μια εποχή «καταναλωτισμού» και «απεριορίστων δυνατοτήτων» (Σουλιώτης, 2014).
- *Φύλο:* με βάση κάποιες έρευνες και την υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν αποδεικνύεται κάπου πως ο παράγοντας φύλο συνδέεται σε αισθητό βαθμό με την ικανοποίηση. Αυτό συμβαίνει κυρίως διότι οι εκφάνσεις των ερευνών είναι αντιφατικές (Xesfingi, Karamanis & Vozikis, 2017).
- *Μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο:* στην προκειμένη περίπτωση τα αποτελέσματα της σχέσης επίπεδο εκπαίδευσης και ικανοποίηση των ασθενών είναι αντιστρόφως ανάλογα. Πιο συγκεκριμένα, η πλειοψηφία των ερευνών έδειξε όσο χαμηλότερο το μορφωτικό επίπεδο τόσο μεγαλύτερο το ποσοστό ικανοποίησης (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Σχετικά με το κοινωνικοοικονομικό επίπεδο δεν προκύπτει κάποιο σαφές αποτέλεσμα. Ωστόσο, αυτό που έχει φανεί και μπορούμε να αναφέρουμε είναι πως οι ασθενείς με υψηλότερο εισόδημα τείνουν να έχουν πιο άμεση

επικοινωνία με τους γιατρούς, αντίθετα με όσους έχουν χαμηλότερο εισόδημα και έχουν εκδηλώσει δυσαρέσκεια κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο (Γούλα, 2014).

- *Εθνικότητα*: τα αποτελέσματα των ερευνών που πραγματοποιήθηκαν με αντικείμενο την εθνικότητα έδειξαν πως οι ασθενείς που προέρχονται από εθνικές μειονότητες δεν έχουν εκφράσει ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών. Κάτι που, όμως, δεν παρατηρείται με τον ίδιο τρόπο στις διαφορετικές ομάδες μειονότητας (Αδαμακίδου, 2008).
- *Επίπεδο υγείας*: από τις περισσότερες μελέτες σχετικά με το επίπεδο υγείας και την ικανοποίηση αναδείχθηκε πως το πρώτο επηρεάζει αρκετά τη δεύτερη. Αναλυτικότερα, οι ασθενείς χωρίς κάποιο χρόνιο πρόβλημα υγείας και με γενικότερα καλύτερη κλινική εικόνα τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι από εκείνους που είναι χρόνια πάσχοντες, οι οποίοι συνήθως δεν δηλώνουν ευχαριστημένοι από την παροχή υπηρεσιών (Γούλα, 2013). Το φαινόμενο αυτό επιβεβαιώνεται και από ασθενείς με δύο ή περισσότερες χρόνιες παθήσεις. Ωστόσο, ιδιαίτερη δυσκολία παρουσιάζει η σαφής διαφοροποίηση της δυσαρέσκειας που πηγάζει αποκλειστικά από τις υπηρεσίες και αυτή που κρύβει ένα γενικότερο ψυχολογικό βάρος και άγχος λόγω της αμφίβολης υγείας τους (Γαλάνης, 2017).
- *Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες*: οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ασκούν σημαντική επιρροή στις απαντήσεις που θα δώσουν στο τέλος οι ασθενείς αναφορικά με την ικανοποίηση και κάποιες φορές διαστρεβλώνονται τα αποτελέσματα των ερευνών. Πιο συγκεκριμένα, οι πάσχοντες συνηθίζουν να αναφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης απ' ό τι στην πραγματικότητα, είτε γιατί πιστεύουν ότι μόνο τα θετικά σχόλια είναι ευπρόσδεκτα είτε γιατί προσπαθούν να κερδίσουν την εύνοια των ερευνητών ή του προσωπικού (Crow, Gage, Hampson, Hart, Kimber, Storey L, et al. 2002). Αξιοσημείωτο είναι πως διαπιστώθηκε πως ο ελάχιστος αριθμός παραπόνων που καταγράφεται από τους καταναλωτές δεν είναι χαρακτηριστικός της πραγματικής δυσαρέσκειας τους, καθώς δεν τολμούν να αναφέρουν όλα τους τα παράπονα φοβούμενοι πως θα αντιμετωπίσουν χειρότερη μεταχείριση την επόμενη φορά που θα τους χρειαστούν (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης

& 2001). Σχετικά με τις ψυχολογικές διαταραχές, όπως είναι το άγχος και η κατάθλιψη, κατέχουν αρνητικό ρόλο στην επίτευξη της ικανοποίησης των ασθενών, κάτι που, όμως, δεν μπορούμε να ισχυριστούμε με μεγάλη σιγουριά. Βέβαια, αυτό δηλώνει και ο Ραφτόπουλος σε έρευνα που πραγματοποίησε το 2005, κατά την οποία οι επιπτώσεις των ψυχικών διαταραχών στην ικανοποίηση των πασχόντων, παρατηρούνται μόνο σε συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας (Κωσταγιόλας, Πλατής & Ζήμερας, 2006).

Επίσης, ασθενείς με προηγούμενες θετικές εμπειρίες από τη φροντίδα και τη θεραπείας τους, τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι και με τις τωρινές πρακτικές.

2.3.1 Παράγοντες σε σχέση με τους ιατρούς και τους άλλους επαγγελματίες υγείας

Μέσα από την βιβλιογραφική διερεύνηση ανακύπτει πως η αλληλεπίδραση των ασθενών με τους γιατρούς και εν γένει τους εργαζόμενους στην υγεία κατέχει καίριο ρόλο στην ικανοποίηση που θα αναπτυχθεί με την φροντίδα. Οι προσωπικές σχέσεις που δημιουργούνται μεταξύ γιατρών και ασθενών επιδρά στην διαμόρφωση της άποψης τους και υπόκειται στην ποιότητα των πληροφοριών που τους δίνει ο γιατρός, στις επαγγελματικές δεξιότητες και στην επικοινωνιακές δεξιότητες. Η άποψη ότι οι επικοινωνιακές δεξιότητες επηρεάζουν τους χρήστες των υπηρεσιών οι οποίοι εκτιμούν μια πιο εξατομικευμένη προσέγγιση βρίσκει σύμφωνη την πλειοψηφία των ερευνητών (Σουλιώτης, 2014).

Στη συναισθηματική κατάσταση των πασχόντων μεταφράζεται ως η προθυμία απάντησης του προσωπικού στα προβλήματα και τις ανάγκες τους, στην παροχή υπηρεσιών γύρω από ασθένεια τους, αλλά και την θεραπεία, και αυτό να γίνει με τρόπο απλοϊκό και αντιληπτό. Κάτι ακόμα που προκαλεί ικανοποίηση στους ασθενείς είναι η ανάπτυξη μιας σχέσης εμπιστοσύνης και χαίρονται ιδιαίτερα όταν βλέπουν πως οι γιατροί προσπαθούν για την δημιουργία ενός πνεύματος συνεργασίας, αλλά και όταν ζητούν την συμβουλή τους για αποφάσεις σχετικά με την θεραπεία τους (Σουλιώτης, 2014).



Εικόνα 3. Συναισθηματική σχέση ανάμεσα στον θεράποντα και τον ασθενή

Επίσης, εξέχουσα σημασία έχει και η συμβουλευτική για τους πάσχοντες. Οι περισσότεροι ασθενείς που συμβουλευονται τους γενικούς ιατρούς επιζητούν ενημερωμένους επαγγελματίες για τις τελευταίες εξελίξεις στον ιατρικό κλάδο, από τους οποίους να λαμβάνουν υπηρεσίες πρόληψης και προαγωγής υγείας. Σε μεγάλο αριθμό μελετών παρατηρήθηκε ότι σημαντικό ρόλο διαδραματίζει ο χρόνος που περνάει με τον γιατρό κατά την διάρκεια της εξέτασης και όσο περισσότερος είναι ο χρόνος αυτός τόσο αυξάνεται η ικανοποίησή τους (Sullivan & Decker, 2016). Πιο συγκεκριμένα, δεδομένα ερευνών στο Ηνωμένο Βασίλειο δείχνουν ότι οι χρήστες της ΠΦΥ προτιμούν περισσότερες διαβουλεύσεις καθώς επιπλέον χρόνος σημαίνει ότι μπορούν να μεταδοθούν περισσότερα μηνύματα για την προαγωγή της υγείας (Tountas, Karnaki, Pavi & Souliotis, 2005).

2.3.2 Παράγοντες σε σχέση με τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Διαθεσιμότητα – Προσβασιμότητα

Μέσα από διάφορες μελέτες αποδείχθηκε πως η προσβασιμότητα συντελεί σημαντικά στην ικανοποίηση της ποιότητας των υπηρεσιών της ΠΦΥ. Στην προσβασιμότητα εμπεριέχονται ο χρόνος αναμονής, η διαθεσιμότητα ραντεβού, η δυνατότητα τηλεφωνικής επικοινωνίας, καθώς και η φυσική πρόσβαση γεωγραφική κατανομή της ΠΦΥ σε πολλές χώρες χαρακτηρίζεται από έλλειψη ιατρικού προσωπικού στις αγροτικές και απομακρυσμένες περιοχές. Στην διεξαγωγή μια ποιοτικής έρευνας σημειώθηκε ότι η εν λόγω έλλειψη συνδυαστικά με την διαθεσιμότητα των μέσων μαζικής μεταφοράς επιδρά στην πρόσβαση του πληθυσμού, με αξιοσημείωτες διαφορές μεταξύ των αστικών και των αγροτικών περιοχών (Aletas, Papadopoulos & Niakas, 2006). Η συγκεκριμένη εικόνα διαπιστώνεται και στην χώρα μας, αφού προβλήματα όπως η

έλλειψη προσωπικού και τεχνολογικού εξοπλισμού σε αγροτικές περιοχές, δυσχεραίνουν την υπάρχουσα κατάσταση, τόσο σε επίπεδο ασφάλειας των ασθενών όσο και σε επίπεδο πρόσβασης (Κωσταγιόλας, Πλατής & Ζήμερας, 2006).

Συνέχεια στη φροντίδα

Λαμβάνοντας υπόψιν συγκεκριμένες μελέτες παρατηρήθηκε ότι το 80% των διαβουλεύσεων της ΠΦΥ σχετίζεται με χρόνιες παθήσεις και το 60% των νοσηλειών συνδέονται με τη θεραπεία των χρόνιων παθήσεων και των επιπλοκών τους. Όπως είναι αναμενόμενο, ασθενείς που αντιμετωπίζουν χρόνιες παθήσεις επιθυμούν ανελλιπή επικοινωνία με τον γιατρό τους, χρησιμοποιούν συστηματική φαρμακευτική αγωγή και έχουν ανάγκη συχνές εργαστηριακές εξετάσεις. Οι Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος ανέλυσαν τους παράγοντες που επιδρούν στην ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται σε ασθενείς με χρόνια νοσήματα, που στοχεύουν στην βελτίωση της και στον έλεγχο των εξόδων σχετικά με την αντιμετώπιση των χρόνιων νοσημάτων (2013). Το αποτέλεσμα ήταν πως η συχνή επικοινωνία με τον γιατρό επηρεάζει θετικά την αντίληψή τους για την ποιότητα. Οι Aletras, Papadopoulos & Niakas μελέτησαν την ποιότητα της κατ' οίκον περίθαλψης διαπίστωσαν ότι η συνέχεια στη φροντίδα είναι η κινητήριος δύναμη στην ικανοποίηση των πασχόντων οι οποίοι συμμορφώνονταν στις υποδείξεις των ιατρών όταν πραγματοποιούνταν πιο συχνές επισκέψεις (2006).

2.4 Οι διαστάσεις της ικανοποίησης στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Πολλές είναι οι μελέτες που συμπέραναν ότι ο κάθε ασθενής αντιμετωπίζει με τον δικό του μοναδικό τρόπο την επαφή του με τις υπηρεσίες της ΠΦΥ. Η ανάλυση των απαντήσεών τους επιβεβαιώνει την πολυπλοκότητα της έννοιας της αντιλαμβανόμενης ποιότητας. Από τις σημαντικότερες διαστάσεις που δίνουν οι πάσχοντες στην ικανοποίηση είναι η ανθρωπιά και η ενσυναίσθηση στην οποία δίνουν διάφορες ερμηνείες, όπως η ζεστασιά, ο σεβασμός, η φιλικότητα, η ευγένεια, η υποστήριξη, η κατανόηση και η οικειότητα (Καδδά,2010). Οι διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ:

- 1) Στο σεβασμό από την νοσηλεύτρια
- 2) Στο σεβασμό από τον γιατρό
- 3) Στις τεχνικές δεξιότητες του γιατρού
- 4) Στους παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση ραντεβού, άνεση και ησυχία στον χώρο αναμονής)

- 5) Στην εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού
- 6) Στην επάρκεια του ρόλου του γιατρού.

Μέσα από μία έρευνα, που πραγματοποίησαν οι Καραγιάννη και συνεργάτες, πάνω στα χρόνια νοσήματα, σημείωσαν ότι το είδος της ασθένειας είναι κι αυτό ένας από τους παράγοντες που διαμορφώνουν τις απόψεις των πασχόντων γύρω από την ποιότητα (2017). Πιο αναλυτικά, οι διαστάσεις που προσδίδουν οι ασθενείς στην ποιότητα της ΠΦΥ είναι οι εξής:

- ♦ *Επικοινωνία κατά την διάρκεια της εξέτασης:* δηλαδή την προσεκτική εξέταση του ασθενούς, την ευγένεια που επιδεικνύει ο ιατρός κατά τη διάρκειά της, το σεβασμό της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς, την αντικειμενική πληροφόρηση σχετικά με τα συμπτώματα της νόσου και τις παρενέργειες των φαρμάκων (Μάμα & Μητροσύλη, 1999).



Εικόνα 4. Επικοινωνία ιατρού με ασθενείς

- ♦ *Συμμετοχή του ασθενούς στην διάγνωση και την θεραπεία:* δηλαδή ενεργή συμμετοχή του ασθενή, σεβασμό της γνώμης του (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).
- ♦ *Ψυχολογικοί παράγοντες:* δηλαδή το ενδιαφέρον του ιατρού για την κατάσταση του ασθενούς, αλλά και για τους συγγενείς του, την στήριξη του ασθενούς για τη διαχείριση του φόβου (Σκορδή, 1997).
- ♦ *Διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού:* δηλαδή η δυνατότητα του ασθενούς να έρθει σε άμεση επαφή με τον ιατρό, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας (Πολυκανδριώτη & Κουτελέκος, 2013).
- ♦ *Ενσυναίσθηση:* δηλαδή η εμπιστοσύνη, η ευγένεια και η προθυμία για βοήθεια του ιατρικού αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού (Tountas, Karnaki, Pavi & Souliotis, 2005).

Στην διάρκεια μιας έρευνας της για το Υπουργείο Υγείας του Ηνωμένου Βασιλείου η Coulter ξεχώρισε τις διαστάσεις της φροντίδας στην ΠΦΥ στηριζόμενη στους ασθενείς και τους υγιείς πολίτες αντίστοιχα (Σαρρής, Χρυσάκης & Σούλης, 2003). Εν τούτοις, οι πάσχοντες χαρακτηρίζουν σημαντικές τις παρακάτω διαστάσεις:

- τη γρήγορη πρόσβαση σε αξιόπιστες συμβουλές υγείας
- την αποτελεσματική θεραπεία από έμπιστους επαγγελματίες
- τη συμμετοχή σε αποφάσεις και το σεβασμό στις προτιμήσεις των σθενών
- τις σαφείς και κατανοητές πληροφορίες
- τη συναισθηματική στήριξη, την ενσυναίσθηση, το σεβασμό
- την εμπλοκή της οικογένειας και στήριξή της
- τη συνέχεια στη φροντίδα και στην ομαλή παραπομπή στη δευτεροβάθμια φροντίδα (Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012).

Οι πολίτες, από την μεριά τους, χαρακτηρίζουν ως σημαντικές διαστάσεις τις παρακάτω:

- ❖ την εφικτή θεραπεία και δωρεάν φροντίδα
- ❖ την ασφάλεια και ποιότητα
- ❖ την προστασία υγείας και την πρόληψη ασθενειών
- ❖ τις προσβάσιμες τοπικές υπηρεσίες
- ❖ την ολική κάλυψη, την γεωγραφική και κοινωνική ισότητα
- ❖ την υπευθυνότητα και ευελιξία
- ❖ τη συμμετοχή στην ανάπτυξη των υπηρεσιών
- ❖ τη διαφάνεια και ευκαιρίες να επηρεαστούν οι πολιτικές της υγείας.

Το Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα

Τι Είναι Σύστημα Υγείας

Μέσα στην φρενίτιδα της πολυδιάστατης καθημερινότητας που επιτάσσει ο σύγχρονος κόσμος παρουσιάζει ιδιαίτερη δυσκολία ο σαφής καθορισμός του τι είναι, τι περιλαμβάνει, που αρχίζει και που τελειώνει ένα σύστημα υγείας. Ένας ορθός ορισμός του συστήματος υγείας θα μπορούσε να εμπεριέχει το σύνολο των δραστηριοτήτων των οποίων βασικό μέλημα είναι η προαγωγή, η επαναφορά και η διατήρηση της υγείας.

Προσφορά Συστημάτων Υγείας

Στις μέρες μας έχει παρατηρηθεί ένα φαινόμενο κατά το οποίο οι ασθενείς απευθύνονται στο σύστημα υγείας όχι μόνο όταν πρόκειται για καθαρά ιατρικά θέματα, όπως η ανακούφιση από τον πόνο, η εκκίνηση κάποιας θεραπείας ή ψυχολογικά προβλήματα, αλλά αποζητούν βοήθεια και στήριξη σχετικά με ένα γενικότερο και μεγαλύτερο πεδίο προβλημάτων τα οποία καλούνται να αντιμετωπίσουν, όπως η σωστή διατροφή/δίαιτα, η ανατροφή των παιδιών τους ή ακόμα και για σεξουαλικά προβλήματα. Αν εξετάσουμε το σύστημα υγείας τυπικά, θα δούμε πως οι ασθενείς υποτίθεται έρχονται σε επαφή με τις υπηρεσίες υγείας και παρακολουθούνται από τους προμηθευτές/ιατρικό προσωπικό μία με δύο φορές τον χρόνο. Ωστόσο, τα υπάρχοντα συστήματα υγείας έχουν επωμιστεί και την ευθύνη όχι απλά της βελτίωσης της υγείας των πολιτών, αλλά και έχουν και τον ρόλο να τους προφυλάξουν από το οικονομικό κόστος που επιφέρει η ασθένεια τους και να τους θεραπεύσουν τελικά με αξιοπρέπεια. Για τον λόγο αυτό τα συστήματα υγείας έχουν θεσπίσει τέσσερις θεμελιώδεις στόχους:

1. Να βελτιώνουν την υγεία του πληθυσμού για τον οποίο εργάζονται,
2. Να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των πολιτών,
3. Να προσφέρουν οικονομική προστασία στους πολίτες σχετικά με τις δαπάνες υγείας,
4. Να θεραπεύσουν την ασθένεια με ποιοτική ιατροφαρμακευτική περίθαλψη.

Χαρακτηριστικά Συστημάτων Υγείας

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη προσοχή και είναι τα ακόλουθα:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η συγκεκριμένη υπηρεσία είναι τελείως προσωπική και εξατομικευμένη. Στην ουσία, για κάθε ασθενή «δημιουργείται» και προσφέρεται διαφορετική υπηρεσία υγείας, εξαιτίας της μοναδικότητας του εκάστοτε ασθενή και των χαρακτηριστικών της θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Τις περισσότερες οι ασθενείς αδυνατούν να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας που έλαβαν και αυτό οφείλεται στην απουσία γνώσεων.

- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος λόγω της κατάστασής του δεν είναι σε θέση να ξέρει πλήρως την σοβαρότητα της υγείας του, συνεπώς δεν μπορεί και να υπολογίσει την σπουδαιότητα ή όχι της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα μπορούν να έχουν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις διάφορες μονάδες υγείας έχουν σημειωθεί δύο ξεχωριστές γραμμές εξουσίας, η διοικητική και η ιατρική, ενώ στις λοιπές βιομηχανικές μονάδες συναντάμε μία και μοναδική πυραμίδα εξουσίας.

Τα χαρακτηριστικά που μόλις αναφέραμε φανερώνουν την μοναδικότητα και ιδιαιτερότητα του κλάδου και θεωρούνται σημαντικοί παράγοντες στον ορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

Γενικές Αρχές και Στόχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας Στην Ελλάδα

Στην πορεία των συστημάτων υγείας το πρωταρχικό εγχείρημα για την εγκατάσταση ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος έλαβε χώρα το 1952 επί κυβερνήσεως Παπάγου με το Ν. Δ. «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας στην Ελλάδα» - 12 - 2592/53 «περί οργάνωσης της ιατρικής αντιλήψεως». Το 1983 σύμφωνα με τον Ν. 1397 γίνεται προσπάθεια για μια νομοθετική μεταρρύθμιση στο ελληνικό υγειονομικό σύστημα, εφόσον ήταν η πρώτη φορά που τέθηκαν τα πλαίσια και οι βάσεις ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας. Βασικές αρχές του Ν.1397/1983 ήταν ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό και πρέπει να παρέχεται με ευθύνη του κράτους στο σύνολο του πληθυσμού, ανεξαρτήτως κοινωνικής ή οικονομικής κατάστασης. Οι αρχές που διέπουν κάθε λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας αφορούν:

1. Την αποκέντρωση και τον κοινωνικό έλεγχο,
2. Τον ενιαίο προγραμματισμό και ισοτιμία στις παροχές υπηρεσιών υγείας,
3. Την ανάπτυξη της πρωτοβουλίας για πρωτοβάθμια κυρίως περίθαλψη ως αρχή.

Οι βασικοί στόχοι του Εθνικού Συστήματος Υγείας είναι οι εξής:

1. Η αποκέντρωση,
2. Ο κοινωνικός έλεγχος,
3. Η συμμετοχή,

4. Το ενιαίο πλαίσιο λειτουργίας και ανάπτυξης,
5. Ο ενιαίος προγραμματισμός,
6. Η δικαιότερη κατανομή των πόρων,
7. Η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας,
8. Η καθιέρωση ιατρών πλήρους και αποκλειστικής απασχόλησης,
9. Η καλύτερη οργάνωση και παροχή νοσοκομειακής φροντίδας.

2.5 Έρευνες αξιολόγησης ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σε συστήματα υγείας

Τις τελευταίες δεκαετίες θέμα μελέτης πολλών ερευνών έχει αποτελέσει η σημασία και η έννοια της ποιότητας στους οργανισμούς και πιο συγκεκριμένα στις υπηρεσίες υγείας. Οι περισσότεροι στα πρωταρχικά στάδια επιχείρησαν να το προσεγγίσουν δίνοντας βάση σε απλές διαδικασίες, όπως είναι οι προδιαγραφές των προϊόντων. Στην πορεία εξαπλώνονται αισθητά εμπειρικλείοντας και όλες τις διαφορετικές οργανωτικές διαδικασίες. Η ποιότητα άρχισε να αποκτά στρατηγική σημασία για τις επιχειρήσεις στις αρχές της δεκαετίας του 1980, αλλά και να αποτελεί την αιτία που συνέβαλε στην κατάκτηση μεγαλύτερης δύναμης από την διοίκηση ολικής ποιότητας (Τσελέπη, 2000).

Όταν κάνουμε λόγο για διοίκηση ολικής ποιότητας εννοούμε ένα μεγάλο σύστημα διαδικασιών διαχείρισης και ελέγχου. Οι εν λόγω διαδικασίες έχουν δημιουργηθεί με σκοπό την συγκέντρωση σε έναν οργανισμό και όλους τους υπαλλήλους του, όσους δραστηριοποιούνται στην παροχή προϊόντων, αλλά και όσους ασχολούνται με την παροχή υπηρεσιών, έχοντας πάντα ως απώτερο σκοπό την ευχαρίστηση και ικανοποίηση των πελατών τους όσο το δυνατό περισσότερο. Συνεπώς, θα μπορούσαμε να πούμε πως η διοίκηση ολικής ποιότητας δύναται να παρουσιαστεί και ως διαχείριση με βάση τον πελάτη, ενώ παράλληλα έχει φανεί ότι συμβάλλει στην βελτίωση της αποδοτικότητας κάποιων πόρων και δομών στα πλαίσια των οργανισμών (Geitona, Kyriopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2008). Επίσης, η συγκεκριμένη έννοια συντέλεσε στον μεγαλύτερο βαθμό στην ώθηση για ποιοτικό έλεγχο και διαχείριση, καθώς έχει οδηγήσει και στο ISO 9000, το οποίο απαρτίζεται από ένα σύνολο υποδειγμάτων ποιότητας και στο τομέα των προϊόντων και των υπηρεσιών (Κυριόπουλος & Μπεαζόγλου, 2000).

Η αδιάκοπη ενασχόληση και εστίαση στην σημασία της ποιότητας από τους οργανισμούς επιβεβαιώνει ότι ο ρόλος της ποιότητας στο τομέα των υπηρεσιών είναι ζωτικής σημασίας,

θέτοντας ως προτεραιότητα την σωστή μέτρηση της αποτελεσματικότητας των οργανισμών. Η μεταβολή αυτή της εστίασης, με θέμα προσανατολισμού την αντίληψη της ποιότητας από την μεριά των ασθενών αυτή την φορά, έχει παίξει καθοριστικό ρόλο στην βελτίωση των διαδικασιών παροχής υπηρεσιών και συνάμα έχει επιφέρει πλήθος θετικών συνεπειών στο κομμάτι της διαχείρισης (Geitona, Kyriopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2007). Ως εκ τούτου, έχουν μεταβληθεί και οι προσδοκίες των ασθενών γνωρίζοντας εξέλιξη, καθώς έχει αυξηθεί και η πρόσβαση στις πληροφορίες, με αποτέλεσμα να υπόκεινται όλο και λιγότερο στην ικανοποίηση αποκλειστικά από τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας (Drain & Clark, 2004).

Σχετικά με την κατανόηση των απόψεων των ασθενών γύρω από την ποιότητα των προϊόντων και των υπηρεσιών υγείας αποκτά όλο και μεγαλύτερη σημασία για την αποδοτική διαχείριση αυτών των υπηρεσιών. Ένας ευρέως αποδεκτός ορισμός της ικανοποίησης των πελατών, ασθενών στην περίπτωση που εξετάζουμε, στηρίζεται στην γεφύρωση της μη επιβεβαίωσης, δηλαδή όταν η ικανοποίηση του πελάτη προέρχεται από την σύγκριση των επιθυμιών του με τις πεποιθήσεις για την πραγματική εξυπηρέτηση (Geitona, Kyriopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2007). Οι λόγοι για τους οποίους η ικανοποίηση των ασθενών έχει πολύ σπουδαίο ρόλο είναι πολλοί, αλλά και η ευαισθησία στην εντύπωση της ποιότητας έχει αρκετά θετικά αποτελέσματα στην διαχείριση. Πιο αναλυτικά, όσο πιο ικανοποιημένος φεύγει ο ασθενής τόσο πιο πιθανό είναι συντηρήσει σταθερή σχέση με τον ίδιο πάροχο και η συνέπεια αυτή βοηθάει στην τήρηση των ιατρικών αρχείων (Αδαμακίδου, 2008).

Ακόμα, η αυξημένη ικανοποίηση υποβοηθά και στην συμμόρφωση των ασθενών με τις ιατρικές οδηγίες και τις θεραπευτικές μεθόδους (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002). Εφόσον γίνεται προσπάθεια ορισμού των πηγών ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας είναι πιθανό να φέρει στην επιφάνεια και διάφορες αδυναμίες του συστήματος και ως αποτέλεσμα να βοηθήσει στην βελτίωση της διαχείρισης του κινδύνου. Οι εντυπώσεις που δημιουργούνται στους πελάτες/ασθενείς ωφελούν ως βάση στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών. Άρα, και η κατανόηση τους είναι ιδιαίτερα σημαντική για την πορεία μιας υπηρεσίας (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008). Τέλος, σπουδαία συνέπεια της καταγραφής των πεποιθήσεων των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών προσφέρει και πολύ αξιόλογες πληροφορίες για την αποδοτικότητα των οργανισμών και των υπαλλήλων τους και μπορεί να οδηγήσει στην βελτίωση τους (Aletras, Papadopoulos & Niakas, 2006).

Η εκτίμηση της ικανοποίησης ως δείκτης αξιολόγησης έχει ιδιαίτερη σημασία, καθώς βοηθάει στην κατανόηση των προσδοκιών των πελατών και στην αποκάλυψη των αναγκών και των προσδοκιών του συστήματος υγείας. Επιπλέον, ο παραλληλισμός προσδοκιών με την πεποίθηση των αποτελεσμάτων των υπηρεσιών συνεισφέρει στην εξεύρεση των κρίσιμων διαστάσεων που απαιτούν διορθώσεις. Μέσω της κατανόησης των αντιλήψεων του κόσμου στο θέμα της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας ευρίσκεται η δυνατότητα ανάπτυξης αποδοτικών και πετυχημένων στρατηγικών με στόχο την βελτίωση της (Κάδδα et al, 2010). Η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας υγείας και η αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι έννοιες αλληλένδετες. Οι ασθενείς και ικανοποίηση τους χαρακτηρίζονται ως το βασικότερο τμήμα στην οργάνωση, την επιτέλεση και την εκτίμηση της προσφοράς των υπηρεσιών. Βέβαια, και ο χειρισμός των αναγκών των ασθενών και των αξιώσεων της φροντίδας της υγείας σημαίνει πολλά για την εκπλήρωση υπηρεσιών υγείας υψηλής αξίας. Είναι αρκετά σύνηθες σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης η ικανοποίηση των ασθενών να αξιοποιείται για τον προσδιορισμό της ποιότητας των υπηρεσιών (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Σκότος της μελέτης που μόλις εξετάσαμε ήταν η καταμέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται από την μεριά των ασθενών σε ένα γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης, το νοσοκομείο Παπαγεωργίου, καθώς και αν και πόσο η υφιστάμενη ποιότητα επηρεάζεται από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών/συμμετεχόντων (Geitona, Kyriopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2007).

Υλικό και Μέθοδος

Σχεδιασμός

Διεξήχθη μια σύγχρονη μελέτη σε ένα γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης στο νοσοκομείο Παπαγεωργίου, μεταξύ Φεβρουαρίου και Απριλίου 2008. Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 102 ασθενείς, η συμμετοχή των οποίων ήταν ανώνυμη και εθελοντική. Το ποσοστό συμμετοχής ανήλθε σε 85%. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν αναφορικά με τον σκοπό και τη μεθοδολογία της μελέτης, ενώ εφαρμόστηκε η δειγματοληψία ευκολίας σε τέσσερις κλινικές (οφθαλμολογική, χειρουργική, ορθοπαιδική και ουρολογική). Η διάρκεια συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου ήταν περίπου 20 λεπτά. Για τη διεξαγωγή της μελέτης ελήφθη η άδεια από την επιτροπή του επιστημονικού συμβουλίου του νοσοκομείου (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008).

Ερωτηματολόγιο

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το διεθνές μοντέλο μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών Servqual. Το μοντέλο Servqual χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών, ως διαφορά μεταξύ της ποιότητας που αναμένεται από τους ασθενείς και της ποιότητας η οποία επιτυγχάνεται στην πράξη. Το ερωτηματολόγιο προσδιορίζει πέντε βασικά στοιχεία της ποιότητας της υπηρεσίας υγείας και, συγκεκριμένα, την αξιοπιστία, την ενσυναίσθηση, την εγγύηση/ διασφάλιση, την ανταπόκριση και την υλικοτεχνική υποδομή. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από δύο μέρη. Το πρώτο μέρος του διερευνά τις προσδοκίες και τις αντιλήψεις των ασθενών σχετικά με τον χώρο παροχής υπηρεσιών και αποτελείται από 44 ερωτήσεις κλειστού τύπου, με 22 ερωτήσεις να αφορούν στις προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών που θα ήθελαν να τους προσφέρει ο οργανισμός και 22 ερωτήσεις να αφορούν στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα, η οποία τελικά τους προσφέρθηκε. Οι απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο έχουν τη μορφή επτάβαθμης κλίμακας Likert. Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που καταγράφηκαν ήταν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο, η κατάσταση υγείας και το τμήμα νοσηλείας (Geitona, Kyriopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2008).

Ποιότητα υπηρεσιών υγείας

Στατιστική ανάλυση

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές της μελέτης ήταν το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και η κατάσταση υγείας των ασθενών. Οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν η αντιλαμβανόμενη ποιότητα, η επιθυμητή ποιότητα και η διαφορά μεταξύ αντιλαμβανόμενης και επιθυμητής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως εκτιμήθηκαν με το ερωτηματολόγιο Servqual. Για την ανάλυση των απαντήσεων των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς (μέση τιμή και τυπική απόκλιση) ώστε να καταγραφούν τα υφιστάμενα και τα επιθυμητά επίπεδα ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στο γενικό νοσοκομείο της Θεσσαλονίκης στους πέντε τομείς του Servqual. Υπολογίστηκε η μέση τιμή και η τυπική απόκλιση για τα κενά μεταξύ των επιθυμητών και των προσδοκώμενων επιπέδων ποιότητας των υπηρεσιών (Γαλάνης, 2017).

Η αξιολόγηση για το ποιες διαστάσεις έχουν τα μεγαλύτερα κενά διενεργήθηκε με χρήση της ανάλυσης t-test επαναλαμβανόμενων μετρήσεων καθώς έχουμε συγκρίσεις εντός ομάδων (within group comparisons). Για να διερευνηθεί κατά πόσο υπάρχει σημαντική διαφοροποίηση των υφιστάμενων και των προσδοκώμενων επιπέδων ποιότητας ως προς το φύλο των ασθενών,

την ηλικία, την κατάσταση υγείας και το μορφωτικό επίπεδο χρησιμοποιήθηκαν οι στατιστικοί έλεγχοι t-test για δύο ανεξάρτητα δείγματα και η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (Sullivan & Decker, 2016).

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία των ασθενών ήταν τα 56,2 έτη (τυπική απόκλιση=4,5), ενώ η πλειονότητα ήταν άνδρες (68%) με καλή κατάσταση υγείας (68,6%). Το 43,1% ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης και το 42,2% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης. Η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των ασθενών ήταν αρκετά υψηλή και στις πέντε διαστάσεις, με τη μέση τιμή να είναι >6 σε όλες τις περιπτώσεις. Η ποιότητα ήταν υψηλότερη στη διάσταση της διασφάλισης/ασφάλειας και της ενσυναίσθησης και ακολούθως στην υλικοτεχνική υποδομή, την ανταπόκριση και την αξιοπιστία. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των πέντε διαστάσεων του Servqual αναφορικά με την αντιλαμβανόμενη ποιότητα ($p=0,102$). Αντίστοιχα ήταν τα αποτελέσματα και για τις προσδοκίες των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη ποιότητα, με τους ασθενείς να επιθυμούν υψηλή παρεχόμενη ποιότητα σε όλες τις διαστάσεις. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά (Γαλάνης, 2017).

Συζήτηση

Λαμβάνοντας υπόψιν τα αποτελέσματα που συγκεντρώθηκαν, φαίνεται ότι η αντιλαμβανόμενη ποιότητα των ασθενών ήταν αρκετά υψηλή και στις πέντε διαστάσεις του ερωτηματολογίου Servqual, με τη μέση τιμή να είναι >6 σε όλες τις διαστάσεις. Το εν λόγω στοιχείο είναι πολύ ενδιαφέρον, διότι σε σχετικές μελέτες παρατηρήθηκαν αξιοσημείωτες διαφορές ανάμεσα των διαστάσεων του Servqual, υψηλότερη βαθμολογία είχε η διάσταση της ασφάλειας. Όταν η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρονται είναι υψηλή, το φαινόμενο αυτό επιδρά θετικά στην συνολική ικανοποίηση που θα νιώσουν οι ασθενείς και αυξάνει εξαιρετικά τις πιθανότητες οι ασθενείς να επιλέξουν ξανά στο μέλλον το ίδιο νοσοκομείο, αλλά και να το προτείνουν σε κάποιο συγγενή ή φίλο (Geitona, Kyriopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2008).

Ακόμα, εντοπίστηκαν μικρές διαφορές ανάμεσα στην αντιλαμβανόμενη και την προσδοκώμενη ποιότητα των υπηρεσιών στις πέντε διαστάσεις του Servqual, κάτι που φανερώνει πως οι προσδοκίες των ασθενών εκπληρώθηκε σχεδόν ολοκληρωτικά από την

φροντίδα που τους παρείχε το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Σε σχετικά συμπεράσματα έχουν οδηγηθεί και παρόμοιες έρευνες, στις οποίες οι διαστάσεις που παρουσιάζουν την υψηλότερη διαφορά μεταξύ αντιλαμβανόμενης και προσδοκώμενης ποιότητας υπηρεσιών ήταν της ασφάλειας, της αξιοπιστίας και της υλικοτεχνικής υποδομής (Geitona, Kygiopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2007). Δεν βρέθηκαν στατιστικά σημαντικές διαφορές ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και στις πέντε διαστάσεις του Servqual.

Επίσης, βρέθηκε πως η κατάσταση της υγείας των ασθενών ήταν το μόνο στοιχείο που είχε σχέση με την εντύπωση τους για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που έλαβαν. Αναλυτικότερα, όσοι ασθενείς βρίσκονταν σε καλή κατάσταση υγείας είχαν θετικότερη εντύπωση για την ποιότητα των υπηρεσιών, ενώ αντίθετα όσοι βρίσκονταν σε κακή κατάσταση υγείας θα ήθελαν βελτιωμένη ποιότητα των αντίστοιχων υπηρεσιών. Όπως προκύπτει, η καλύτερη κατάσταση υγείας επιδρά θετικά και στην ψυχολογική κατάσταση των ασθενών, κι έτσι ενδέχεται να έχουν υπερεκτιμήσει τις προσφερόμενες υπηρεσίες, αλλά αντιστοίχως και η κακή κατάσταση υγείας επιδρά αρνητικά στην ψυχολογική τους κατάσταση και ίσως αυτό να έχει ως αποτέλεσμα την απαίτηση για ακόμα καλύτερες υπηρεσίες, αποβλέποντας στην βελτίωση της υγείας τους (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008).

Εδώ καλό θα ήταν να αναφέρουμε πως συγκεκριμένη μελέτη είχε και κάποιους περιορισμούς. Πιο συγκεκριμένα, διενεργήθηκε δειγματοληψία ευκολίας, γεγονός που εισάγει συστηματικό σφάλμα επιλογής και δεν επιτρέπει τη γενίκευση των αποτελεσμάτων. Προς αυτή την κατεύθυνση συνηγορεί και ο μικρός αριθμός των συμμετεχόντων, αλλά και το γεγονός ότι η μελέτη έλαβε χώρα σε ένα μόνο νοσοκομείο. Επί πλέον, το ερωτηματολόγιο αποτελεί μια υποκειμενική εκτίμηση των συμμετεχόντων που μπορεί να οδηγήσει σε υπερεκτίμηση ή υποεκτίμηση της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των υπηρεσιών. Εκτός από τα δημογραφικά χαρακτηριστικά που μετρήθηκαν στην παρούσα μελέτη, είναι σαφές ότι υπάρχουν και άλλα χαρακτηριστικά, όπως π.χ. τα κλινικά, τα οποία θα μπορούσαν να επηρεάσουν τις απόψεις των ασθενών για την αντιλαμβανόμενη και την προσδοκώμενη ποιότητα των υπηρεσιών (Geitona, Kygiopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2008).

Η ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με τον βαθμό ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας των ασθενών, μέσα από τις εμπειρίες τους, τη φροντίδα που έλαβαν και τις απόψεις τις οποίες διαμόρφωσαν από τους φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτόν, είναι απαραίτητος ο σχεδιασμός, η εφαρμογή, η παρακολούθηση και η αποτίμηση στρατηγικών στον χώρο της υγείας από τις εκάστοτε διοικήσεις των οργανισμών, ώστε να μπορέσουν να

εντοπίσουν και να διορθώσουν τις παραμέτρους εκείνες που ενδέχεται να ευθύνονται για τη δυσαρέσκεια των ασθενών (Geitona, Kyriopoulos, Zavras, Theodoratou & Alexopoulos, 2007). Είναι σαφές ότι η καταγραφή των απόψεων των ασθενών και της ικανοποίησής τους είναι καθοριστική. Προς την κατεύθυνση αυτή μπορεί να συμβάλλουν μελέτες με μικρό σφάλμα και σε διαφορετικούς μελετώμενους πληθυσμούς, έτσι ώστε να είναι εφικτές και οι ανάλογες συγκρίσεις (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008).

2.6 Έρευνες ανάλυσης της αντιλαμβανόμενης ποιότητας των χρηστών υπηρεσιών υγείας

Παρά το γεγονός ότι οι μετρήσεις εξέτασης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν πλέον μια σταθερή οδό στο διεθνή χώρο, απαρτίζοντας στοιχείο του management, ολικής ποιότητας, δεν τις συναντάμε συχνά στην καθημερινή πρακτική του ελληνικού συστήματος υγείας. Είναι αξιοσημείωτο πως ενώ επικρατεί μια τάση γενικής δυσαρέσκειας των πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας, οι ελάχιστες μελέτες που έχουμε στην διάθεση μας δεν χρησιμοποιούνται όπως θα έπρεπε για να πετύχουμε μεταβολή και βελτίωση της πολιτικής υγείας. Οι ερευνητές προβαίνουν συνήθως στην εξέταση των εξής παραμέτρων: (α) προσπέλαση/διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας, (β) σχέση ασθενή/επαγγελματιών υγείας, (γ) επαγγελματικές ικανότητες/ποιότητα φροντίδας, (δ) οργανωτική πλευρά υπηρεσιών υγείας (Xesfingi, Karamanis & Vozikis, A. (2017).

Όσον αφορά τη μεθοδολογία, συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις, καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων (face to-face interviews), είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail). Ωστόσο, σύμφωνα με μελέτες, οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, παρόλο που η ανωνυμία που προσφέρει το e-mail συντελεί στην αποτύπωση περισσότερο αντιπροσωπευτικής και αξιόπιστης γνώμης του ασθενούς (Παπαγιαννοπούλου, Πιερράκος, Σαρρής & Υφαντόπουλος, 2008).

Όπως ανακύπτει από την ανάλυση των στοιχείων σχεδόν όλες οι έρευνες, άλλες σε μικρότερο άλλες σε μεγαλύτερο βαθμό, καταλήγουν σε παρόμοια συμπεράσματα. Τα συμπεράσματα αυτά πιο συγκεκριμένα είναι τα εξής, τα ποσοστά ικανοποίησης από ιατρικό/νοσηλευτικό δυναμικό είναι υψηλά, η δυσαρέσκεια διακρίνεται από τις ώρες αναμονής στα εξωτερικά

ιατρεία, το χρόνο για το κλείσιμο του ραντεβού και πολλές φορές και τη χωροταξική υποδομή και επίσης παρουσιάζουν το στοιχείο ότι αρκετά σημαντικό ποσοστό καταφεύγει σε ιδιώτη γιατρό (Κωσταγιόλας, Πλατής & Ζήμερας, 2006). Είναι εντυπωσιακό το γεγονός πως παρά την εξαιρετική σημασία που κατέχει η ικανοποίηση των χρηστών/ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και η καταγραφή και μελέτη της, είναι αισθητά μικρός ο αριθμός των οργανισμών που εστιάζουν σε αυτή και εν τέλει επενδύουν στην βελτίωση της (Καδδά, 2010).

Εκτός από κάποιες αποσπασματικές μετρήσεις ικανοποίησης χρηστών σε επίπεδο οργανισμών είναι απαραίτητη η ανάπτυξη και ενός Εθνικού δείκτη ικανοποίησης χρηστών. Αυτός ο δείκτης θα αποτελεί τη βάση για την παρακολούθηση της ικανοποίησης των χρηστών και το πώς διαμορφώνεται αυτή με το χρόνο. Επίσης, ο Εθνικός δείκτης θα πρέπει να δίνει απαντήσεις σε ερωτήσεις όπως η ικανοποίηση των χρηστών και οι εκτιμήσεις τους σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε εθνικό επίπεδο βελτιώνεται ή χειροτερεύει; Χρησιμοποιώντας τις μετρήσεις του δείκτη, παρέχεται η δυνατότητα σύγκρισης της ικανοποίησης διαφορετικών τομέων υπηρεσιών υγείας και οργανισμών τόσο μεταξύ τους όσο και με βάση τον εθνικό μέσο όρο. Η διαδικασία αυτή θα λειτουργεί θετικά τόσο για τη λήψη αποφάσεων σε εθνικό και τοπικό επίπεδο, όσο και για τη διαδικασία της συγκριτικής επίδοσης, παρέχοντας τη δυνατότητα αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών των οργανισμών με πρότυπο τον Εθνικό μέσο όρο. Η εξαγωγή των πορισμάτων γίνεται ευκολότερα και ακολούθως και οι ενέργειες των φορέων κινούνται με γρηγορότερους ρυθμούς και μεγαλύτερη ευαισθητοποίηση (Κωσταγιόλας, Πλατής & Ζήμερας, 2006).

B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

3.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσης έρευνας είναι να διερευνηθεί το ποσοστό και ο βαθμός εμπιστοσύνης στη σχέση μεταξύ του θεράποντος ιατρού και προσωπικού και του ασθενούς.

3.2 Δείγμα

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσε 157 ασθενείς που προσήλθαν στο Γενικό νοσοκομείο Εδέσσης του Ν. Πέλλας. Το χρονικό διάστημα που υλοποιήθηκε η έρευνα ήταν από τις 23/8/2021 έως τις 31/8/2021. Η επιλογή των ασθενών πραγματοποιήθηκε με ευκαιριακή δειγματοληψία κατά τη διάρκεια της έξοδό τους από το νοσοκομείο. Η επιλογή των ασθενών έγινε βάση της επιθυμίας των ασθενών να συμμετάσχουν στην έρευνα, βάσει της ικανότητάς τους για επικοινωνία και συνεννόησης στην ελληνική γλώσσα. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου πραγματοποιήθηκε με τη χρήση των Μέσων Κοινωνικής Δικτύωσης, συνυπολογιζόμενων και των συνθηκών που επικρατούν λόγω της πανδημίας του κορωνοϊού.

3.3 Ερευνητικά ερωτήματα:

A. Νοσηλευτικές υπηρεσίες:

1. Σε τι βαθμό αισθανθήκατε εμπιστοσύνη από το νοσηλευτικό προσωπικό;

Στο ερώτημα αν αισθάνθηκαν εμπιστοσύνη από το νοσηλευτικό προσωπικό η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε «λίγο» με ποσοστό 36,3%. Αμέσως μετά, ακολουθεί η απάντηση «αρκετά» με ποσοστό 31,2% , έπειτα η απάντηση «πολύ» με 24,9% και τέλος το «καθόλου» με 7,6%. Το γεγονός αυτό δεν είναι ιδιαίτερα ενθαρρυντικό, διότι δείχνει πως το δείγμα ασθενών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δεν έφυγαν ικανοποιημένοι από την εμπιστοσύνη που ένιωσαν. Ωστόσο, ενδιαφέρον θα παρουσίαζαν οι λόγοι που τους οδήγησαν σε αυτή την απάντηση, δηλαδή αν ήταν η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ή κάτι άλλο, και κατά συνέπεια ίσως να βοηθούσε στην μεταβολή αυτής της πεποίθησης, δεδομένα, που, όμως, δεν ήταν εφικτό να συγκεντρωθούν από τον εν λόγω ερωτηματολόγιο. Βέβαια, με βάση το ερωτηματολόγιο μας αυτά τα στοιχεία έχουμε, τα οποία φανερώνουμε πως οι περισσότεροι νοσηλευόμενοι και ασθενείς δεν αισθάνθηκαν εμπιστοσύνη από το νοσηλευτικό προσωπικό σε ικανοποιητικό βαθμό.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	12	7,6%
Λίγο	57	36,3%
Αρκετά	49	31,2%
Πολύ	39	24,9%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 1. Εμπιστοσύνη προς το νοσηλευτικό προσωπικό

Γράφημα 1. Ποσοστιαία απεικόνιση του 1ου ερωτήματος

2. Σε τι βαθμό λάβατε στήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό για τα προβλήματα υγείας που αντιμετωπίζατε;

Στο ερώτημα πόση στήριξη έλαβαν από το νοσηλευτικό προσωπικό η πλειοψηφία των ερωτηθέντων απάντησε «αρκετά» με ποσοστό 38,9%, με δεύτερη απάντηση στην κατάταξη το «πολύ» με 33,7%. Τα αποτελέσματα αυτά είναι ένας καλός οiwονός, φαίνεται πως το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών έφυγε με ένα σχετικό αίσθημα ικανοποίησης αναφορικά με την στήριξη που έλαβαν από το νοσηλευτικό προσωπικό. Επίσης, θετικό είναι και το στοιχείο πως μόλις 9 από τους συμμετέχοντες, δηλαδή το 5,7%, διάλεξαν την απάντηση «καθόλου», δείχνοντας πως πιθανώς η δυσαρέσκεια οφείλεται σε μεμονωμένα περιστατικά, ενώ στην τρίτη θέση είναι το «λίγο» με ποσοστό 21,7%.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	9	5,7%
Λίγο	34	21,7%
Αρκετά	61	38,9%
Πολύ	53	33,7%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 2. Βαθμός στήριξης εκ μέρους των νοσηλευτών

Γράφημα 2. Ποσοστιαία απεικόνιση του 2ου ερωτήματος

3. Σε τι βαθμό έλαβε συμπαράσταση η οικογένεια και το περιβάλλον σας από το νοσηλευτικό προσωπικό όσο καιρό νοσηλεύσασταν;

Στο ερώτημα πόση συμπαράσταση έλαβε η οικογένεια, αλλά και το ευρύτερο περιβάλλον του ασθενή, στην πρώτη θέση βρίσκεται η απάντηση «αρκετά», με ποσοστό 30,6%. Ακολουθούν το «λίγο» με 28,7%, το «καθόλου» με 22,3% και τελευταίο το «πολύ» με 18,4%. Μπορεί να μην είναι το ιδανικότερο αποτέλεσμα, λόγω του χαμηλού ποσοστού της απάντησης «πολύ», αλλά θα μπορούσαμε να πούμε πως είναι ικανοποιητικό. Εφόσον η πλειοψηφία συγκεντρώνεται στο «αρκετά» και «λίγο», θα ήταν άδικο να πούμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν παρέχει συμπαράσταση στην οικογένεια και το περιβάλλον του νοσηλευόμενου, ωστόσο θα πρέπει να στοχεύσουμε στην απορρόφηση των ποσοστών «καθόλου» και «λίγο» από τις θετικότερες απαντήσεις «αρκετά» και «πολύ».

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	35	22,3%
Λίγο	46	28,7%
Αρκετά	48	30,6%
Πολύ	28	18,4%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 3. Συμπαράσταση από το νοσηλευτικό προσωπικό

Γράφημα 3. Ποσοστιαία απεικόνιση του 3ου ερωτήματος

4. Σε τι βαθμό είστε ευχαριστημένοι από την επικοινωνία που είχατε με το νοσηλευτικό προσωπικό;

Στο ερώτημα σχετικά με το αν οι ασθενείς είναι ευχαριστημένοι από την επικοινωνία που είχαν με το νοσηλευτικό προσωπικό τα αποτελέσματα είναι αρκετά ενθαρρυντικά, καθώς η πλειοψηφία έχει συγκεντρωθεί στις απαντήσεις «αρκετά» και «πολύ», με αθροιστικό ποσοστό 65,9%. Πιο συγκεκριμένα, στην πρώτη θέση βρίσκεται η απάντηση «αρκετά», με ποσοστό 42,9%, ακολουθεί το «πολύ», με 23%, στην συνέχεια το «λίγο», με 22,3% και τέλος το

«καθόλου», και τέλος το «καθόλου», με 10,8%. Λαμβάνοντας υπόψιν τα παραπάνω αποτελέσματα, μπορούμε με σιγουριά και με αίσθημα αισιοδοξίας για το μέλλον πως οι νοσηλεύόμενοι που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο μας έμειναν αρκετά ικανοποιημένοι από την επικοινωνία τους με το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	17	10,8%
Λίγο	35	22,3%
Αρκετά	69	42,9%
Πολύ	36	23%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 4. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό

Γράφημα 4. Ποσοστιαία απεικόνιση του 4ου ερωτήματος

5. Σε τι βαθμό έδειξε ενδιαφέρον το νοσηλευτικό προσωπικό για το πρόβλημα σας;

Στο ερώτημα αναφορικά με το ενδιαφέρον που έδειξε το νοσηλευτικό προσωπικό για τον πρόβλημα των ερωτηθέντων όσο νοσηλεύονταν, μπορούμε να πούμε πως κι εδώ έχουμε θετικά αποτελέσματα. Αναλυτικότερα, το μεγαλύτερο ποσοστό συγκέντρωσε η απάντηση «αρκετά», με ποσοστό 46,5%, αμέσως μετά το «πολύ», με 27,4%, ακολούθως το «λίγο», με 20,4%, και τελευταίο στην κατάταξη, για άλλη μια φορά, το «καθόλου», με 5,7%. Εύλογα, διαπιστώνουμε πως το νοσηλευτικό προσωπικό έδειξε ενδιαφέρον για τα προβλήματα των ασθενών σε ικανοποιητικό βαθμό. Επίσης, αφού μόνο 9 από τους 157 συμμετέχοντες απάντησαν «καθόλου», ήτοι 5,7%, έχουμε κι εδώ μεμονωμένα περιστατικά, τα οποία δεν αντιπροσωπεύουν τους νοσηλευτές στο σύνολο τους ως επαγγελματίες.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	9	5,7%
Λίγο	32	20,4%
Αρκετά	73	46,5%
Πολύ	43	27,4%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 5. Βαθμός ενδιαφέροντος του νοσηλευτικού προσωπικού στους ασθενείς

6. Πόσο ευγενική ήταν η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού;

Στο ερώτημα σχετικά με την ευγενική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού τα αποτελέσματα εξακολουθούν να είναι ενθαρρυντικά, καθώς η πλειοψηφία, ήτοι 77% απάντησε είτε «αρκετά» είτε «πολύ». Η κατάταξη των απαντήσεων διαμορφώθηκε ως εξής, η πιο συχνή απάντηση ήταν «αρκετά», με ποσοστό 39,5%, αμέσως μετά το «πολύ», με 37,5%, έπειτα το «λίγο», με 18,5%, και τέλος το «καθόλου» με 4,5%. Συνεπώς, μπορούμε να αυτοπεποίθηση να ισχυριστούμε πως η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν ιδιαίτερα ευγενική. Αυτό αποδεικνύεται όχι μόνο από τον αριθμός όσων απάντησαν «αρκετά» ή «πολύ», αλλά και από τον αριθμό όσων απάντησαν «καθόλου», ο οποίος είναι μόλις 7, που αντιστοιχεί στο ελάχιστο ποσοστό 4,5%, όπως ήδη αναφέραμε.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	7	4,5%
Λίγο	29	18,5%
Αρκετά	62	39,5%
Πολύ	59	37,5%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 6. Εκδήλωση ευγενικής συμπεριφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού

7. Πόσο πρόθυμο φαινόταν το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στο πρόβλημα σας;

Στο ερώτημα πόσο πρόθυμο φαινόταν το νοσηλευτικό προσωπικό απέναντι στην αντιμετώπιση του προβλήματος των ασθενών που συμμετείχαν στο ερωτηματολόγιο, παρατηρούμε ξανά πως οι περισσότεροι απάντησαν «αρκετά» και «πολύ», στοιχείο αρκετά θετικό, ωστόσο η απάντηση λίγο ακολουθεί με πολύ μικρή διαφορά. Αναλυτικώς έχουμε την απάντηση «αρκετά» ως πιο συχνή, με ποσοστό 37,6%, στην συνέχεια το «πολύ», με 29,3%,

αμέσως μετά το «λίγο», με 28%, και τέλος το «καθόλου», με 5,1%. Όπως προείπαμε, δεν μπορούμε να παραβλέψουμε την καλή πλευρά του γεγονότος πως οι περισσότεροι απάντησαν «αρκετά» ή «πολύ», όπως δεν μπορούμε να αγνοήσουμε από την άλλη και το γεγονός πως η απάντηση «λίγο» έχει διαφορά μόλις 2 ερωτηθέντες και ποσοστικά απέχει 1,3%. Καλό θα ήταν να αυξηθεί αυτή η απόσταση στο μέλλον, φυσικά προς την μεριά του «αρκετά» και «πολύ».

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	8	5,1%
Λίγο	44	28%
Αρκετά	59	37,6%
Πολύ	46	29,3%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 7. Βαθμός προθυμίας του νοσηλευτικού προσωπικού

Γράφημα 7. Ποσοστιαία απεικόνιση του 7ου ερωτήματος

8. Πόσο γρήγορο πιστεύετε ότι ήταν το νοσηλευτικό προσωπικό στην αντιμετώπιση του προβλήματός σας;

Σε αυτό το ερώτημα σχετικά με την ταχύτητα ανταπόκρισης και αντιμετώπισης των προβλημάτων των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό οι απαντήσεις δεν είναι και τόσο ενθαρρυντικές. Ας δούμε τα ποσοστά που συγκεντρώθηκαν για να καταλάβουμε τι συμβαίνει. Η κατάταξη έχει διαμορφωθεί ως εξής, πρώτη απάντηση με ποσοστό 35,7% είναι το «λίγο», αμέσως μετά με 33,1% είναι το «αρκετά», ακολουθεί το «καθόλου», με 19,7%, και τέλος το «πολύ», με 11,5%. Τα στοιχεία αυτά δείχνουν πως η πλειοψηφία κινήθηκε μεταξύ των απαντήσεων «λίγο» και «αρκετά», ενώ πολύ μικρό είναι το ποσοστό του «πολύ». Έτσι, καταλήγουμε πως σε αυτό το κομμάτι, της ταχύτητας των προβλημάτων, οι νοσηλευόμενοι δεν έμειναν ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	31	19,7%
Λίγο	56	35,7%
Αρκετά	52	33,1%
Πολύ	18	11,5%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 8. Ταχύτητα εξυπηρέτησης του νοσηλευτικού προσωπικού

9. Το νοσηλευτικό προσωπικό που ήταν διαθέσιμο στην κλινική φαινόταν αρκετό προκειμένου να καλύψει τις ανάγκες των ασθενών ;

Στο ερώτημα αν ήταν αρκετό το νοσηλευτικό προσωπικό που είχε στην διάθεση της η κλινική έτσι ώστε να καλυφθούν οι ανάγκες των νοσηλευόμενων οι απαντήσεις των συμμετεχόντων δεν είχαν πολύ μεγάλες ποσοτικές διακυμάνσεις μεταξύ τους. Αναλυτικότερα, ως πιο δημοφιλή απάντηση έχουμε το «λίγο», με ποσοστό 33,8%, ακολουθεί με πολύ μικρή διαφορά το «αρκετά», με 30,6%, στην συνέχεια με επίσης μικρή διαφορά έχουμε το «πολύ», με 21,6% και τέλος το «καθόλου», με 14%. Με βάση τα παραπάνω στατιστικά αποφαίνεται πως η επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού δεν είναι ικανοποιητική ώστε να καλύψει όλες τις ανάγκες των ασθενών, κάτι το οποίο όπως βλέπουμε γίνεται αντιληπτό και από τους ίδιους τους ασθενείς, τουλάχιστον στο ευρύ δείγμα των 157 ατόμων που πήραν μέρος στο ερωτηματολόγιο μας.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	22	14%
Λίγο	53	33,8%
Αρκετά	48	30,6%
Πολύ	34	21,6%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 9. Διαθέσιμο νοσηλευτικό προσωπικό.

B. Εγκαταστάσεις και υποδομές

10. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την άνεση στον χώρο αναμονής;

Στο ερώτημα αν έμειναν ευχαριστημένοι από την άνεση στον χώρο αναμονής τα αποτελέσματα δεν είναι θετικά. Αναλυτικά, μεγαλύτερο ποσοστό έχει συγκεντρώσει η απάντηση «λίγο», με 35%, στην συνέχεια έχουμε το «καθόλου», με 29,3%, έπειτα το «αρκετά», με 23,6%, και τέλος το «πολύ», με 12,1%. Είναι ιδιαίτερα στενάχωρο το γεγονός πως στις δύο πρώτες θέσεις με αθροιστικό ποσοστό 64,3% βρίσκονται οι απαντήσεις «λίγο» και «καθόλου», σε συνδυασμό με το φαινόμενο πως μόνο 19 άτομα από τους ερωτηθέντες

απάντησαν «πολύ». Είναι εμφανές πως η πλειοψηφία δεν έμεινε ευχαριστημένη από την άνεση στον χώρο αναμονής.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	46	29,3%
Λίγο	55	35%
Αρκετά	37	23,6%
Πολύ	19	12,1%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 10. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών αναφορικά με την αναμονή.

Γράφημα 10. Ποσοστιαία απεικόνιση του 10ου ερωτήματος.

11. Πόσο ευχαριστημένοι μέινετε από την επάρκεια των χώρων;

Στο ερώτημα πόσο ευχαριστημένοι μέινανε οι νοσηλευόμενοι από την επάρκεια των χώρων τα αποτελέσματα κι εδώ δεν είναι ιδιαίτερα θετικά, καθώς η πλειοψηφία επέλεξε απαντήσεις μεταξύ των «λίγο» και «καθόλου». Η κατάταξη διαμορφώθηκε ως εξής, δημοφιλέστερη απάντηση αναδείχθηκε το «λίγο», με ποσοστό 32,5%, ακολουθεί το «αρκετά», με 24,8%, αμέσως μετά με πολύ μικρή διαφορά είναι το «καθόλου», με 23,6%, και τέλος το «πολύ», με 19,1%. Για άλλη μια φορά, οι συμμετέχοντες δεν φαίνεται να έφυγαν ικανοποιημένοι από παροχή που σχετίζεται με τον χώρο, τώρα με την επάρκεια. Επίσης, πέρα από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, κι αν θεωρηθεί άτοπο ας μην ληφθεί υπόψιν, δεν είναι λίγες οι φορές που έχει αποτελέσει είδηση το φαινόμενο ασθενών να νοσηλεύονται σε κρεβάτια στους διαδρόμους.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	37	23,6%
Λίγο	51	32,5%
Αρκετά	39	24,8%
Πολύ	30	19,1%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 11. Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την χωροταξική επάρκεια.

12. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την καθαριότητα των χώρων;

Στο ερώτημα σχετικά με την καθαριότητα των χώρων οι απαντήσεις των ερωτηθέντων δεν είναι τόσο απογοητευτικές. Ωστόσο, η πλειοψηφία έχει συγκεντρωθεί στις απαντήσεις «αρκετά» και «λίγο». Πιο συγκεκριμένα, πρώτο στις απαντήσεις των ερωτηθέντων είναι το «αρκετά», με ποσοστό 37,6%, ακολουθεί το «λίγο», με 30,4%, στην συνέχεια έχουμε το «πολύ», με 17,2%, και τέλος το «καθόλου», με 14,6%. Όπως φαίνεται δεν υπάρχει μεγάλη δυσαρέσκεια στο κομμάτι της καθαριότητας των χώρων, αλλά από την άλλη ούτε και ιδιαίτερη ικανοποίηση. Θα λέγαμε ότι αυτό που προκύπτει από τα αποτελέσματα είναι ότι η κατάσταση είναι υποφερτή.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	23	14,6%
Λίγο	48	30,6%
Αρκετά	59	37,6%
Πολύ	27	17,2%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 12. Επίπεδο ικανοποίησης σχετικά με την καθαριότητα των χώρων

13. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την καθαριότητα των τουαλετών;

Στο ερώτημα αναφορικά με την καθαριότητα στον χώρο των τουαλετών τα αποτελέσματα είναι αρκετά στενάχωρα, με την πλειοψηφία, ήτοι 70,1% να έχουν απαντήσει είτε «λίγο» είτε «καθόλου». Ας δούμε τα επιμέρους ποσοστά, πιο δημοφιλής απάντηση είναι το «λίγο», με ποσοστό 38,9%, με μικρή διαφορά ακολουθεί το «καθόλου», με 31,2%, στην συνέχεια το «αρκετά», με 17,2%, και τέλος το «πολύ», με 12,7%. Όπως ήδη αναφέραμε οι περισσότεροι είναι είτε καθόλου είτε λίγο ευχαριστημένοι από την καθαριότητα στις τουαλέτες, φαινόμενο που αποδεικνύει μια έντονη δυσαρέσκεια από την καθαριότητα στον χώρο του τουαλετών.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	49	31,2%
Λίγο	61	38,9%
Αρκετά	27	17,2%
Πολύ	20	12,7%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 13. Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την καθαριότητα των τουαλετών

Γράφημα 13. Ποσοστιαία απεικόνιση του 13ου ερωτήματος

14. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από τη θερμοκρασία των χώρων;

Στο ερώτημα σχετικά με την θερμοκρασία των χώρων δεν θα λέγαμε πως τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα ικανοποιητικά. Πιο αναλυτικά, η πιο συχνή απάντηση που έδωσαν οι συμμετέχοντες είναι το «λίγο», με ποσοστό 30,6%, αμέσως μετά με ελάχιστη διαφορά ακολουθεί το «αρκετά», με 29,3%, έπειτα έχουμε το «καθόλου», με 21,7%, και τέλος το «πολύ», με 18,4%. Ως εκ τούτου, προκύπτει πως οι θερμοκρασίες τις περισσότερες φορές δεν είναι στα επίπεδα που θα έπρεπε να είναι για να γίνει καλύτερη η διαβίωση των ασθενών τον καιρό που νοσηλεύονται. Αυτό μπορεί να σημαίνει ότι δεν υπάρχει είτε επαρκής θέρμανση τον χειμώνα είτε ότι δεν κλιματίζεται σωστά το καλοκαίρι, συνθήκες εξίσου δύσκολες για ανθρώπους που αντιμετωπίζουν προβλήματα υγείας.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	34	21,7%
Λίγο	48	30,6%
Αρκετά	46	29,3%
Πολύ	29	18,4%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 14. Ικανοποίηση αναφορικά με τη θερμοκρασία των χώρων

Γράφημα 14. Ποσοστιαία απεικόνιση του 14ου ερωτήματος

15. Σε τι βαθμό πιστεύετε έχει επιτευχθεί η διευκόλυνση πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες;

Στο ερώτημα σχετικά με την ευκολία πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες τα αποτελέσματα δείχνουν πως κι εδώ η κατάσταση δεν είναι τόσο ικανοποιητική όσο θα θέλαμε. Πρώτη απάντηση στις εντυπώσεις των ερωτηθέντων ήταν το «αρκετά», με ποσοστό 31,2%, έπεται το «λίγο», με 26,1%, μετά ακολουθεί το «πολύ», με 24,9%, και τέλος έχουμε το «πολύ», με 17,8%. Η πρόσβαση των ατόμων με ειδικές ανάγκες είναι πολύ σημαντική και η έρευνα μας φανερώνει πως δεν έχει δοθεί η πρέπουσα σημασία και δεν έχει γίνει η πρέπουσα μέριμνα, ώστε αυτά τα άτομα να μην αντιμετωπίζουν προβλήματα κατά την είσοδο τους στον χώρο.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	28	17,8%
Λίγο	41	26,1%
Αρκετά	49	31,2%
Πολύ	39	24,9%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 15. Επίτευξη διευκόλυνσης πρόσβασης ΑΜΕΑ

Γράφημα 15. Ποσοστιαία απεικόνιση του 15ου ερωτήματος

16. Πόσο εύκολος πιστεύετε ήταν ο προσανατολισμός σας (πινακίδες, γραμμές κατεύθυνσης, σηματοδότησης);

Στο ερώτημα αναφορικά με την ευκολία προσανατολισμού στηριζόμενοι στις βοηθητικές ενδείξεις στον δρόμο, αλλά και σε κατευθυντήριες ενδείξεις εντός των χώρων, οι απαντήσεις εδώ κυμαίνονται σε απογοητευτικά επίπεδα. Αναλυτικώς, η πιο συχνή απάντηση ήταν το «αρκετά», με ποσοστό 31,2%, ακολουθεί το «λίγο», με 26,1%, στην συνέχεια το «πολύ», με 24,9%, και τέλος το «καθόλου», με 17,8%.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	44	17,8%
Λίγο	57	26,1%
Αρκετά	36	31,2%
Πολύ	20	24,9%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 16. Βαθμός ευκολίας προσανατολισμού

17. Κατά πόσο πιστεύετε ανταποκρίνεται το ωράριο λειτουργίας στις ανάγκες σας;

Στο ερώτημα σχετικά με το πόσο ανταποκρίνεται το ωράριο λειτουργίας στις ανάγκες των ασθενών τα αποτελέσματα εξακολουθούν να μην είναι αρκετά ικανοποιητικά, αλλά όχι απογοητευτικά. Η κατάταξη μετά τις απαντήσεις των συμμετεχόντων έχει διαμορφωθεί ως εξής, δημοφιλέστερη απάντηση ήταν το «αρκετά», με ποσοστό 33,1%, έπειτα το «λίγο», με 30,6%, στην συνέχεια το «πολύ», με 24,2%, και τέλος το «καθόλου», με 12,1%. Από τα δεδομένα αυτά καταλήγουμε στο συμπέρασμα ότι γίνεται μια προσπάθεια ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών μέσω του ωραρίου λειτουργίας, ή ακόμα και προοπτική επαναδιαμόρφωσης του, καθώς μόνο 19 από τους 157 ερωτηθέντες απάντησαν καθόλου.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	19	12,1%
Λίγο	48	30,6%
Αρκετά	52	33,1%
Πολύ	38	24,2%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 17. Ανταπόκριση ωραρίου λειτουργίας με τις ανάγκες των ασθενών

18. Πόσο σύγχρονος και αποτελεσματικός φαινόταν ο νοσοκομειακός εξοπλισμός από τεχνολογικής άποψης;

Στο ερώτημα αναφορικά με τον νοσοκομειακό εξοπλισμό και να φαινόταν σύγχρονος και αποτελεσματικός από τεχνολογικής άποψης, για άλλη μια φορά, το πιο δίκαιο θα ήταν να δηλώσουμε πως τα αποτελέσματα δεν ήταν ούτε εξαιρετικά ικανοποιητικά, αλλά ούτε απογοητευτικά. Λεπτομερώς, στην πρώτη θέση των απαντήσεων βρίσκεται το «λίγο», με ποσοστό 40,8%, αμέσως μετά με αισθητή διαφορά είναι το «αρκετά», με 24,9%, ακολουθεί το «πολύ», με 17,7%, και τέλος, με πολύ μικρή διαφορά, το «καθόλου», με 16,6%. Σύμφωνα με

την κρίση των ερωτηθέντων ο νοσοκομειακός εξοπλισμός δεν ιδιαίτερα σύγχρονος και δεν βρίσκεται στην καλύτερη δυνατή κατάσταση του. Ωστόσο, ούτε η απογοήτευση και δυσαρέσκεια όσων έχουν νοσηλευτεί δεν είναι τόσο μεγάλη. Βεβαία, σίγουρα πρέπει να βελτιωθεί η κατάσταση.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	26	16,6%
Λίγο	64	40,8%
Αρκετά	39	24,9%
Πολύ	28	17,7%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 18. Βαθμός εκσυγχρονισμού του εξοπλισμού

Γράφημα 18. Ποσοστιαία απεικόνιση του 18ου ερωτήματος

Γ. Ιατρικές υπηρεσίες

19. Πόσο ακριβείς είναι οι γιατροί στην πληροφόρηση/ενημέρωση σας για την ασθένεια σας;

Στο ερώτημα σχετικά με την ακρίβεια που χαρακτηρίζει την πληροφόρηση/ενημέρωση των ασθενών από τους γιατρούς γύρω από την ασθένεια τους, μπορούμε να πούμε πως ως ένα βαθμό κρίνονται ικανοποιητικά. Αναλυτικότερα, πιο δημοφιλής ήταν η απάντηση «αρκετά», με ποσοστό 43,3%, αμέσως μετά είναι το «λίγο», με 26,7%, στην συνέχεια το «πολύ», με 17,3%, και τέλος το «καθόλου», με 12,7%. Όπως ήδη αναφέραμε τα αποτελέσματα είναι σχετικά ικανοποιητικά με σχεδόν τους μισούς από τους συμμετέχοντες να έχουν απαντήσει αρκετά. Ωστόσο, οι περισσότεροι από τους υπόλοιπους επέλεξαν το λίγο, γι' αυτό θα πρέπει να γίνει στόχος να αυξηθεί το ποσοστό «αρκετά» και «πολύ».

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	20	12,7%
Λίγο	42	26,7%
Αρκετά	68	43,3%
Πολύ	27	17,3%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 19. Αξιοπιστία θεραπόντων ιατρών αναφορικά με την ενημέρωση περί της ασθένειας

20. Πόσο ικανοποιημένοι μείνατε από την επικοινωνία που είχατε με τους γιατρούς;

Στο ερώτημα αναφορικά με την ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ γιατρών και ασθενών, δεν μπορούμε πώς υπάρχει ούτε μια σχετική ικανοποίηση, οι απαντήσεις δεν είναι ενθαρρυντικές. Μετά τις απαντήσεις των ερωτηθέντων η κατάταξη διαμορφώθηκε ως εξής, η πιο συχνή απάντηση ήταν το «λίγο», με ποσοστό 37,6%, ακολουθεί το «αρκετά», με 28%, έπειτα είναι το «πολύ», με 19,98%, και τέλος το «καθόλου», με 14,6%. Όπως φαίνεται και από την κατάταξη υπερισχύει η απάντηση «λίγο», γεγονός το οποίο φανερώνει πως δεν επικρατεί ικανοποίηση γύρω από το θέμα της πληροφόρησης/ενημέρωσης, με τους ασθενείς να φεύγουν δυσαρεστημένοι. Το φαινόμενο αυτό μπορεί οφείλεται είτε σε υπέρογκο φόρτο εργασίας, άρα εξαιρετικά περιορισμένος χρόνος που δεν επαρκεί για την σωστή ενημέρωση, είτε σε απροθυμία του ιατρικού προσωπικού να εμβαθύνει όσο πρέπει κατά την διάρκεια της πληροφόρησης/ενημέρωσης.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	23	14,6%
Λίγο	59	37,6%
αρκετά	44	28%
Πολύ	31	19,8%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 20. Ικανοποίηση ασθενών σχετικά με την επικοινωνία με τον θεράποντα ιατρό

21. Σε τι βαθμό πιστεύετε οι γιατροί έδειξαν ενδιαφέρον για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σας;

Στο ερώτημα σχετικά με το ενδιαφέρον που έδειξαν οι γιατροί για την αντιμετώπιση των προβλημάτων των ασθενών οι απαντήσεις αυτή την φορά ήταν ενθαρρυντικές. Πιο συγκεκριμένα, η πιο συχνή απάντηση είναι το «αρκετά», με ποσοστό 43,9%, αμέσως μετά ακολουθεί το «λίγο», με ποσοστό 30,6%, έπειτα το «πολύ», με 15,9%, και τέλος το «καθόλου», με 9,6%. Όπως προκύπτει ένας σημαντικός αριθμός ερωτηθέντων έμεινε αρκετά

ικανοποιημένος από την εμπιστοσύνη που ένωσε απέναντι στους γιατρούς. Όμως, καλό θα ήταν και το ποσοστό των συμμετοχών που απάντησαν λίγο, το οποίο δεν είναι αμελητέο, να απορροφηθεί είτε από το αρκετά είτε από το πολύ.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	15	9,6%
Λίγο	48	30,6%
Αρκετά	69	43,9%
Πολύ	25	15,9%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 21. Βαθμός επίδειξης ενδιαφέροντος εκ μέρους των ιατρών προς τους ασθενείς

Γράφημα 21. Ποσοστιαία απεικόνιση του 21ου ερωτήματος

22. Πόση εμπιστοσύνη αισθανθήκατε από τους γιατρούς;

Στο ερώτημα σχετικά με την εμπιστοσύνη που αισθάνθηκαν από τους γιατρούς θα λέγαμε πως τα αποτελέσματα δεν είναι ιδιαίτερα θετικά, αλλά ούτε αποκαρδιωτικά. Πρώτη στην κατάταξη έρχεται η απάντηση «αρκετά», με ποσοστό 45,2%, μετά έχουμε το «λίγο», με 31,2%, στην συνέχεια το «πολύ», με 12,1%, και τέλος το «καθόλου», με 11,5%. Το γεγονός ότι σχεδόν οι μισοί από τους συμμετέχοντες απάντησαν αρκετά είναι θετικό, παρόλο που ως δεύτερη απάντηση στην κατάταξη βλέπουμε το λίγο. Αν και χρήζει βελτίωσης το φαινόμενο βρισκόμαστε σε καλό σημείο.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	18	11,5%
Λίγο	49	31,2%
Αρκετά	71	45,2%
Πολύ	19	12,1%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 22. Αίσθημα εμπιστοσύνης στους ιατρούς

Γράφημα 22. Ποσοστιαία απεικόνιση του 22ου ερωτήματος

23. Σε τι βαθμό μείνατε ικανοποιημένοι από τις οδηγίες για την λήψη φαρμάκων που σας έδωσαν οι γιατροί;

Στο ερώτημα σχετικά με την ικανοποίηση που ένιωσαν μετά από τις οδηγίες των γιατρών γύρω από την λήψη φαρμάκων οι απαντήσεις είναι μοιρασμένες σχεδόν ισόποσα μεταξύ των επιλογών «λίγο», «αρκετά» και «πολύ». Αναλυτικότερα, πρώτη από τις απαντήσεις παρουσιάζεται το «λίγο», με ποσοστό 33,8%, ακολουθεί το «πολύ», με 27,4%, έπειτα, με μικρή διαφορά, έρχεται το «αρκετά», με 24,2%, και τέλος έχουμε το «καθόλου», με 14,6%. Αν και στην πρώτη θέση βλέπουμε το λίγο, περισσότεροι από τους μισούς απάντησαν αρκετά ή πολύ, γεγονός που, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι μόλις τι 14,6% απάντησε καθόλου, μας κάνει να μπορούμε δηλώσουμε ότι υπάρχει μια σχετική ικανοποίηση ως προς τις οδηγίες λήψης φαρμάκων.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	23	14,6%
Λίγο	53	33,8%
Αρκετά	38	24,2%
Πολύ	43	27,4%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 23. Ικανοποίηση ασθενών σχετικά με οδηγίες των ιατρών σχετικά με τη φαρμακευτική αγωγή

Γράφημα 23. Ποσοστιαία απεικόνιση του 23ου ερωτήματος

24. Σε τι βαθμό ήταν ευγενικοί οι γιατροί;

Στο ερώτημα σχετικά με την ευγένεια των γιατρών είμαστε σε θέση να δηλώσουμε πως τα αποτελέσματα ήταν αρκετά θετικά. Λεπτομερώς, η πιο συχνή απάντηση ήταν το «αρκετά», με ποσοστό 38,9%, στην συνέχεια έχουμε το «λίγο», με 28,7%, ακολουθεί το «πολύ», με 24,8%, και τέλος έρχεται το «καθόλου», με 7,6%. Και σε αυτήν την ερώτηση βλέπουμε περισσότεροι από τους μισούς, 63,7%, να έχουν κυμανθεί μεταξύ σε αρκετά και πολύ, και παράλληλα με το πολύ μικρό ποσοστό που απάντησε καθόλου, 7,6%, συμπεραίνουμε πως το ιατρικό προσωπικό στην πλειοψηφία του ήταν ευγενικό.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	12	7,6%
Λίγο	45	28,7%
Αρκετά	61	38,9%
Πολύ	39	24,8%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 24. Βαθμός ευγενικής συμπεριφοράς εκ μέρους των ιατρών

Γράφημα 24. Ποσοστιαία απεικόνιση του 24ου ερωτήματος

25. Σε τι βαθμό μείνατε ευχαριστημένοι από τον χρόνο που διαθέτουν οι γιατροί για την πραγματοποίηση μιας εξέτασης;

Στο ερώτημα σχετικά με τον χρόνο που διέθεσαν οι γιατροί για την πραγματοποίηση μιας εξέτασης τα αποτελέσματα δεν είναι και τόσο ικανοποιητικά. Ας δούμε αναλυτικά πως διαμορφώθηκε η κατάταξη, στην πρώτη θέση έχουμε το «λίγο», με ποσοστό 37,6%, αμέσως μετά έχουμε το «αρκετά», με 31,8%, ακολουθεί το «καθόλου», με 19,7%, και τέλος έχουμε το «πολύ», με 10,9%. Όπως φαίνεται είναι πολύ μικρό το ποσοστό των ερωτηθέντων που απάντησε πολύ, ενώ το μεγαλύτερο μέρος έχει απαντήσει είτε αρκετά είτε λίγο. Τα στοιχεία αυτά μας δείχνουν ότι οι ασθενείς εν τέλει πιστεύουν πως δεν αφιερώνεται ο απαραίτητος χρόνος για την διεξαγωγή μιας εξέτασης. Αυτό μπορεί να οφείλεται είτε σε έλλειψη ιατρικού προσωπικού, άρα και περιορισμός χρόνου, είτε στην αδιαφορία και απροθυμία του ιατρικού προσωπικού.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	31	19,7%
Λίγο	59	37,6%
Αρκετά	50	31,8%
Πολύ	17	10,9%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 25. Ικανοποίηση ασθενών σχετικά με τον διαθέσιμο χρόνο ιατρών στους ασθενείς

Γράφημα 25. Ποσοστιαία απεικόνιση του 25ου ερωτήματος

26. Σε τι βαθμό μείνατε ευχαριστημένοι από τις οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για την ζωή που θα ακολουθήσετε;

Στο ερώτημα σχετικά με τις οδηγίες που έλαβαν οι ασθενείς από τους γιατρούς για την ζωή που θα ακολουθήσουν μπορούμε με μια σχετική βεβαιότητα να πούμε πως έχουμε θετικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, πρώτη επιλογή στις απαντήσεις των συμμετεχόντων ήταν το «αρκετά», με ποσοστό 47,1%, ακολουθεί το «λίγο», με 23,6%, αμέσως μετά με ελάχιστη διαφορά είναι το «πολύ», με 22,3%, και τέλος έχουμε το «καθόλου», με 7%. Αν αναλογιστούμε ότι ένα σημαντικό ποσοστό, 69,4%, έχει επιλέξει μεταξύ των απαντήσεων αρκετά και πολύ, και ότι μόνο 7% έχει επιλέξει να απαντήσει καθόλου, καταλαβαίνουμε ότι οι οδηγίες που έδωσαν οι γιατροί στους ασθενείς είναι χρήσιμες, εύκολες και κατανοητές από τους δεύτερους, γεγονός που τους δημιουργεί μια ικανοποίηση.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	11	7%
Λίγο	37	23,6%
Αρκετά	74	47,1%
Πολύ	35	22,3%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 26. Βαθμός ευχαρίστησης ασθενών σχετικά με τις οδηγίες των ιατρών

Γράφημα 26. Ποσοστιαία απεικόνιση του 26ου ερωτήματος

Δ. Διοικητικές υπηρεσίες

27. Πόσο μείνατε ευχαριστημένοι από την διαδικασία εισαγωγής;

Στο ερώτημα σχετικά με την διαδικασία εισαγωγής τα αποτελέσματα είναι ιδιαίτερα αρνητικά. Αναλυτικότερα, στην πρώτη θέση της κατάταξης βρίσκεται η απάντηση «λίγο», με ποσοστό 37,6%, ακολουθεί το «καθόλου», με 24,2%, στην συνέχεια έχουμε το «αρκετά», με 22,9%, και τέλος έρχεται το «πολύ», με 15,3%. Τα παραπάνω αποτελέσματα φανερώνουν μια γενικότερη δυσαρέσκεια ως προς την διαδικασία εισαγωγής, γεγονός που αποδεικνύει πως σίγουρα υπάρχει ένα ή περισσότερα προβλήματα στην διεκπεραίωση της εν λόγω διαδικασίας, το οποίο χρήζει άμεσης αντιμετώπισης από τους αρμόδιους, αν φυσικά είναι επιθυμητό να αλλάξουν τα στατιστικά αυτά.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	38	24,2%
Λίγο	59	37,6%
Αρκετά	36	22,9%
Πολύ	24	15,3%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 27. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από τη διαδικασία της εισαγωγής

Γράφημα 27. Ποσοστιαία απεικόνιση του 27ου ερωτήματος

28. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού;

Στο ερώτημα αναφορικά με την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού τα αποτελέσματα και πάλι δεν είμαστε σε θέση να τα χαρακτηρίσουμε ικανοποιητικά, τουναντίον. Λεπτομερώς ως πιο συχνή επιλογή φαίνεται η απάντηση «λίγο», με ποσοστό 45,9%, έπεται το «καθόλου», με 29,9%, στην συνέχεια είναι το «αρκετά», με 14%, και τέλος έχουμε το «πολύ», με 10,2%. Με δεδομένο ότι ένα πολύ μεγάλο ποσοστό, 75,8%, κυμάνθηκε μεταξύ των επιλογών λίγο και καθόλου, είναι ολοφάνερο πως η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού δεν ήταν καλή απέναντι στους ασθενείς, τους συγγενείς τους ή όποιον άλλον εισέρχεται στον χώρο του νοσοκομείου. Φαινόμενο ιδιαίτερα στενάχωρο και απογοητευτικό για την εικόνα του συστήματος υγείας.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	47	29,9%
Λίγο	72	45,9%
Αρκετά	22	14%
Πολύ	16	10,2%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 28. Βαθμός ικανοποίησης ασθενών από τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων

Γράφημα 28. Ποσοστιαία απεικόνιση του 28ου ερωτήματος

29. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την ταχύτητά με την οποία εκτελεί το διοικητικό προσωπικό τα καθήκοντα του;

Στο ερώτημα σχετικά με την ταχύτητα που εκτελεί τα καθήκοντα του το διοικητικό προσωπικό και πάλι οι συμμετέχοντες στο ερωτηματολόγιο μας δεν έμειναν ευχαριστημένοι. Μετά τις απαντήσεις τους τα ποσοστά διαμορφώθηκαν ως εξής, στην πρώτη θέση με ποσοστό 36,9% έχουμε την απάντηση «λίγο», ακολουθεί το «αρκετά», με 26,1%, έπειτα έχουμε το «καθόλου», με 19,1%, και τέλος με 17,9% έχουμε το «πολύ». Αν και τα ποσοστά δεν έχουν ακραίες διακυμάνσεις μεταξύ τους, εξακολουθεί να υπάρχει μια δυσαρέσκεια απέναντι σε ζητήματα που σχετίζεται το διοικητικό προσωπικό. Αυτή την φορά οι ασθενείς δεν έχουν μείνει ευχαριστημένοι από την ταχύτητα εκτέλεσης των καθηκόντων τους.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	30	19,1%
Λίγο	58	36,9%
Αρκετά	41	26,1%
Πολύ	28	17,9%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 29. Ικανοποίηση από την ταχύτητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από το διοικητικό προσωπικό

Γράφημα 29. Ποσοστιαία απεικόνιση του 29ου ερωτήματος

30. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την διαδικασία εξόδου;

Στο ερώτημα σχετικά με την διαδικασία εξόδου αυτήν την φορά τα αποτελέσματα ήταν μέτρια έως απογοητευτικά ξανά. Αναλυτικότερα, η πιο δημοφιλής απάντηση ήταν το «λίγο», με ποσοστό 46,5%, στην συνέχεια έχουμε το «λίγο», με 24,2%, έπειτα έρχεται το «αρκετά», με 17,2%, και τέλος έχουμε το «πολύ», με 12,1%. Για άλλη μια φορά τα αποτελέσματα δεν δικαιώνουν το διοικητικό προσωπικό, φέρνοντας στην επιφάνεια την δυσαρέσκεια των ασθενών όταν είχαν να προβούν στην διαδικασία εξόδου. Φαινόμενο που λογικά επιβαρύνει ακόμα περισσότερο την ήδη υπάρχουσα ταλαιπωρία που προέρχεται από την νοσηλεία τους, δηλαδή το άγχος της ασθένειας, την κούραση και την αγανάκτηση λόγω διάφορων προβλημάτων, κάποια από αυτά έχουμε αναφέρει σε προηγούμενα ερωτήματα.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	38	24,2%
Λίγο	73	46,5%
Αρκετά	27	17,2%
Πολύ	19	12,1%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 30. Ικανοποίηση ασθενών από την διαδικασία εξέδου

Γράφημα 30. Ποσοστιαία απεικόνιση του 30ου ερωτήματος

31. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την διατήρηση του χρόνου αναμονής σας στο ελάχιστο;

Στο ερώτημα σχετικά με τον χρόνο αναμονής και την διάρκεια του συνεχίζουν τα αποτελέσματα γύρω από το διοικητικό προσωπικό να είναι δυσάρεστα. Όπως φαίνεται και στον παρακάτω πίνακα η κατάταξη των απαντήσεων διαμορφώθηκε ως εξής, πρώτη επιλογή στις απαντήσεις των ερωτηθέντων ήταν το «λίγο», με ποσοστό 39,5%, ακολουθεί το «αρκετά», με 31,8%, στην συνέχεια έχουμε το «καθόλου», με 19,7%, και τέλος με μόλις 9% έχουμε το «πολύ». Ακόμα και το «αρκετά» βρίσκεται στην δεύτερη θέση, δεν μπορούμε να αγνοήσουμε το γεγονός πως μόνο 14 από τους 157 συμμετέχοντες, ήτοι 9%, επέλεξαν την απάντηση «πολύ». Είναι ένα αρκετά στενάχωρο αποτέλεσμα, που έρχεται να προστεθεί στην ήδη συνεχώς αυξανόμενη δυσαρέσκεια των ασθενών από την διεκπεραίωση των καθηκόντων που αντιστοιχούν στο διοικητικό προσωπικό.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	31	19,7%
Λίγο	62	39,5%
Αρκετά	50	31,8%
Πολύ	14	9%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 31. Ικανοποίηση από την αναμονή των ασθενών

Γράφημα 31. Ποσοστιαία απεικόνιση του 31ου ερωτήματος

32. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την τήρηση του προγραμματισμένου ραντεβού για εξέταση;

Στο ερώτημα αναφορικά με την τήρηση του προκαθορισμένου ραντεβού για εξέταση τα αποτελέσματα δεν είναι τόσο αρνητικά όσο προηγουμένως, ωστόσο δεν θα λέγαμε ότι είναι και θετικά. Συγκεκριμένα, η πιο δημοφιλής απάντηση είναι το «λίγο», με ποσοστό 37,6%, ακολουθεί το «αρκετά», με 23,6%, έπεται το «πολύ», με 21%, και τέλος με μικρή διαφορά έχουμε το «καθόλου», με 17,8%. Είναι σαφές πως δεν υπάρχει ικανοποίηση στους ασθενείς από την τήρηση των ραντεβού, ωστόσο αυτό αποτελεί ένα γεγονός με διάφορες παραμέτρους. Εννοώ ότι ίσως κάποιες φορές να μην ευθύνεται το διοικητικό προσωπικό για τις καθυστερήσεις που προκύπτουν, αλλά ενδέχεται να ευθύνονται και οι ίδιοι ασθενείς λόγω απρόοπτης αργοπορίας εμφάνισης στο ραντεβού ή επίσης απρόοπτης καθυστέρησης κατά την διάρκεια της εξέτασης εξαιτίας απρόσμενων παρατηρήσεων. Ως εκ τούτου, καλό θα ήταν πριν προβούμε σε τελικά συμπεράσματα στο εν λόγω ερώτημα να σκεφτούμε λίγο πιο σφαιρικά, σε καμία περίπτωση δεν υπονοώ ότι το διοικητικό προσωπικό δεν έχει ευθύνη, φυσικά και έχει αλλά μάλλον όχι εξ ολοκλήρου.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	28	17,8%
Λίγο	59	37,6%
Αρκετά	37	23,6%
Πολύ	33	21%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 32. Βαθμός ικανοποίησης από την τήρηση του καθορισμένου ραντεβού των ασθενών με τον θεράποντα ιατρό

Γράφημα 32. Ποσοστιαία απεικόνιση του 32ου ερωτήματος

33. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από την επικοινωνία με το διοικητικό προσωπικό;

Στο ερώτημα σχετικά με την επικοινωνία που είχαν οι ασθενείς με το διοικητικό προσωπικό για μία ακόμα φορά τα αποτελέσματα δεν είναι ενθαρρυντικά. Αναλυτικότερα, η κατάταξη έχει ως εξής, ως πιο συχνή απάντηση εμφανίζεται το «λίγο», με ποσοστό 43,9%, έπειτα έχουμε το «αρκετά», με 24,8%, στην συνέχεια έχουμε το «πολύ», με 18,6%, και τέλος με 12,7% έχουμε το «καθόλου». Το στοιχείο ότι η απάντηση «καθόλου» βρίσκεται στην τελευταία θέση με ποσοστό 12,7%, που σημαίνει μόλις 20 από τους 157 το επέλεξαν ως απάντηση, φανερώνει πως παρόλη την μη ικανοποίηση τους από την επικοινωνία τους με το διοικητικό προσωπικό

δεν είναι στα πλαίσια πανωλεθρίας. Βέβαια, είναι σαφές πως ούτε επιτυχία μπορεί να χαρακτηριστεί.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	20	12,7%
Λίγο	69	43,9%
Αρκετά	39	24,8%
Πολύ	29	18,6%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 33. Βαθμός ικανοποίησης σχετικά με την επικοινωνία ασθενών και διοικητικού προσωπικού

Γράφημα 33. Ποσοστιαία απεικόνιση του 33ου ερωτήματος

34. Πόσο ευχαριστημένοι μείνατε από το ενδιαφέρον για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών;

Στο τελευταίο ερώτημα που αφορά την ομαλή τήρηση των διαδικασιών εξακολουθούμε να μην παρατηρούμε κάποια σημαντική ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ως συχνότερη απάντηση σημειώθηκε το «λίγο», με ποσοστό 48,4%, μετά ακολουθεί το «αρκετά», με 17,3%, έπειτα με μικρή διαφορά έχουμε το «πολύ», με 19%, και τέλος με επίσης μικρή διαφορά έχουμε το «καθόλου», με 15,3%. Παρατηρώντας πως περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες, δηλαδή 100 από τους 157, που σημαίνει 63,7%, έχουν επιλέξει μεταξύ των απαντήσεων λίγο και καθόλου, συμπεραίνουμε πως οι ασθενείς δεν έχουν εκλάβει κάποια ύπαρξη ενδιαφέροντος και μέριμνας από την μεριά του διοικητικού προσωπικού στο κομμάτι της ομαλής τήρησης των διαδικασιών.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Καθόλου	24	15,3%
Λίγο	76	48,4%
Αρκετά	28	17,3%
Πολύ	29	19%
Σύνολο	157	100%

Πίνακας 34. Ικανοποίηση ασθενών από την ομαλή τήρηση των διαδικασιών

Γράφημα 34. Ποσοστιαία απεικόνιση του 34ου ερωτήματος

3.4 Προτάσεις για περαιτέρω έρευνα

Μια μελλοντική έρευνα που θα μπορούσε να υλοποιηθεί μέσα στα πλαίσια της παρούσης μελέτης θα δύναται να σχετίζεται με την ικανοποίηση που νιώθει το ίδιο του προσωπικού που εργάζεται και προσφέρει τις υπηρεσίες τους στα εξωτερικά ιατρεία. Παράλληλα, η υλοποίηση μιας έρευνας που θα επικεντρώνεται στη λειτουργία των εξωτερικών ιατρείων με περιστατικά τα οποία θα μπορούσαν να διαχειριστούν από ένα άρτιο οργανωμένο δίκτυο ΠΦΥ. Επίσης, μια περαιτέρω έρευνα που θα μπορούσε να υλοποιηθεί μέσα στα πλαίσια της παρούσης μελέτης θα δύναται να σχετίζεται με την ικανοποίηση του ιατρικού προσωπικού από τον τρόπο λειτουργίας της μονάδας εντατική θεραπείας.

3.5 Περιορισμοί της έρευνας

Η εν λόγω έρευνα οι περιορισμοί που τη διέκριναν αφορούσαν το μέγεθος του δείγματος, δεδομένων των δυσχερειών που υφίσταντο λόγω της πανδημίας για τον Covid-19. Η αδυναμία προσωπικής επαφής με τους ερωτηθέντες σαφώς, δύναται να περιορίσει την έρευνα δεδομένου ότι η χρήση συνεντεύξεων θα μπορούσε να επιλύσει τυχόν απορίες και προβληματισμούς των ερωτώμενων. Η απρόσωπη διαδικασία της χρήσης του ερωτηματολογίου και τη συμπλήρωση αυτού με τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης ενδέχεται να αλλοιώσει τα αποτελέσματα της έρευνας και κατ' επέκταση τα συμπεράσματα που προέκυψαν εξ αυτής.

Επιπλέον, στα προβλήματα και στους περιορισμούς θα πρέπει, επίσης, να συμπεριληφθούν τα στενά χρονικά περιθώρια που πραγματοποιήθηκε η έρευνα καθώς και η δυσπιστία που έδειξε αρχικά το προσωπικό, καθώς σε πρώτη φάση δεν είχε γίνει κατανοητός ο πραγματικός στόχος της έρευνας. Παρατηρήθηκαν και επικριτικές στάσεις αναφορικά με τη θεματική της εργασίας. Ανάλογες δυσκολίες και αντίστοιχη δυσπιστία σημειώθηκε και λόγω της συμπεριφοράς των ασθενών, οι οποίοι αρχικώς σε μεγάλο ποσοστό ήταν απαισιόδοξοι αναφορικά με τη συμπλήρωση και τις απαντήσεις του ερωτηματολογίου, καθώς πριν τη συμπλήρωση του είχαν αποστείλει την αρχική αρνητική τους απάντηση απέναντι σε όλη τη διαδικασία. Κατόπιν προσωπικής επικοινωνίας με τη χρήση των μέσων κοινωνικής δικτύωσης επετεύχθη η απόφαση τους να ασχοληθούν με τη μελέτη και την ενασχόληση με το ερωτηματολόγιο.

Τέλος, θα ήταν παράλειψη αν δεν αναφερθεί πως ασχέτως του προσεκτικού σχεδιασμού της έρευνας και της μελέτης, ο παράγων της μεροληψίας στις απαντήσεις των ασθενών αναφορικά

με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται είναι, ως έναν βαθμό, αναπόφευκτη. Είναι μεγάλη πιθανότητα πως ένα μέρος των ασθενών ενδέχεται να μην επιθυμούν να ασκήσουν κριτική στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που τους προσέφερε υπηρεσίες φροντίδας. Σαφώς, αν υφίσταται και η ανάπτυξη προσωπικής επαφής μεταξύ των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού τότε οι απαντήσεις των ερωτηθέντων θα είναι θετικές αποσκοπώντας στην εύνοια του προσωπικού .

3.6 Διοικητικές υποδείξεις

Αναζητώντας διοικητικές υποδείξεις και εφαρμογές που δύνανται να υλοποιηθούν και να συμβάλλουν στην επίλυση των προβλημάτων που αναφέρθηκαν, καθοριστικής σημασίας είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό σε συνδυασμό με την αποκατάσταση της ανεπάρκεια του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, δύνανται να βοηθήσει στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς. Επιπρόσθετα, κρίνεται σκόπιμη η αναπλήρωση των θέσεων αυτών που στην πλειοψηφία τους είναι επικουρικού χαρακτήρα, με μόνιμο προσωπικό. Η επαρκής στελέχωση των νοσοκομείων με μόνιμο προσωπικό θα συμβάλλει σε καθοριστικό βαθμό στην εξυπηρέτηση του σημαντικού αριθμού των περιστατικών σε μικρότερο χρονικό διάστημα, γεγονός που θα έχει και αντίκτυπο στην ελαχιστοποίηση του χρόνου αναμονής και στη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών.

Ταυτόχρονα, συστήνεται και η οργάνωση ανάλογων προγραμμάτων ενημέρωσης του κοινού αναφορικά με τη στοχοθεσία σχετικά και τον τρόπο λειτουργίας των νοσοκομείων, ώστε να υπάρξει και διαφοροποίηση και της νοοτροπίας του ασθενή. Παράλληλα, σημαντική παρέμβαση που θα συμβάλλει συντελεστικά στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι και η διαρκής επιμόρφωση του ιατρονοσηλευτικού. Θα πρέπει να παρέχεται στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό συνεχιζόμενη εκπαίδευσή, μέσω της διοργάνωσης ημερίδων και σεμιναρίων σε θέματα που άπτονται και αφορούν την υποδοχή των ασθενών.

Συμπεράσματα

Λαμβάνοντας υπόψιν μας το εν λόγω ερωτηματολόγιο, στο κομμάτι που αφορά τις νοσηλευτικές υπηρεσίες – τις υπηρεσίες του νοσηλευτικού προσωπικού, μπορούμε να αποφανθούμε πως δεν παρατηρήθηκε ιδιαίτερη δυσαρέσκεια ή μεγάλα προβλήματα δίχως λύσεις. Σημειώθηκε μια σχετική ικανοποίηση από τους ασθενείς απέναντι στο νοσηλευτικό προσωπικό, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουνε περιθώρια βελτίωσης. Επίσης, η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια εντοπίστηκε στα δύο τελευταία ερωτήματα, που αφορούσαν την ταχύτητα και την επάρκεια του νοσηλευτικού προσωπικού, κανείς που θα σκεφτεί λογικά δεν μπορεί να πει πως δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ τους. Το φαινόμενο αυτό μας οδηγεί στην εξαγωγή του συμπεράσματος πως ενώ υπάρχει προθυμία και θέληση από την μεριά του νοσηλευτικού προσωπικού, λόγω του ότι δεν είναι αρκετοί στον αριθμό δεν μπορούν να αποδώσουν και αντίστοιχα. Ως εκ τούτου, στο εν λόγω θέμα μία σημαντική αλλαγή/λύση θα ήταν η πρόσληψη περισσότερων ατόμων για να ενταχθούν στον δυναμικό του νοσηλευτικού προσωπικού.

Όσο αναφορά το πεδίο των εγκαταστάσεων και υποδομών εδώ είναι πιο απογοητευτικά τα αποτελέσματα από ότι στο πλαίσιο των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων φεύγοντας δεν έμειναν ικανοποιημένοι από τις εγκαταστάσεις και τις υποδομές και όποια παροχή συνεπάγονται. Το γεγονός αυτό τους δυσκολεύει στην κατάσταση τους και τους δημιουργεί επιπλέον δυσανασχέτηση και αγανάκτηση, που έρχονται να προστεθούν σε μια ήδη δυσμενή κατάσταση λόγω των προβλημάτων υγείας τους. Μπορούμε να ισχυριστούμε με μεγάλη σιγουριά πως υπάρχει πληθώρα λύσεων και αλλαγών που μπορούν να πραγματοποιηθούν έτσι να απαλειφθούν τα παραπάνω προβλήματα. Είναι ολοφάνερο πως το κράτος ή οποιοσδήποτε άλλος αρμόδιος φορέας δεν έχει μεριμνήσει όσο θα έπρεπε στο κομμάτι κατασκευής και συντήρησης των εγκαταστάσεων και των υποδομών.

Επιπλέον, στο επιμέρους ζήτημα που ασχολείται με τις ιατρικές υπηρεσίες οι απαντήσεις θα μπορούσαμε να πούμε ότι διχάζονται. Επεξηγώντας, αυτό που παρατηρούμε είναι πως στις πρώτες ερωτήσεις του τρίτου υποθέματος η πλειοψηφία έχει απαντήσει «λίγο». Οι ερωτήσεις αυτές αφορούν κυρίως διαδικαστικές πράξεις, οπότε είναι πιθανόν να μην ευθύνονται οι ίδιοι οι γιατροί ως επαγγελματίες ή ως άνθρωποι, αλλά ίσως η έλλειψη επαρκούς ιατρικού προσωπικού ή η ανεπάρκεια των υποδομών, παράγοντες που συναντήσαμε στα δύο πρώτα υποθέματα. Άλλωστε, στις επόμενες ερωτήσεις που σχετίζονται πιο πολύ με ανθρώπινα και συναισθηματικά ζητήματα, όπως η πληροφόρηση ή το ενδιαφέρον κ.ά., αντιλαμβανόμαστε ότι

η πλειοψηφία έχει μετατεθεί στην απάντηση «αρκετά», ενώ μεγαλύτερα είναι και τα ποσοστά της απάντησης «πολύ». Το συγκεκριμένο φαινόμενο φανερώνει πως ως ένα σχετικά ικανοποιητικό βαθμό το ιατρικό προσωπικό νοιάζεται για την δουλειά του και τους ασθενείς του καταβάλλοντας προσπάθεια έτσι ώστε να τους κάνει να νιώσουν όσο το δυνατόν καλύτερα ψυχολογικά και πιο άνετα στο περιβάλλον που αναγκαστικά βρίσκονται.

Στην εκπονή του ερωτηματολογίου συναντάμε το τέταρτο και τελευταίο μέρος που εξετάζει την αποδοτικότητα των διοικητικών υπηρεσιών. Στο κομμάτι αυτό είναι που συναντάμε την μεγαλύτερη δυσαρέσκεια σε όλο το φάσμα των ερωτήσεων που απαντήθηκαν. Από την πραγματοποίηση δεδομένων διαδικασιών μέχρι την συμπεριφορά και το ενδιαφέρον του διοικητικού προσωπικού τα αποτελέσματα ήταν απογοητευτικά, με τις απαντήσεις «λίγο» και «καθόλου» να κυριαρχούν. Όσο κι αν ευθύνονται τα προβλήματα που έχουμε ήδη αναφέρει παραπάνω, ενδεικτικά ανεπάρκεια ανθρώπινου δυναμικού, ένα τόσα αρνητικό αποτέλεσμα θα έπρεπε να μας προβληματίζει περαιτέρω. Δεν είναι καθόλου απίθανο και σε αυτό το σημαντικό πρόβλημα να μην ευθύνονται απαραίτητα οι εργαζόμενοι αλλά οι συνθήκες, π.χ. υποδομές, μισθός, ωράριο, πανδημία κ.ά., κάτω από τις οποίες εργάζονται να μην είναι ευνοϊκές για την σωστή ολοκλήρωση των καθηκόντων τους. Όπως και να έχει είναι ένα σοβαρό θέμα που απαιτεί περισσότερη διερεύνηση και μέριμνα από τους αρμόδιους με σκοπό να εντοπίσουν τι ακριβώς το τοποθετεί τόσο μακριά από την ικανοποίηση των ασθενών και να προβούν στις αντίστοιχες τροποποιήσεις.

Εν κατακλείδι, όπως προκύπτει από την διεξαγωγή του ερωτηματολογίου μας υπάρχουν διάφορα κολλήματα που καθιστούν δύσκολη και κάποιες φορές ανέφικτη την ομαλή και ορθή λειτουργία του συστήματος υγείας λιγότερο ή περισσότερο σε όλους τους τομείς. Κανένα από αυτά, όμως, δεν φαίνεται να μην επιδέχεται διόρθωση και τελικά επίλυση. Για τον λόγο αυτό και με στόχο την όσο το δυνατόν καλύτερη λειτουργία του συστήματος υγείας προς όφελος όλων των πολιτών, ασθενών αλλά και εργαζόμενων στον τομέα της υγείας, είναι ζωτικής σημασίας οι αρμόδιοι να δείξουν την πρέπουσα προσοχή στα παραπάνω προβλήματα και σταδιακά να ξεκινήσει η επίλυση τους.

Βιβλιογραφία

Αδαμακίδου, Θ. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική*, 47(3):320–328.

Αλεξιάδης Α. Δ. & Σιγάλας Ι. (1999). *Διοίκηση υπηρεσιών υγείας – νοσοκομείων. Εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές*, Τόμος Δ. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Αλεξιάδης Α.Δ. (2005). Το αποκεντρωτικό σύστημα της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, *Επιθεώρησης Δημοσίου Δικαίου, Τεύχος 1*, Αθήνα.

Aletras, V., Papadopoulos, E.& Niakas, D.(2006). Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses. *BMC Health Services Research*, 6:71.

Anders A., Staffan N. (1992). *Εισαγωγή στη σύγχρονη επιδημιολογία*. Ιατρικές εκδόσεις Λίτσας.

Bond, S., & Thomas, L. H, (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1492-1512.

Γαλάνης Π. (2017). *Μεθοδολογία της έρευνας στις επιστήμες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Κριτική.

Geitona, M., Kyriopoulos, J., Zavras, D., Theodoratou, T.& Alexopoulos, E.(2008). Medication use and patient satisfaction: a population – based survey. *Family Practice*, 25:362-371.

Geitona, M., Zavras, D., Kyriopoulos, J.(2007). Determinants of healthcare utilization in Greece: Implications for decision-making. *European Journal of General Practice*, 13: 144-152.

Γούλα Α. (2007). *Διοίκηση και διαχείριση νοσοκομείου. Η Ελληνική εμπειρία και πρακτική*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Γούλα Α. (2013). *Οργανωσιακή κουλτούρα δημοσίου νοσοκομείου: Παράγοντες μετάβασης από το γραφειοκρατικό σε ένα νέο μοντέλο διοίκησης*. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο.

Γούλα Α. (2014). *Οργανωσιακή κουλτούρα υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση.

Christoglou, K., Vassiliadis, C. & Sigalas, I. (2006). Using SERVQUAL and KANO Research Techniques in a Patient Service Quality Survey. *World Hospital & Health Services*, 42 (2): 21-26.

Christoglou K., Vassiliadis C., Sigalas I. & Mylonakis J. (2006). A Comparative Study of Healthcare Services Gap Analysis Approach in the Provision of Efficient Hospital Treatment. *Business Journal for Entrepreneurs*, 2006, (1):76-85.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al.(2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).

Δίκαιος Κ., Κουτούζης Μ., Πολύζος Ν., Σιγάλας Ι., Χλέτσος Μ. (1999). *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Donabedian, A.(1980). *Exploration in quality assessment and monitoring. Vol I. Definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor: Health Administration Press, University of Michigan.

Donabedian, A. (2002). An Introduction to Quality Assurance in Health Care. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 58(7).

Drain, M.& Clark, A. P.(2004).Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives. *JHQ Online*, 26(4).

Goula A., Stamouli M., Alexandridou M., et al. (2021). Public Hospital Quality Assessment, Evidence from Greek Health Setting Using SERVQUAL Model. *International Journal of Environmental Research and Public Health*,(18), 3418. <https://doi.org/10.3390/ijerph18073418>.

Ζηλίδης, Χ. (2005). *Αρχές και Εφαρμογές Πολιτικής Υγείας. Η μεταρρύθμιση 2000 –2004*. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce.

Θεοδοσοπούλου Ε.& Ραφτόπουλος Β.(2002).Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», *Νοσηλευτική, Τόμος 41, Τεύχος 1*, Αθήνα.

Θεοδώρου Μ. (1992). Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας. *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*, (3)1 :41-57.

Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. (2001). *Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήσης.

Καδδά, Ο., Μαναβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ, Πάλιος, Θ.& Κόντας, Ν. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1):61–72.

Καλογεροπούλου Μ. & Μουρδουκούτας Π. (2007). *Υπηρεσίες υγείας. Συστήματα, χρηματοδότηση, αγορά*. Τόμος Α ,Αθήνα: Εκδόσεις Κλειδάριθμος.

Καραγιάννη, Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα, Δ., Χατζέα Β.Ε., Τριγώνη Μ.& Κούτης, Α. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 34(3):343-351.

Κοτσαγιώργη, Ι.& Καλλιρόη, Γ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(4):398-411.

Κωνσταντίνου, Ε.& Μητρόπουλος, Ι. (2012). Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5):667-682.

Κυριόπουλος Ι.& Μπεαζόγλου Τρ. (2000). *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μία απόπειρα για την συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης*. Αθήνα: Εκδόσεις Θεμέλιο.

Κωσταγιόλας Π.Α., Πλατής Χ.& Ζήμερας Στ. (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στον δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6): 603-621.

Μάμα Μ. & Μητροσύλη Μ. (1999). *Δομή και λειτουργία του Ελληνικού συστήματος υγείας (Διοικητικές και Νομικές διαστάσεις)*. Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.

Marek, K. D. (1997). Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Management of Nursing Practice*, 1(1): 8-10.

Οικονόμου Χ. (2012). *Το θεσμικό πλαίσιο παροχών ασθενείας στην Ελλάδα: Ο ρόλος και η λειτουργία του Εθνικού Συστήματος Υγείας*. Παρατηρητήριο Οικονομικών και Κοινωνικών Εξελίξεων.

- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ, Σαρρής, Μ. & Υφαντόπουλος, Γ.(2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1):73-89.
- Παπαθεοδώρου Χ. & Μωυσίδου Α. (2011). *Υγειονομική περίθαλψη και ανισότητα στην Ελλάδα. Η διανεμητική επίδραση του συστήματος υγείας*. Έκδοση Ινστιτούτο εργασίας ΓΣΕΕ.
- Παπακωστίδη Α.& Τσουκαλάς Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29(4):480-491.
- Perreault, W.D., Cannon, J.P. & McCarthy, E.J. (2012). *Βασικές αρχές μάρκετινγκ – Μια στρατηγική προσέγγιση*. Αθήνα: Εκδόσεις Πασχαλίδης.
- Πολυκανδριώτη, Μ.& Κουτελέκος, Ι. (2013). Ανάγκες ασθενών. *Περιεχειρητική Νοσηλευτική*. 2(2):73-91.
- Porter, M. & Teisberg E. (2009). *Αναδιάρθρωση του κλάδου παροχής υπηρεσιών υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Ίων.
- Σαρρής, Μ., Χρυσάκης Μ.& Σούλης Σ. (2003). Το νοσοκομείο – επιχείρηση: Εκσυγχρονισμός, καινοτομία, νεωτερικότητα. *Περιοδικό επιθεώρηση οικονομικών επιστημών, τεύχος 3 Πρέβεζα*, σελ. 31-45.
- Σκορδή, Α. (1997). Μεταπτυχιακή εργασία του τμήματος οικονομικών και κοινωνικών υπηρεσιών του Πανεπιστημίου Μακεδονίας με θέμα: *Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας*.
- Σουλιώτης, Κ. (2014). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 31(συμπλ.1):7-21.
- Sullivan, E. & Decker, P. (2016). *Αποτελεσματική ηγεσία και διοίκηση στις υπηρεσίες υγείας*. Αθήνα: Εκδόσεις Γκιούρδας.
- Συρροκόστα, Φ., Λαμπρόπουλος, Κ. & Παπαδογιάννης, Δ. (2007). Αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών ως προϋπόθεση της βελτίωσης τους. *Ιατρική*, 92(4):318-325.
- Tountas, Y., Karnaki, P., Pavi, E. & Souliotis, K. (2005). The “unexpected” growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74: 167-69.

Τσελέπη, Χ.(2000). *Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας*. Πάτρα, Ε.Α.Π., Τόμος Α, 158-161.

Χαντζοπούλου, Μ., Μαρβάκη, Χ., Λατσού, Δ.& Παπαγεωργίου, Δ. (2017). Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων ασθενών έπειτα από επείγουσα εισαγωγή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής. *Health and Research Journal*, 3(1): 26-39.

Xesfingi, S., Karamanis, D.& Vozikis, A. (2017). Patient Satisfaction at Tertiary Level Healthcare Services in Greece: Inpatient vs Outpatient Healthcare Services Assessment. *International Journal of Health Economics and Policy*; 2(3): 125-137.