ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΜΑΚΕΔΟΝΙΑΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Διπλωματική Εργασία

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΛΑΤΩΝ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (18-30 ετων) ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Της ΚΙΟΡΗ ΖΩΗ-ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΑ

Με επιβλέποντα καθηγητή

ΤΣΙΟΤΡΑ ΓΕΩΡΓΙΟ

Αυγουστος 2022

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να εκφράσω τις θερμές μου ευχαριστίες στους ανθρώπους εκείνους που χωρίς την βοήθεια των οποίων θα ήταν αδύνατη η εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας: Στον επιβλέποντα καθηγητή της διπλωματικής μου εργασίας, κ. Γεωργιο Τσιοτρα , για την πολύτιμη βοήθεια και την καθοδήγησή του καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της εργασίας. Στην οικογένειά μου για την κατανόηση, τη συμπαράσταση και την υπομονή τους καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μου. Τελος θα ηθελα να ευχαριστησω ολους οσους συμπληρωσαν τα ερωτηματολόγια για να μπορεσω να ολοκληρωσω την διπλωματικη μου εργασια.

Περίληψη

Ο ορισμός της υγείας συνδέεται με τη σωματική, τη συναισθηματική και την πνευματική κατάσταση κάθε ζωντανού οργανισμού ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων, όχι μόνο της ιατρικής, αλλά και περιβαλλοντικών παραγόντων, της κατάστασης της οικονομίας και του περιβάλλοντος εργασίας των ατόμων. Η έννοια της υγείας όσον αφορά τον άνθρωπο στο πέρασμα του χρόνου εμφάνιζε και εμφανίζει πολλές διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Ωστόσο, στην πλειονότητα του ανθρώπινου πολιτισμού, η υγεία καθορίζεται ως η εξασφάλιση της αρμονίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσεται. Η υγεία θεωρείται ένα αγαθό άυλο, προσωπικό, ένα ιδιόμορφο προϊόν και δύσκολα κοστολογήσιμο. Στον χώρο της υγείας η έννοια της «Ποιότητας» ορίζεται με ποικίλους τρόπους, ανάλογα με την «οπτική γωνία» από την οποία επιλέγεται ο προσδιορισμός της. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ως «την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονη ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής. Τα νοσοκομεία αποτελούν τον χώρο παροχής των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών. Αφορούν, δηλαδή, σε όλους τους πολίτες και θα πρέπει να αναδεικνύουν τη σημασία παροχής ίσων παροχών προς όλους. Η ποιότητα ζωής των ασθενών στα νοσοκομεία και η ψυχική τους υγεία καθορίζεται σημαντικά από την αλληλεπίδραση αυτού με το περιβάλλον του νοσοκομείου και αποτελεί παράγοντα πολύ σημαντικό για το τελικό αποτέλεσμα που θα έχει η θεραπεία και η αντιμετώπιση της ασθένειας. Η αναγκαιότητα εφαρμογής συστημάτων ποιότητας στην υγεία, με τα οποία θα καταστεί δυνατή η μέτρησή της, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση αυτής, δικαιολογείται από το γεγονός πως όταν είναι κακή και χωρίς τα θετικά στοιχεία να υπερισχύουν, καταλήγει σε δραματικές επιπτώσεις κόστους. Μάλιστα, όταν εφαρμόζονται συστήματα διασφάλισης της ποιότητας της υγείας προκύπτουν πολύ σημαντικά οφέλη στο άτομο, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο, το νοσοκομείο αλλά και άλλους φορείς. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και του κόστους της είναι ο ποιοτικός έλεγχος, η διασφάλιση της ποιότητας, η αξιολόγησή της με διάφορα συστήματα, οι δείκτες ποιότητας, η παρακολούθηση και η προαγωγή της. Η παρακολούθηση της ποιότητα

έχει και αυτήν ποικίλα θετικά αποτελέσματα για το ίδιο το άτομο αλλά και το νοσοκομείο, το υγειονομικό προσωπικό και γενικότερα το κράτος. Για τη διασφάλισή της δρουν ορισμένοι διεθνείς οργανισμοί πιστοποίησης. Τέλος, όλα όσα σχετίζονται με την ποιότητα είναι απότοκοι αλλά και σκοποί της ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους αλλά και από άλλους παράγοντες. Τέλος, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει σημαντικά οφέλη για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και συμβάλλει στην ανεύρεση νέων μεθόδων ώστε να αυξηθεί και η παροχή φροντίδας στους ασθενείς να είναι πιο ολοκληρωμένη.

ΣΚΟΠΟΣ: Θεωρήθηκε ότι το πιο κατάλληλο είδος έρευνας ήταν η ποσοτική έρευνα η οποία χρησιμοποιείται, όταν στόχος του ερευνητή είναι η συγκέντρωση απόψεων γύρω από ένα θέμα. Η παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε με σκοπό να προσδιοριστεί το επίπεδο ικανοποίησης των ατόμων νεαρής ηλικίας (18-30 ετών) απο την παροχή υπηρεσιών απο τα Ελληνικά Δημοσιά Νοσοκομεία. Κρίθηκε λοιπόν σημαντικό να μελετηθεί η ικανοποίηση των πελατών- ατόμων απο τις παροχές του νοσοκομείου, την εξυπηρέτηση, την συμπεριφορά του προσωπικού αλλά και οι γενικές εντυπώσεις απο την διαμονή στο νοσοκομειο.

Λέξεις κλειδιά: ποιότητα υπηρεσιών υγείας, ασθενείς, ικανοποίηση ασθενών

Abstract

The definition of health is related to the physical, emotional and mental state of every living organism as a result of the interactions, not only of medicine, but also of environmental factors, the state of the economy and the working environment of individuals. The concept of human health over time has shown and continues to show many differences between different cultures. However, in most human culture, health is defined as ensuring harmony between the individual and the environment in which he grows up. Health is considered a good intangible, personal, peculiar product and difficult to cost. In the field of health, the concept of "Quality" is defined in various ways, depending on the "perspective" from which its definition is chosen. The World Health Organization defines quality as "the provision of diagnostic and therapeutic operations capable of ensuring the best possible outcome in health, within the capabilities of modern medicine, with the least iatrogenic risk and the maximum satisfaction of the patient in terms of procedures, results and human contact. Hospitals are the place of provision of public health services. In other words, they concern all citizens and should highlight the importance of providing equal benefits to all. The quality of life of patients in hospitals and their mental health is significantly determined by its interaction with the hospital environment and is a very important factor for the final result of the treatment and treatment of the disease. The need to implement quality systems in health, which will make it possible to measure it, with the ultimate goal of improving it, is justified by the fact that when it is bad and without the positive elements prevailing, it results in dramatic cost effects. In fact, when health quality assurance systems are implemented, very significant benefits arise for the individual, the state and society as a whole, the hospital and other bodies. The methods used to improve the quality of health services and its costs are quality control, quality assurance, evaluation by various systems, quality indicators, monitoring and promotion. Quality monitoring also has a variety of positive results for the individual but also the hospital, health staff and the state in general. A number of international certification bodies are working to ensure this. Finally, everything related to quality is apt as well as goals of patient satisfaction. Patient satisfaction depends directly on their needs and expectations but also on other factors. Finally, measuring patient satisfaction has significant benefits for drawing conclusions about

the quality of health services and helps to find new methods to increase and provide more comprehensive care to patients.

OBJECTIVE: It was considered that the most appropriate type of research was quantitative research which is used when the researcher's goal is to gather opinions around a topic. This research work was carried out with the aim of determining the level of satisfaction of young people (18-30 years) with the provision of services by Greek Public Hospitals. It was therefore considered important to study the satisfaction of individual clients with the hospital's services, the service, the behavior of the staff and also the general impressions from the stay at the hospital.

Keywords: quality of health services, patients, patient satisfaction

Περιεχόμενα

Πρόλογος- Ευχαριστίες.....2

Περίληψη 3

Abstract 5

Περιεχόμενα 7

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή- Ορισμοί

1.1.Ο ορισμός της λέξης «Υγεία».....10

1.2. Ιστορική αναδρομή της υγείας.....11

1.3. Τα χαρακτηριστικά της υγείας.....17

1.4. Τι ορίζεται ως «Ποιότητα» στον τομέα της υγείας;.....18

1.5. Ιστορική αναδρομή της ποιότητας υπηρεσιών υγείας.....19

1.6. Χαρακτηριστικά της ποιότητας.....20

1.7. Κύρια αποστολή των νοσοκομείων.....23

1.8. Δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα 25

1.9. Ποιότητα ζωής ασθενών στα νοσοκομεία.....27

Κεφάλαιο 2: Η αναγκαιότητα εφαρμογής της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τα οφέλη από τη βελτίωσή της

2.1. Αναγκαιότητα εφαρμογής συστημάτων Ποιότητας στην Υγεία.....28

2.2. Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας .....….....30

2.3. Οφέλη από την ποιότητα των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας.....31

2.4. Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στον χώρο του νοσοκομείου …….....34

2.5. Δομικά μέρη της νοσοκομειακής βελτίωσης της ποιότητας.....37

Κεφάλαιο 3: Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και το κόστος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

3.1. Ποιοτικός έλεγχος 38

3.2. Η διασφάλιση της ποιότητας 40

3.3. Αξιολόγηση της ποιότητας ….....41

3.4. Δείκτες ποιότητας 43

3.5. Διαστάσεις της ποιότητας 47

3.6. Παρακολούθηση και Προαγωγή της Ποιότητας.....49

3.7. Οφέλη Παρακολούθησης της Ποιότητας 53

3.8. Διεθνείς οργανισμοί πιστοποίησης και διασφάλισης.....55

3.9. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και Κόστος 57

3.10. Κόστος έλλειψης ποιότητας 58

3.11. Κόστος βελτίωσης ποιότητας 60

Κεφάλαιο 4: Ικανοποίηση των ασθενών νεαρής ηλικίας

4.1. Ορισμός της έννοιας «Ικανοποίηση των ασθενών νεαρής ηλικίας».....61

4.2. Ανάγκες και προσδοκίες ασθενών 64

4.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....66

4.4. Χρησιμότητα μέτρησης Ικανοποίησης των ασθενών 70

4.5. Οφέλη μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα 72

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογία έρευνας

5.1.Σκοπός.....74

5.2.Μεθοδολογία 75

5.2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός 75

5.2.2.Ερευνητικό εργαλείο 75

5.2.3. Πληθυσμός- δείγμα .....….....77

5.2.4. Συλλογή και ανάλυση δεδομένων.....77

5.2.5.Ηθικά θέματα 78

5.2.6.Περιορισμοί της ερευνάς.....78

5.3.Αποτελέσματα 79

5.4.Ερευνητικά ερωτήματα..... 94

5.5.Συμπεράσματα .....….....99

Βιβλιογραφία.....…….....……...…..……...101

Παράρτημα- Ερωτηματολόγιο .....…..……....…….....…….....107

Κεφάλαιο 1: Εισαγωγή- Ορισμοί

1.1.Ο ορισμός της λέξης «Υγεία»

Η υγεία αποτελεί έναν όρο με τον οποίο προσδιορίζεται η σωματική, συναισθηματική και πνευματική κατάσταση κάθε ζωντανού οργανισμού, ως αποτέλεσμα των αλληλεπιδράσεων, όχι μόνο της ιατρικής, αλλά και περιβαλλοντικών παραγόντων, της κατάστασης της οικονομίας και του περιβάλλοντος εργασίας των ατόμων (Οικονόμου, 2002). Ο ακριβής ορισμός της υγείας δεν υφίσταται, αφού κάθε ανθρώπινος πολιτισμός διακατέχεται από διαφορετικής κοινωνικές απόψεις, ιδέες και αξίες, σε θρησκευτικό, εκπαιδευτικό και κάθε άλλο κοινωνικό επίπεδο. Όλα αυτά έχουν ως αποτέλεσμα μια ποικίλη πραγματικότητα η οποία επηρεάζει και την αντίληψη του σώματος που έχουν οι διάφορες αυτές πολιτισμικές ομάδες, που επηρεάζεται- καθορίζεται από την εικόνα, το φύλο και τα όρια καθενός (Κατζουράκη, 2013).

Σε γενικότερα πλαίσια, η ιατρική κοινότητα προσδιορίζει την έννοια της υγείας ως μια κατάσταση στην οποία το άτομο δεν παρουσιάζει συμπτώματα και έχει τη δυνατότητα συμμετοχής στους εκάστοτε κοινωνικούς του ρόλους (Person, 1979).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) ορίζει την έννοια της υγείας με δύο τρόπους:

- « Υγεία είναι όχι απλώς η έλλειψη ασθένειας αλλά και η πλήρης σωματική και ψυχική ευεξία του ατόμου», που αποτελεί τη θετική εκδοχή κι
- «Υγεία είναι η ανυπαρξία οπουδήποτε υποκειμενικού συναισθήματος ενόχλησης ή ανικανότητας και η έλλειψη οποιασδήποτε αντικειμενικής διαταραχής» που αποτελεί τον λεγόμενο αρνητικό ορισμό της υγείας σύμφωνα με τον ΠΟΥ.

Ακόμη, καθώς η παρούσα εργασία αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών νεαρής ηλικίας σχετικά με την παροχή υπηρεσιών στο ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο, καθίσταται αναγκαίος ο προσδιορισμός της έννοιας της δημόσιας υγείας. Η Δημόσια Υγεία, λοιπόν, αφορά στην επέκταση του στενού βιοϊατρικού μοντέλου, σε ένα πρόσθετο σύστημα όπου πρωταρχικό στόχο αποτελεί η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη των ασθενειών και η αποδοτικότητα και αποτελεσματικότητά του (Παλιάτση και Βρυώνης, 2009).

1.2.Ιστορική αναδρομή της υγείας

Η υγεία αδιαμφισβήτητα ένα από τα πιο σημαντικά στοιχεία για την εκπλήρωση μιας ευτυχισμένης ζωής. Η έννοια της υγείας όσον αφορά τον άνθρωπο στο πέρασμα του χρόνου εμφάνιζε και εμφανίζει πολλές διαφορές ανάμεσα σε διαφορετικούς πολιτισμούς. Ωστόσο, στην πλειονότητα του ανθρώπινου πολιτισμού, η υγεία καθορίζεται ως η εξασφάλιση της αρμονίας μεταξύ του ατόμου και του περιβάλλοντος στο οποίο αναπτύσσεται (Πράπα και Φακή).

Διαφορετικές έννοιες της υγείας και της ασθένειας εμφανίζονται σε διαφορετικές χρονικές περιόδους και ανάλογα με την κοινωνική πραγματικότητα της καθεμιάς. Ξεκινώντας από την προϊστορική περίοδο, αιτίες υπεύθυνες για την κακή κατάσταση της υγείας των ατόμων αποτελούσαν τα «κακά πνεύματα» που εισέρχονταν στο εσωτερικό του ατόμου. Αργότερα, μια πρώτη προσέγγιση και δημιουργία αντιλήψεων και απόψεων περί υγείας, πραγματοποιείται από τους αρχαίους Έλληνες. Και αυτό διότι στην αρχαία Ελλάδα έλαβαν χώρα οι πρώτες ορθολογικές προσεγγίσεις, με πρώτο τον Ιπποκράτη να θεωρείται ο πατέρας της ιατρικής (Πράπα και Φακή).

Ο Ιπποκράτης, τον 5^{ο} αιώνα π.Χ., ορίζει την υγεία ως την κατάσταση στην οποία 4 χυμοί βρίσκονται σε ισορροπία. Σε περίπτωση ανισορροπίας στη μίξη των 4 αυτών χυμών, σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, στο άτομο θα εμφανιζόταν η ασθένεια. Οι χυμοί αυτοί αποτελούσαν (Πράπα και Φακή):

- Το αίμα (ιδιότητες ζεστού και υγρού)
- Το φλέγμα (ψυχρό και υγρό)
- Η κίτρινη χολή (ζεστή και στεγνή)
- Η μαύρη χολή (ψυχρή και στεγνή).

Την ίδια περίοδο, στην Αρχαία Κίνα, οι άνθρωποι εκεί θεωρούσαν πως η ασθένεια ενός ατόμου προκαλούνταν από περιβαλλοντικές αιτίες. Βασιζόμενοι στο γιν και γιανγκ, όπως και οι σήμερα, που σημαίνουν την αρσενική και θηλυκή αρχή της φύσης, ξεκίνησε η κινέζικη ιατρική και ο βελονισμός (Πράπα και Φακή).

Μετά τη γέννηση του Χριστού, μόλις το 2 μ.Χ. ο Γαληνός επιχειρεί τις πρώτες μελέτες ανατομίας του ανθρώπινου σώματος. Στην περίοδο του Μεσαίωνα, ωστόσο,

τέτοιου είδους παρατηρήσεις δεν ήταν αποδεκτές από την Εκκλησία και θεωρήθηκαν στοιχεία του «Διαβόλου». Αργότερα, όμως, όταν πλέον είχε αλλάξει η αντίληψη των ανθρώπων για τον κόσμο, στην περίοδο της Αναγέννησης, ξεκίνησε μια σωρεία και ταχεία εξέλιξη στον επιστημονικό κόσμο. Οι άνθρωποι εξελίσσονταν συνεχώς, ανακαλύπτοντας όλο και περισσότερα στοιχεία για τον τρόπο με τον οποίο λειτουργεί ο κόσμος, η Γη και το ίδιο τους το ανθρώπινο σώμα. Τον 17ο αιώνα, παρουσιάζεται το σώμα και ο νους ως δύο ξεχωριστές οντότητες από τον Καρτέσιο και για πρώτη φορά οι άνθρωποι ξεκινούν να αντιλαμβάνονται τις δυνατότητες και τον περίπλοκο τρόπο λειτουργίας του ανθρώπινου σώματος (Πράπα και Φακή).

Στη σύγχρονη εποχή, έχοντας περάσει από τη μαγική, στη θρησκευτική προσέγγιση της έννοιας της υγείας, αργότερα στην πρώιμη επιστημονική στην μηχανιστική- κυρίως επιστημονική, περνάμε τέλος στην σύγχρονη ολιστική έννοια. Στις μέρες μας η υγεία προσεγγίζεται πλέον πιο συνολικά, έχοντας όλα τα στοιχεία από όλα τα παραπάνω στάδια. Οι άνθρωποι τείνουν να σταματούν να πιστεύουν σε θεωρίες του παρελθόντος και να τις αμφισβητούν σιγά- σιγά. Ωστόσο υπάρχει ταυτόχρονα ένα είδος επιφυλακτικότητας, και πολλές φορές και φόβου, απέναντι στο τι θα έρθει στο μέλλον, ποιες θα είναι οι νέες αποκαλύψεις και τι αντίκτυπο θα έχουν τα στοιχεία που θα έρθουν στο φως, στη μέχρι σήμερα κανονικότητα και πραγματικότητα στην οποία ζούμε (Πράπα και Φακή).

Συγκεκριμένα, όσον αφορά την υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα, οι πρώτες προσπάθειες συγκρότησης ενός πιο οργανωμένου συστήματος υγείας συνέβησαν τη δεκαετία του 1920, δηλαδή μετά τον πρώτο παγκόσμιο πόλεμο, και άλλες συγκρούσεις του παρελθόντος. Οι βαλκανικοί πόλεμοι και η μικρασιατική καταστροφή αποτέλεσαν δυο γεγονότα με τα οποία πυροδοτήθηκε η ανάγκη του κράτους για αποδοτικότερες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θα βοηθήσουν στην αντιμετώπιση των διαφόρων μεταδοτικών ασθενειών που έκαναν την εμφάνισή τους κατά τη διάρκεια των πολέμων. Αρχικά, η χώρα διαιρέθηκε σε 5 υγειονομικές ενότητες- περιφέρειες, οι οποίες σύμφωνα με τον νόμο 2882 θα έπρεπε να διοικούνται από υγειονομικούς συμβούλους. Ωστόσο, η δύσκολη οικονομική κατάσταση στην οποία βρισκόταν η χώρα, δεν επέτρεψε μεγάλη εξέλιξη και ανάπτυξη σε αυτόν τον τομέα (Τριχόπουλος, 1982).

Το πρώτο ενιαίο σύστημα υγείας δημιουργήθηκε κατά την περίοδο 1928-1932, όταν κυβερνούσε ο Ελευθέριος Βενιζέλος. Για ακόμη μια φορά, όμως, οι οικονομικές δυσκολίες της χώρας ήταν τέτοιες, ώστε δεν ευοδώθηκε η καθιέρωση του συστήματος αυτού. Εκτός από τα σημαντικά οικονομικά προβλήματα που ταλάνιζαν τη χώρα, ιδιαίτερα αρνητικός παράγοντας ήταν και η αντιπαλότητα μεταξύ των διάφορων ιατρικών συλλόγων ανά τη χώρα (Σεραφείμ, 2015).

Εικόνα 1: υπαίθριο χειρουργείο κατά τη Μικρασιατική εκστρατεία (ΕΡΤ ψηφιακό αρχείο, 2018)

Εικόνα 2:Υπαίθριο ιατρείο κατά τη Μικρασιατική εκστρατεία (ΕΡΤ ψηφιακό αρχείο, 2018)

Και ενώ ακόμη δεν είχε καταφέρει να εγκατασταθεί ένα ενιαίο σύστημα υγείας, ο δεύτερος παγκόσμιος πόλεμος και ο εμφύλιος που ακολούθησε μετά από αυτόν, αποδιοργάνωσαν περαιτέρω τη χώρα. Μετά από αυτές τις αναταράξεις, το 1950-1960, με την κυβέρνηση Παπάγου, έγινε η πρώτη προσπάθεια σύστασης ενός ολοκληρωμένου και αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Αυτό θα προέβλεπε στην αποκέντρωση και τη δημιουργίας σε κάθε περιφέρεια υγειονομικών υπηρεσιών οι οποίες θα μπορούσαν να σταθούν από μόνες τους για την παροχή φροντίδας του ασθενή (Μαχαίρα, 2008). Έπειτα, το 1961 πραγματοποιήθηκε η σύσταση του ΟΓΑ (Οργανισμός Γεωργικών Ασφαλίσεων). Ο στόχος ίδρυσης και λειτουργίας αυτού του οργανισμού ήταν η παροχή φροντίδας στα άτομα που ανήκαν στον αγροτικό πληθυσμό. Λίγα χρόνια αργότερα, κατά τη διάρκεια της δικτατορίας, εισήχθη για πρώτη φορά η έννοια του οικογενειακού ιατρού, από το ΙΚΑ, που όμως δεν καθιερώθηκε ακόμη (Σεραφείμ, 2015).

Εικόνα 3: Νοσοκομείο ΚΑΤ (1950-1956) (Θέμελη Τεχνικά Έργα, 2018)

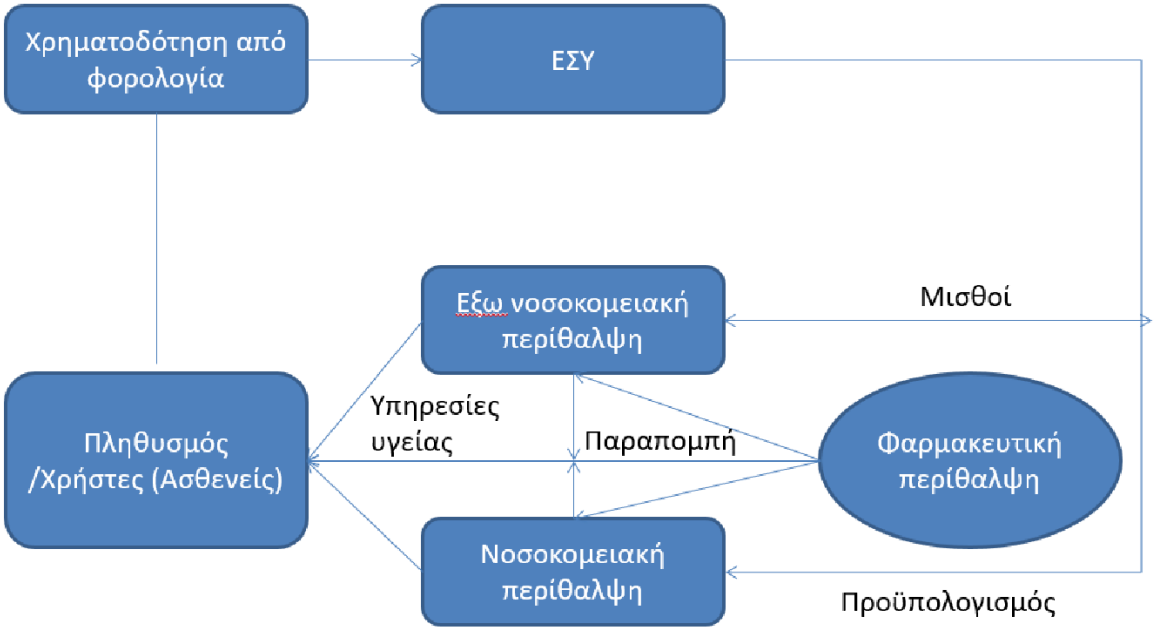
Εικόνα 4: Νοσοκομείο Ευαγγελισμός (1884) (Θέμελη Τεχνικά Έργα, 2018)

Αφού έπεσε η δικτατορία και μετά την παρέλευση ορισμένων ετών, έγινε αντιληπτή η τεράστια σημασία συγκρότησης ενός υγειονομικού συστήματος υγείας το οποίο θα ήταν οργανωμένο. Έτσι, το 1982 και πάλι με σκοπό την αποκέντρωση, ξεκινά η διαμόρφωση ενός τέτοιου συστήματος. Έναν χρόνο αργότερα, το 1983, ψηφίστηκε ο σημαντικότερος νόμος για τον τομέα της υγείας, ο νόμος 1397/1983. Σύμφωνα με

αυτόν, ορίστηκε για πρώτη φορά το Εθνικό Σύστημα Υγείας, γνωστό μέχρι και σήμερα με το ακρωνύμιο ΕΣΥ, το οποίο πρεσβεύει την οργάνωση, την ισότητα, την καθολικότητα στην πρόσβαση, την αποκέντρωση και γενικότερα τη δικαιότερη κατανομή πόρων και την ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας. Τα επόμενα χρόνια ψηφίστηκαν επίσης σημαντικοί νόμοι σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας και την κατανομή του Συστήματος Υγείας (Μαχαίρα, 2008).

Η ίδρυση του ΕΣΥ αποτελεί την πιο σημαντική αλλαγή στον χώρο της υγείας, που σηματοδοτεί ουσιαστικά το πέρασμα σε μια νέα, πιο οργανωμένη και σύγχρονη λειτουργία του υγειονομικού συστήματος. Με τη σύσταση του ΕΣΥ κατέστη δυνατή η αντιμετώπιση διαφόρων νοσημάτων και λοιμώξεων, η βελτίωση των συνθηκών και της ποιότητας ζωής των ασθενών. Στο σήμερα, εκτός από όλα τα παραπάνω, το ΕΣΥ λειτουργεί με τρόπο τέτοιον ώστε να προλαμβάνονται και διάφορα προβλήματα, όπως η ατμοσφαιρική ρύπανση και έτσι ώστε να προστατεύεται το περιβάλλον, χρησιμοποιώντας με ορθολογικό τρόπο τους φυσικούς πόρους (Μαχαίρα, 2008).

Η λειτουργία του ΕΣΥ θα μπορούσε πολύ εύκολα να περιγραφή με βάση το παρακάτω σχήμα:



Εικόνα 5: Δομή λειτουργίας ΕΣΥ (Κελέση, 2014)

1.3.Τα χαρακτηριστικά της Υγείας

Η έννοια της υγείας παρουσιάζει ορισμένα χαρακτηριστικά. Συγκεκριμένα, η υγεία είναι (Κατζουράκη, 2013):

- Άυλο αγαθό. Αυτός σημαίνει πως είναι αδύνατον να προσδιοριστεί ποσοτικά, δεν έχει δηλαδή βάρος, μέγεθος και χρόνο. Επίσης, δεν είναι δυνατή ο ακριβής προσδιορισμός του αιτίου που την καθιστά αναγκαία και προς ζήτηση, αφού η επιθυμία ή ο συγκερασμός ανάγκης και επιθυμίας είναι τα πραγματικά αίτια, έννοιες μη μετρήσιμες σε ποσοτικό επίπεδο και απόλυτα υποκειμενικές.
- Προσωπικό αγαθό. Εκτός από κοινωνικό αγαθό, η υγεία είναι και ένα προσωπικό αγαθό, αφού κάθε άτομο- πολίτης, αναζητά τη φροντίδα του εαυτού του σε αντίστοιχες μονάδες. Με αυτόν τον τρόπο δύναται να παραμείνει υγιής ή να βελτιώσει την κατάσταση της υγείας τους σε περίπτωση κάποιας ασθένειας.
- Ιδιόμορφο προϊόν. Στην περίπτωση της υγείας δεν ακολουθείται η σειρά παραγωγής- ελέγχου- κατανάλωσης, με ξεχωριστές τις διαδικασίες, όπως συνηθίζεται στα υπόλοιπα προϊόντα. Εδώ, η διαδικασία παραγωγής των διάφορων προϊόντων υγείας ξεκινά με την παραγωγή της αλλά ταυτόχρονα και την κατανάλωσή της από τα άτομα, στον ίδιο χώρο και χρόνο. Η παραγωγή της υγείας δεν πραγματοποιείται σε μια μηχανή, αλλά στον ίδιο τον άνθρωπο, δηλαδή σε έναν ζωντανό οργανισμό, ο οποίος σκέφτεται, αντιδρά, διακατέχεται από αξίες και απόψεις και έχει δικές του επιθυμίες και ανάγκες.
- Δύσκολα κοστολογήσιμο προϊόν. Κι αυτό διότι δεν προσδιορίζεται εύκολα η παραγόμενη ποσότητά της, δεν μπορούν να προσδιοριστούν εξαρχής οι ποσότητες της ύλης που θα χρησιμοποιηθεί και, τέλος, ο ιατρός και κάθε άλλο άτομο που εργάζεται και παρέχει υπηρεσίες υγείας, δεν δύναται να ελέγξει τις ακριβείς επιδράσεις των διαφόρων παραγόντων που οικοδομούν την έννοια της υγείας.

1.4.Τι ορίζεται ως «Ποιότητα» στον τομέα της υγείας;

Στον χώρο της υγείας η έννοια της «Ποιότητας» ορίζεται με ποικίλους τρόπους, ανάλογα με την «οπτική γωνία» από την οποία επιλέγεται ο προσδιορισμός της. Η JCAHO (Joint Commission on Accredication of Healthcare Organizations) προσδιορίζει την έννοια της ποιότητας στην υγεία, ως τον «βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση» (JCAHO, 2000). Σε γενικές γραμμές ο προσδιορισμός της συγκεκριμένης έννοιας παρουσιάζει ορισμένες δυσκολίες και εξαιτίας του γεγονότος ότι οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν έναν ιδιαίτερο χώρο, με χαρακτηριστικά διαφορετικά από τις υπόλοιπες υπηρεσίες. Ορισμένοι επιστήμονες προσπάθησαν να προσδιορίσουν την έννοια της ποιότητας στον χώρο της υγείας, με κοινό χαρακτηριστικό όλων τον ορισμό την μέγιστη επιδιωκόμενη ικανοποίηση για τους ασθενείς, με βάση τις προσωπικές του ανάγκες και τεχνικές που είναι σύμφωνες με την μέχρι τώρα επαγγελματική γνώση και με το μικρότερο δυνατό κόστος (Donabedian, 1980; Thompson, 1980; Laffer& Blumenthal, 1989; International Organization for Standarization, 1990; Palmer, 1991; Povar, 1991; Nelson, 1996; Juran, 1998; Κωσταγιώλας και συν., 2008).

Ένας πιο λειτουργικός όρος που περιλαμβάνει όλα τα παραπάνω είναι αυτός των Παλιάτση και Βρυώνη (2009) σύμφωνα με τους οποίους ως ποιότητα ζωής στον τομέα της υγείας ορίζεται «η απάντηση του ατόμου στην επίδραση που έχει η νόσος πάνω στη σωματική, ψυχολογική και κοινωνική διάσταση της ζωής του, απάντηση η οποία επηρεάζει τον βαθμό στον οποίο μπορεί το άτομο να νιώθει ικανοποίηση με τις συνθήκες της ζωής του».

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει την ποιότητα ως «την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονη ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και τη μέγιστη ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (World Health Organization, 1993).

1.5.Ιστορική αναδρομή της ποιότητας υπηρεσιών υγείας

Η λέξη «ποιότητα» προέρχεται από τη λέξη «ποιότης» των αρχαίων ελληνικών, που σημαίνει τη συσχέτιση μεταξύ της φύσης, της εσωτερικής κατάστασης και υπόστασης ενός ατόμου ή ζώου και της αξίας του. Στην αρχαία Ελλάδα, λοιπόν, πρώτος ο Ιπποκράτης έθεσε τις βάσεις για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και ανέδειξε τη σημασία που έχει αυτήν προκειμένου να διασφαλιστεί η υγεία και το «ευ ζην» των ασθενών (Ηλιούδη, 2013).

Στον σύγχρονο κόσμο, η πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης των υγειονομικών υπηρεσιών πραγματοποιήθηκε στις αρχές του 19^{ου} αιώνα στην πόλη της Αγγλίας, από την Florance Nightingale, που συνδέεται με την θεμελίωση της επιστήμης των νοσηλευτών. Η Nightingale, κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου:

1) Κατά τη μεταφορά τους στο νοσοκομείο
2) Κατά τη παραμονής τους εκεί και
3) Μετά από χειρουργική επέμβαση στην οποία υποβλήθηκαν.

Σκοπός της ήταν η αποτίμηση των υγειονομικών υπηρεσιών προκειμένου να γίνει μια προσπάθεια καθορισμού των παραγόντων που δρουν ανασταλτικά και προκαλούν τον θάνατο των τραυματιών του πολέμου. Με τη βελτίωση αυτών θα υπήρχαν λιγότεροι θάνατοι στο μέλλον, συνεπώς και βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών (Οικονομοπούλου, 2002).

Τέλος, φτάνουμε στη σημερινή εποχή, στην οποία η διασφάλιση της ποιότητας και η ανεύρεση τεχνικών και μεθόδων με τις οποίες θα είναι δυνατή η βέλτιστη παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών, αποτελεί κύριο μέλημα των ερευνητών και των επαγγελματιών υγείας. Υπάρχει έντονος προβληματισμός πάνω στο συγκεκριμένο ζήτημα και πραγματοποιούνται διεξοδικές έρευνες, πολλές φορές και μέσω της συνεργασίας των κυβερνήσεων διαφόρων χωρών, ώστε οι καταναλωτές- ασθενείς να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας της καλύτερης δυνατής ποιότητας (Σιγαλάς και συν., 1999).

1.6.Χαρακτηριστικά της ποιότητας

Ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών της ποιότητας υγείας δεν είναι σταθερός. Διαφορετικοί οργανισμοί και ερευνητές έχουν διαφορετική άποψη σχετικά με το ποια είναι τα χαρακτηριστικά της ποιότητας υγείας.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1993) αναφέρει ως χαρακτηριστικά της ποιότητας των υπηρεσιών της υγείας τα ακόλουθα:

- Επιθυμητοί στόχοι- σκοποί
- Πιθανούς κινδύνους που παρουσιάζονται κατά τη διαδικασία παροχής υγειονομικής φροντίδας.
- Διαθέσιμοι πόροι
- Ικανοποιητικό βαθμό επαγγελματισμού
- Χρήση των διαθέσιμων πόρων με τρόπο αποτελεσματικό
- Ελάττωση των επικίνδυνων καταστάσεων για του ασθενείς
- Ασθενείς που νιώθουν ικανοποιημένοι κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας σε αυτούς
- Θετικό απότοκο για την υγεία του ασθενή, στο τέλος της θεραπείας.

Από την άλλη, ο Maxwell (1993) επιλέγει έξι παραμέτρους ως χαρακτηριστικά της υγείας (Οικονομοπούλου, 2002):

- Την προσπελασιμότητα- προσβασιμότητα. Αυτήν αναφέρεται στην ικανότητα- δυνατότητα να ξεπεραστεί κάθε είδους εμπόδιο προκειμένου να είναι δυνατή η παροχή φροντίδας. Τέτοιου είδους εμπόδια μπορεί να αφορούν στην αδύναμη οικονομική κατάσταση του ασθενή, στην κατοικία του ασθενή σε δύσβατα γεωγραφικά μέρη και στη γλωσσική επικοινωνία, όταν ο ασθενής δεν καταλαβαίνει καλά τη γλώσσα που μιλά ο ιατρός.
- Την ισότητα. Δηλαδή την παροχή των υγειονομικών υπηρεσιών χωρίς διαφορές και διακρίσεις, ανεξάρτητα από το κοινωνικό στρώμα στο οποίο ανήκει ο ασθενής.
- Η κοινωνική αποδοχή. Αυτό το χαρακτηριστικό αφορά στον ίδιο τον ασθενή και έχει να κάνει με την κριτική και την αξιολόγηση που πραγματοποιεί σχετικά με τις παρεχόμενες σε αυτόν υπηρεσίες φροντίδας.

- Η σχετικότητα ως προς τις ανάγκες. Η συμφωνία, δηλαδή, μεταξύ ασθενών και υπηρεσιών που τους προσφέρονται.
- Η αποδοτικότητα. Το να είναι δηλαδή δυνατή η παροχή κάθε είδους φροντίδας με το μικρότερο όμως δυνατό κόστος.
- Η τεχνική αποτελεσματικότητα. Αυτήν αναφέρεται στην παροχή της καλύτερης δυνατής τεχνικής και μεθόδου φροντίδας σε κάθε ασθενή που την έχει ανάγκη.

Επίσης, ο προσδιορισμός των χαρακτηριστικών της ποιότητας υγείας έγινε και από τον Hopkins (1990), όπως παρουσιάζονται παρακάτω (Οικονομοπούλου, 2002):

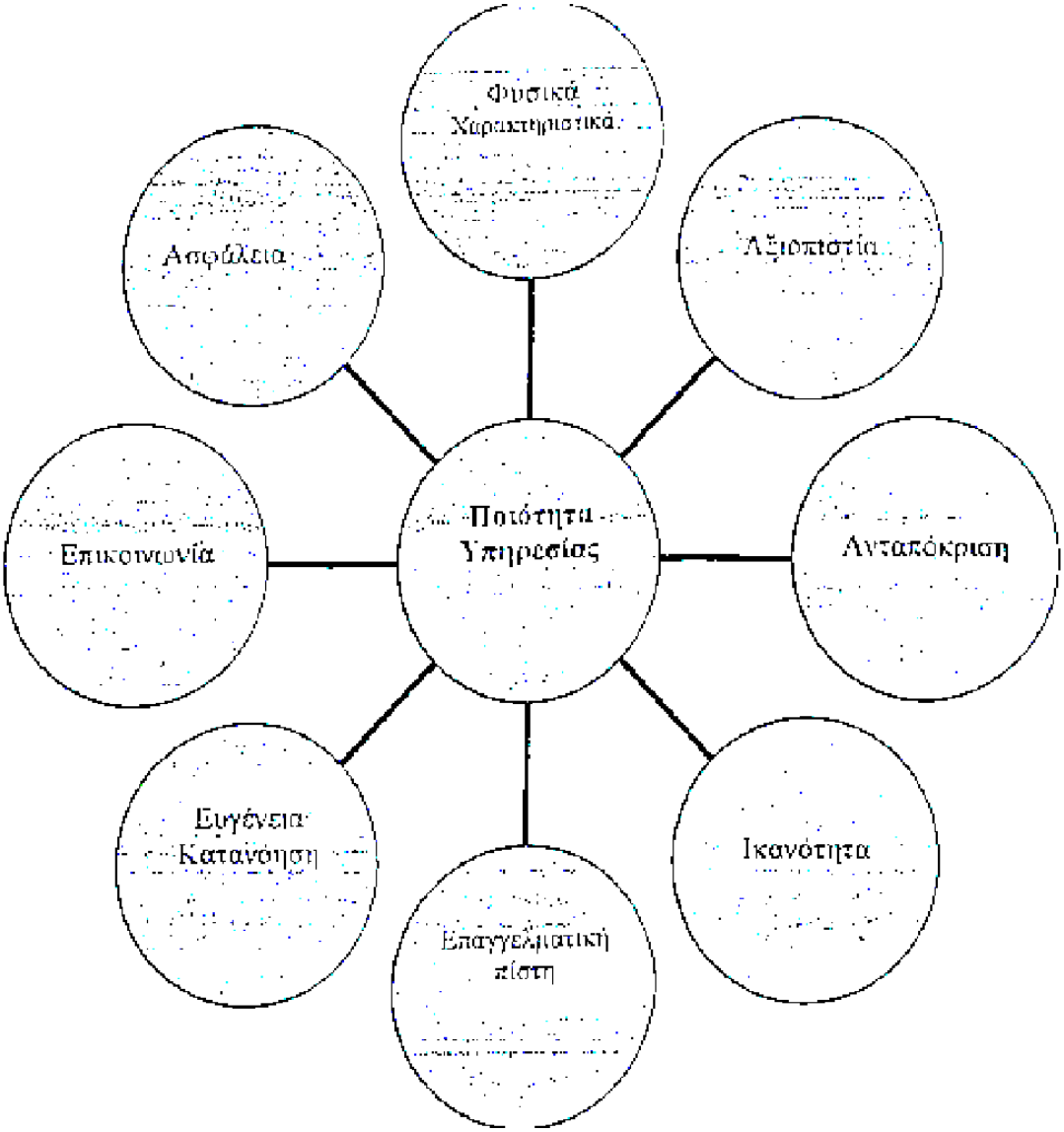
- Ιδανική αποτελεσματικότητα (efficacy). Σε αυτόν τον όρο παρουσιάζεται η αλυσιδωτή σχέση μεταξύ χειρουργικής ή συντηρητικής θεραπείας- της θετική/ επιθυμητής έκβασης αυτή- σε συγκεκριμένο πληθυσμό ασθενών- σε περιβάλλον/ κλίμα ιδανικό για τον ασθενή.
- Αποτελεσματικότητα (effectiveness). Η αποτελεσματικότητα επικρατεί καθώς η παροχή της απόλυτα ιδανικής φροντίδας είναι σχεδόν αδύνατο να συμβεί. Η αποτελεσματικότητα, λοιπόν, αναφέρεται και αυτήν στην παροχή επιθυμητών λύσεων για τη θεραπεία του ασθενή, σε περιβάλλον όμως κανονικό και όχι ιδεατό. Ο βαθμός της αποτελεσματικότητας αυτής θα εξαρτηθεί ιδιαίτερα στο ίδιο το υγειονομικό προσωπικό που παρέχει τις υπηρεσίες του και συγκεκριμένα στην κατάρτιση αυτού και το επίπεδο γνώσεων που διαθέτει.
- Τέλος, η αποδοτικότητα (efficiency) αφορά στην βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων που ήδη παρέχονται, που σε συνδυασμό με τις ικανότητες των επαγγελματιών υγείας θα συμβάλλουν στην παροχή του καλύτερου δυνατού αποτελέσματος.

Εκτός από αυτές τις παραμέτρους ο Hopkins (1990) αναφέρεται επίσης (Οικονομοπούλου, 2002):

- Στην ενδεδειγμένη παροχή φροντίδας (Appropriate care). Δηλαδή την παροχή υγειονομικών υπηρεσιών οι οποίες θα προκαλούν ανακούφιση, βελτίωση της ποιότητας ζωής των ασθενών και παράταση αυτής συχνότερα από αρνητικές συνθήκες όπως ο θάνατος, η δυσχέρεια, ανεπιθύμητες παρενέργειες και πρόσθετες επιπτώσεις, όπως για παράδειγμα άλλες νόσους και παθήσεις..

- Στο δικαίωμα στην παροχή φροντίδας (Right to Care). Όλοι οι πολίτες να έχουν το δικαίωμα στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας για να μπορούν να παραμένουν υγιείς.
- Στην ηθική φροντίδα (Ethical Care). Η παράμετρος αυτήν έχει ιδιαίτερη σημασία και λαμβάνει υπόσταση στη σημερινή πραγματικότητα και τον σύγχρονο κόσμο, αφού η κλωνοποίηση και διάφορες άλλες εξελίξεις στην επιστήμη της γενετικής απειλούν ως έναν βαθμό δεοντολογικές αξίες και αντιλήψεις. Ένα παράδειγμα για να γίνει πιο κατανοητή η συγκεκριμένη παράμετρος είναι η περίπτωση μεταμόσχευσης ενός οργάνου σε έναν ασθενή που το έχει ανάγκη, όχι από τη νόμιμη διαδικασία μέσω δωρητή, αλλά μέσω εμπορίας οργάνων. Στην περίπτωση αυτήν, η οποία φυσικά είναι μη ηθική, από τη μία έχει επιτευχθεί η παροχή υγείας στον ασθενή και η διατήρησή του στη ζωή, όμως ο τρόπος με τον οποίο συνέβη αυτό δεν ήταν ο νόμιμος, ηθικός και σύμφωνος με τους δεοντολογικούς κανόνες που επικρατούν στον χώρο της υγείας.
- Στην δίκαιη κατανομή (Equitable Deliver Care). Η κατανομή, δηλαδή, των υπηρεσιών υγείας με τρόπο δίκαιο για όλους, χωρίς διακρίσεις και ανεξαρτήτως φύλου, θρησκείας, οικονομικής κατάστασης, πολιτικών πεποιθήσεων κτλ.
- Στην δυνατότητα πρόσβασης (Accessible Care). Να ξεπερνιούνται, δηλαδή, εμπόδια που έχουν να κάνουν με τον τόπο διαμονής των ασθενών, της οικονομική τους κατάσταση κτλ.
- Στην συνέχεια και την οργάνωση (Continuity and Coordination Of Care). Ιδιαίτερη είναι η σημασία και η εφαρμογή της συγκεκριμένης παραμέτρου στις περιπτώσεις ασθενών που πάσχουν από χρόνια νοσήματα και παθήσεις. Αναφέρεται κυρίως στη σημασία και την αναγκαιότητα παρακολούθησης του ασθενούς από τους αρμόδιους επαγγελματίες υγείας, μακροχρόνια και συλλογικά, δηλαδή με την απαραίτητη συνεργασία μεταξύ αυτών ώστε να βρεθεί και να εφαρμοστεί το κατάλληλο πλάνο- σχήμα θεραπείας για αυτούς.

Συνοπτικά, στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται τα κριτήρια με τα οποία καθορίζεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τον Παναγόπουλο (2009)



Εικόνα 6: Διάγραμμα κριτηρίων ποιότητας υπηρεσίας (Παναγόπουλος, 2009)

1.7.Κύρια αποστολή των νοσοκομείων

Τα νοσοκομεία αποτελούν τον χώρο παροχής των δημόσιων υγειονομικών υπηρεσιών. Αφορούν, δηλαδή, σε όλους τους πολίτες και θα πρέπει να αναδεικνύουν τη σημασία παροχής ίσων παροχών προς όλους. Κύρια αποστολή τους είναι απαραίτητο να αποτελεί η παροχή υγειονομικών υπηρεσιών και φροντίδας με τρόπο οργανωμένο, τόσο στη πρωτοβάθμια όσο και στη δευτεροβάθμια περίθαλψη, που αναδεικνύει την ισότητα και το δικαίωμα όλων ανεξαρτήτως στην πρόσβαση σε αυτές τις υπηρεσίες. Και αυτό διότι η υγεία αποτελεί το ύψιστο συνταγματικά θεσμοθετημένο αγαθό, το οποίο προστατεύεται και αφορά σε όλους τους ανθρώπους. Για να γίνει αυτό, το νοσοκομειακό περιβάλλον θα πρέπει να είναι φιλικό και «ζεστό», ώστε ο ασθενής να νιώθει ασφάλεια όταν παρευρίσκεται εκεί, να εξασφαλίζει την άμεση και όσο το δυνατόν πιο ποιοτική εξυπηρέτηση, ενημέρωση και πάνω από όλα το σεβασμό στο πρόσωπο του ασθενή. Όλα αυτά είναι απαραίτητο να αποτελούν χαρακτηριστικά και κύριο μέλημα κάθε νοσοκομείου (Παλιάτση και Βρυώνης, 2009).

1.8.Δημόσια νοσοκομεία στην Ελλάδα

Κάνοντας μια σύντομη αναδρομή παρατηρούμε πως οι πρωτοεμφανιζόμενες νοσοκομειακές δομές λαμβάνουν χώρα περίπου στα τέλη του 4ου αιώνα μ.Χ., ενώ στο Βυζάντιο εμφανίζονται τα πρώτα απλά νοσοκομεία στα μοναστήρια που ονομάστηκαν σε πρώτη φάση ξενοδοχεία (Κατσουγιαννόπουλος 1992, Κωνσταντέλος 1986).

Όσον αφορά στην Ελλάδα, η νοσοκομειακή περίθαλψη και συγκεκριμένα η ιστορία της, χωρίζεται σε 4 περιόδους:

- Πρώτη περίοδος: σύσταση ελληνικού κράτους – 1909. Τα νοσοκομεία αυτήν την περίοδο είναι απλά και παρέχουν περιορισμένα επίπεδα φροντίδας. Λαμβάνουν χώρα ως υποδομές μοναστηριών, δήμων και φιλάνθρωπων, για την εξυπηρέτηση κυρίων των απόρων, αφού οι εύποροι στην πλειονότητα των περιπτώσεων δεν τα προτιμούσαν. Εκείνη την περίοδο, η Ελλάδα δεν είχε ακόμη τη δυνατότητα οργάνωσης ενός υγειονομικού συστήματος, αφού ακόμα έπασχε από προβλήματα στον οικονομικό και τον κοινωνικό τομέα. Επίσης, δεν είχε την κατάλληλη τεχνολογική υποστήριξη. Οι πρώτες δημόσιες νοσοκομειακές δομές ιδρύθηκαν σε εύρωστες περιοχές- πόλεις. Τέτοιες ήταν το νοσοκομείο Σύρου (1830) και ο «Ευαγγελισμός» στην Αθήνα (1836) (Σιγαλάς και συν, 1999).

- Δεύτερη περίοδος: 1909- 1952. Είναι η πρώτη φορά που το κράτος παρεμβαίνει στον χώρο της υγείας και ιδρύει τα πρώτα κρατικά νοσοκομεία για την παροχή γενικής και ειδικής φροντίδας στους ασθενείς. Και ενώ υπήρχε μια αισθητή βελτίωση στον υγειονομικό χώρο, εντούτοις δεν ήταν τόσο ανεβασμένο όσο εκείνο άλλων ευρωπαϊκών χωρών την ίδια εποχή. Οι μόνες νοσοκομειακές δομές στην Ελλάδα αυτής της περιόδου που παρείχαν φροντίδα πιο ανεβασμένου επιπέδου, ήταν στην πόλη της Αθήνας και συγκεκριμένα ο «Ευαγγελισμός», ο «Ερυθρός Σταυρός» και το «Πολιτικών» (Σιγαλάς και συν, 1999).

- Τρίτη περίοδος: 1953- 1982. Τότε συνέβη για πρώτη φορά η αποκέντρωση των διοικητικών- υγειονομικών υπηρεσιών. Την περίοδο αυτήν η Ελλάδα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες, ώστε η καθεμία να αναλαμβάνει τις αρμοδιότητες

παροχής των υγειονομικών υπηρεσιών. Η διαίρεση αυτήν πραγματοποιήθηκε με βάση συγκεκριμένες παραμέτρους, όπως η νοσηρότητα, ο πληθυσμός και η γεωγραφική κατανομή. Για πρώτη φορά επικρατεί μια πολύ καλύτερη οργάνωση στον χώρο της υγείας και δίνεται έμφαση στην κοινωφελή της πράξη (Σιγαλάς και συν, 1999).

- Τέταρτη περίοδος: 1983 έως σήμερα. Στη σύγχρονη πλέον εποχή, έχουμε το λεγόμενο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με συγκεκριμένους νόμους και κανόνες λειτουργίας. Στην περίοδο αυτήν αυξήθηκε κατά πολύ η προσπάθεια παροχής δημόσιων υπηρεσιών υγείας, με επάρκεια και συνέπεια, για αυτό και τα χρήματα που επενδύθηκαν στην προσπάθεια αυτήν ήταν ιδιαίτερα ανεβασμένα. Πλέον, το κράτος αποτελεί τον κύριο αρμόδιο για την οργάνωση, τη διοίκηση αλλά και τη λειτουργία των νοσοκομείων (Σιγαλάς και συν, 1999).

1.9.Ποιότητα ζωής ασθενών στα νοσοκομεία

Η ποιότητα ζωής των ασθενών στα νοσοκομεία και η ψυχική τους υγεία καθορίζεται σημαντικά από την αλληλεπίδραση αυτού με το περιβάλλον του νοσοκομείου και αποτελεί παράγοντα πολύ σημαντικό για το τελικό αποτέλεσμα που θα έχει η θεραπεία και η αντιμετώπιση της ασθένειας (Σιγαλάς και συν, 1999).

Καθοριστικοί παράγοντες και στοιχεία ενός νοσοκομείου για την ποιότητα ζωής των ασθενών είναι οι κοινωνικές της παροχές, συμπεριλαμβανομένων των παρεχόμενων υπηρεσιών, υποδομών και προνομίων. Ωστόσο, σημαντικοί παράγοντες που ασκούν επίδραση στα παραπάνω είναι και η καθημερινότητα του ασθενή καθώς και το οικογενειακό και κοινωνικό περιβάλλον το οποίο τον περιβάλλει (Σιγαλάς και συν, 1999).

Για να επιτευχθεί η βελτίωση της υγείας του ασθενή θα πρέπει εκτός από την ποιότητα των νοσοκομείων να είναι σε θετικό επίπεδο η αυτοεκτίμηση, η αυτοπεποίθηση και η πνευματική ευεξία των ασθενών (Σιγαλάς και συν, 1999).

Κεφάλαιο 2: Η αναγκαιότητα εφαρμογής της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τα οφέλη από τη βελτίωσή της

2.1. Αναγκαιότητα εφαρμογής συστημάτων Ποιότητας στην Υγεία

Η αναγκαιότητα εφαρμογής συστημάτων ποιότητας στην υγεία, με τα οποία θα καταστεί δυνατή η μέτρησή της, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση αυτής, δικαιολογείται από το γεγονός πως όταν είναι κακή και χωρίς τα θετικά στοιχεία να υπερισχύουν, καταλήγει σε δραματικές επιπτώσεις κόστους. Σε περιπτώσεις στις οποίες οι ασθενείς- πελάτες μένουν δυσαρεστημένοι από την κακή ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται, παρατηρείται έπειτα απώλεια λειτουργικότητας των επιχειρηματικών δυνάμεων (Ηλιούδη, 2013).

Συνεπώς, κάθε υπηρεσία ή σύστημα υγείας οφείλει να συμπεριλάβει τέτοιου είδους συστήματα, με τα οποία θα μετράται η παρεχόμενη ποιότητα και θα πραγματοποιούνται οι αναγκαίες βελτιώσεις στις περιπτώσεις που αυτό κρίνεται αναγκαίο. Με αυτόν τον τρόπο θα υπάρχει ένας καλύτερος τρόπος οργάνωσης στις υπηρεσίες φροντίδας, ώστε να επιτυγχάνεται τελικά η παροχή της ιδανικότερης και ασφαλέστερης υγειονομικής περίθαλψης (Ηλιούδη, 2013).

Με την εφαρμογή των συστημάτων ποιότητας της υγείας θα καταστεί, επίσης, δυνατός ο καθορισμός των λαθών που συμβαίνουν κατά την κλινική πράξη από τους επαγγελματίες υγείας και τα οποία οδηγούν πολλές φορές σε μη αναγκαία έξοδα και δαπάνες. Δεν είναι λίγες οι φορές που λανθασμένοι χειρισμοί κατά τη διάρκεια μιας εγχείρισης ή ακόμα και της πιο απλής ιατρικής ή νοσηλευτικής πράξης, οδήγησαν σε προβλήματα των οποίων η λύση απαιτούσε περαιτέρω εξετάσεις ή ιατρική φροντίδα. Στις περιπτώσεις αυτές είναι που το σύστημα ποιότητας θα αναλύσει τη λάθος αυτήν διαχείριση και θα δώσει λύσεις ώστε να μην συμβούν ξανά στο μέλλον, συμβάλλοντας στη μείωση των μη απαραίτητων δαπανών.

Επιπρόσθετα, τα συστήματα μέτρησης της ποιότητας υγείας, εκτός από την ανάδειξη και τη διόρθωση των ήδη υπαρχόντων προβλημάτων, θα ενεργεί κατάλληλα ώστε να καλύψει τις ελλείψεις που υπάρχουν. Αυτές μπορεί να αφορούν από τις ελλείψεις στο υγειονομικό προσωπικό μέχρι τις ελλείψεις στους πόρους που διαθέτει η υπηρεσία.

Και με αυτόν τον τρόπο, λοιπόν, θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας και, φυσικά, σε πιο ευχαριστημένους πελάτες- ασθενείς.

Καταλήγοντας, για να είναι επωφελής και αποτελεσματική η διαδικασία της μέτρησης και αξιολόγησης, τα συστήματα ποιότητας θα πρέπει να λειτουργούν με συγκεκριμένες παραμέτρους. Αυτά είναι απαραίτητο να καθορίζονται από τον αρμόδιο φορέα, ο οποίος όμως θα συνεργάζεται με τους επαγγελματίες της υγείας (ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό). Αυτές οι παράμετροι θα αποτελέσουν τα κριτήρια με τα οποία θα αξιολογείται η παρεχόμενη φροντίδα των υπηρεσιών, ώστε τελικά να μετράται με τρόπο αντικειμενικό η κατάσταση που επικρατεί σε κάθε υγειονομική υπηρεσία (Παπανικολάου, 2006).

2.2. Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας

Εκτός από τη βαθμολόγηση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, και τη διαρκή ανάγκη για αξιολόγηση αυτών, το ενδιαφέρον των αρμόδιων είναι ανάγκη αν διευρύνεται και να εξαπλώνεται και στη βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται. Η βελτίωση αυτήν δεν θα πρέπει να συγκρίνεται μόνο με το ήδη υπάρχον επίπεδο, αλλά είναι απαραίτητο να αποζητά στην διαρκή εξέλιξη και μεταβολή. Κάθε φορά που θα γίνεται αξιολόγηση και προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι ανάγκη να συνοδεύεται από τη θέσπιση υψηλότερων στόχων από τους ήδη υπάρχοντες και να γίνονται οι κατάλληλες ενέργειες ώστε οι στόχοι αυτοί να γίνουν πραγματικότητα (Ηλιούδη, 2013).

Για να πραγματοποιηθούν όλα τα παραπάνω, έχουν δημιουργηθεί διάφορα τμήματα-ειδικές υπηρεσίες, με τις οποίες γίνεται δυνατή η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Τέτοιου είδους τμήματα είναι (Ηλιούδη, 2013):

- Ο ποιοτικός έλεγχος
- Η διασφάλιση της ποιότητας
- Οι κύκλοι ποιότητας
- Η διοίκηση ολικής ποιότητας
- Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας
- Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής

Όλες αυτές οι έννοιες θα αναλυθούν αργότερα, για να προσδιοριστούν τόσο η έννοια όσο και η αποτελεσματικότητά τους.

2.3. Οφέλη από την ποιότητα των Δημόσιων Υπηρεσιών Υγείας

Η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας από τις υπηρεσίες υγείας αφορά τους ασθενείς και τις οικογένειές τους, αλλά και όλο το υγειονομικό και διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου, δηλαδή τους ιατρούς, τους νοσηλευτές, τα άτομα του διοικητικού προσωπικού κτλ. Επίσης, σημαντικό είναι ο αντίκτυπος της ποιότητας των δημόσιων υπηρεσιών υγείας και στο κράτος, αφού αυτός είναι ο βασικός φορέας που επωμίζεται την ευθύνη παροχής ποιοτικών υπηρεσιών παροχής φροντίδας για τη δημόσια υγεία. Συχνά, παρατηρείται αλληλοσύγκρουση μεταξύ για παράδειγμα των ασθενών και των ιατρών. Δηλαδή, υπάρχει περίπτωση ενώ ο ασθενής έχει σχηματίσει μια καλή και θετική γνώμη για την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που του παρείχαν στο δημόσιο νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκε, αντίθετα, οι ιατροί ή το νοσηλευτικό προσωπικό να αντιλήφθηκαν πως υπήρξε κάποια άσκοπη και λάθος διαχείριση στη θεραπεία του ασθενή, με αποτέλεσμα να χαθούν πόροι του συστήματος, οι οποίοι δεν μπορούν να αναπληρωθούν άμεσα (Ηλιόπουλος, 2019).

Το γεγονός πως στη σύγχρονη εποχή δίνεται μεγάλη έμφαση και προσοχή στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, τόσο στην ύπαρξη αυτής όσο και στη βελτίωσή της, συνέβαλε ιδιαίτερα θετικά σε διάφορους τομείς της ανθρώπινης ζωής, όπως ο κοινωνικός, ο οικονομικός και φυσικά ο υγειονομικός (Αλεξιάδης και συν., 1999). Αναλυτικότερα, για κάθε τομέα ξεχωριστά τα οφέλη είναι τα ακόλουθα:

- Οφέλη για τον ίδιο τον ασθενή

  Υγειονομικά -> η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας εξασφαλίζει την έγκαιρη διάγνωση του ασθενή, την υποβολή στην όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερη θεραπεία προκειμένου να αντιμετωπιστεί πλήρως και έγκαιρα το πρόβλημά του, αλλά και την προστασία και την αποτροπή ενδεχόμενων επιπλοκών που ίσως θα προκύπταν στο μέλλον, ως αποτέλεσμα κάποιου λάθους χειρισμού ή καθυστέρησης στην παροχή της απαιτούμενης φροντίδας.

  Ψυχολογικά -> παρέχοντας την απαιτούμενη φροντίδα, η οποία θα περιλαμβάνει μεταξύ των άλλων την έγκαιρη παροχή υπηρεσιών και την αίσθηση στον ασθενή πως ανά πάσα στιγμή δύναται να ζητήσει τη βοήθεια από κάποιο μέλος του υγειονομικού προσωπικού και να τη λάβει, ο ασθενής διακατέχεται από ηρεμία και καλή ψυχολογική διάθεση. Η καλή ψυχολογική διάθεση αποτελεί καθοριστικό

παράγοντα στην εξέλιξη της κατάστασης του ασθενή και προϋπόθεση για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας και την αντιμετώπιση του προβλήματος. Επίσης, η εξασφάλιση της ποιότητας που συνεπάγεται τη χρήση των κατάλληλων και απαραίτητων μεθόδων για την όσο το δυνατόν γρηγορότερη αντιμετώπιση του προβλήματος, σημαίνει την μείωση του χρόνου νοσηλείας του ασθενή, που είναι αδιαμφισβήτητα ιδιαίτερα θετικό στοιχείο τόσο για τον ίδιο τον ασθενή και την ψυχολογία του, όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο, αφού έτσι θα δοθεί η δυνατότητα παροχής φροντίδας σε περισσότερους ασθενείς.

Οικονομικά -> ο μικρότερος χρόνος παραμονής για νοσηλεία, που αναφέρθηκε προηγουμένως, έχει ως συνέπεια τη χαμηλότερη οικονομική επιβάρυνση για τους ασθενείς, αφού διαμένουν για μικρότερο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο, άρα χρησιμοποιούν λιγότερους πόρους. Επίσης, στο κομμάτι των πόρων που χρησιμοποιούνται για τη θεραπεία τους σημαντικό είναι να αναφερθεί πως ένας από τους στόχους της ποιότητας στην υγεία είναι η θεραπεία του ασθενή μέσω των λιγότερων δυνατών πόρων, άρα και αυτός είναι ένας παράγοντας που συμβάλλει στην χαμηλότερη οικονομική επιβάρυνση των ασθενών (Gaucher& Coffey, 1993).

- Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Οικονομικά -> η γρηγορότερη αντιμετώπιση του προβλήματος που συνεπάγεται τον μικρότερο χρόνο νοσηλείας του ασθενή, συμβάλλει σε λιγότερα έξοδα που σχετίζονται με το λειτουργικό κόστος του νοσοκομείου. Έτσι, εξασφαλίζεται η εξοικονόμηση περισσότερων πόρων που είναι δυνατόν να διατεθούν στους επαγγελματίες υγείας, για τη διεξαγωγή περισσότερων ερευνών, τη βελτίωση των νοσοκομειακών εγκαταστάσεων και διάφορων άλλων επενδύσεων που σχετίζονται με την ευημερία του υγειονομικού προσωπικού.

Λειτουργικά -> χρησιμοποίηση της μονάδας για μικρότερο χρονικό διάστημα

Φήμη και αναγνώριση

- Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

Υγειονομικά -> οι ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι θεραπεύονται γρηγορότερα και με μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα

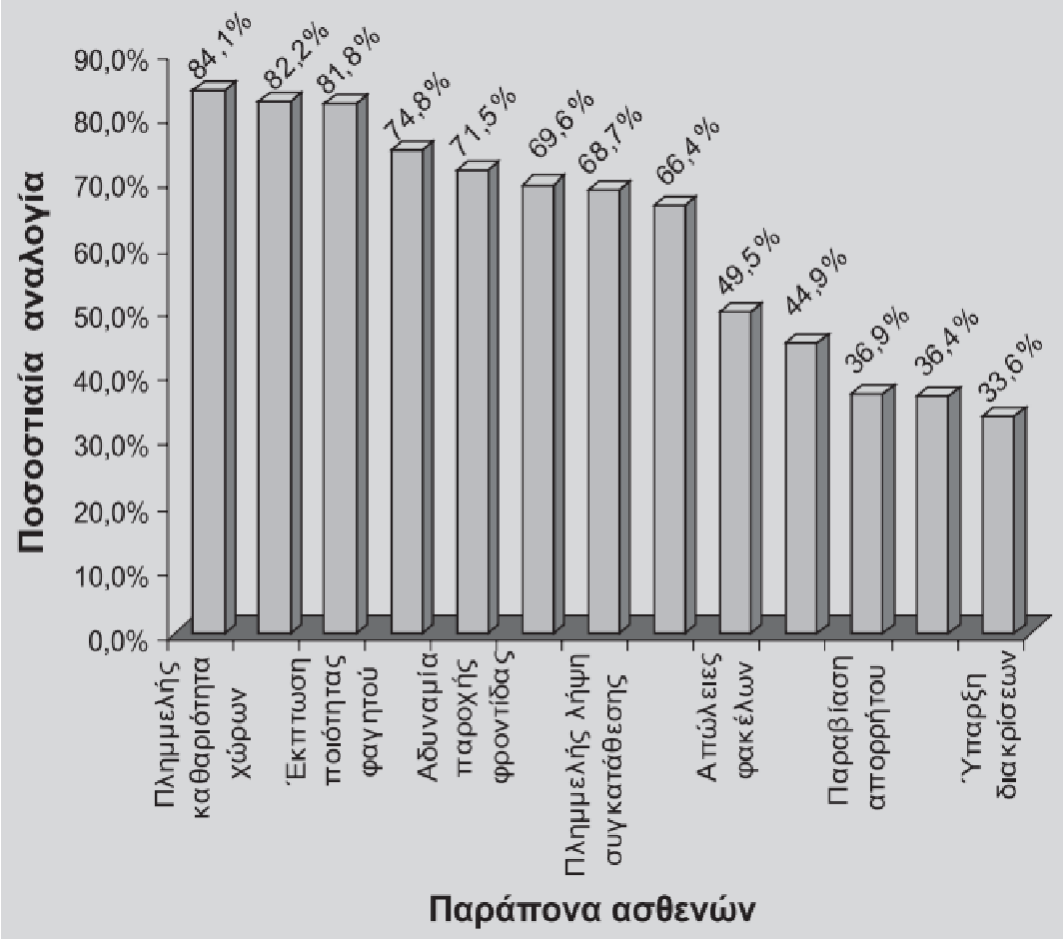
Οικονομικά -> οι δαπάνες που καταβάλλουν τα ασφαλιστικά ταμεία είναι μειωμένες, αφού πλέον χρησιμοποιούνται λιγότεροι πόροι για τη θεραπεία του κάθε ασθενή και επιπρόσθετα ο χρόνος νοσηλείας τους είναι ελαττωμένος.
Κοινωνικά -> οι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση και νιώθουν περισσότερη ασφάλεια, γνωρίζοντας που εξασφαλίζεται η βέλτιστη ποιότητα για την υγεία τους, συνεπώς εκτελούν αποτελεσματικότερα τον κοινωνικό τους ρόλο.

- Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο

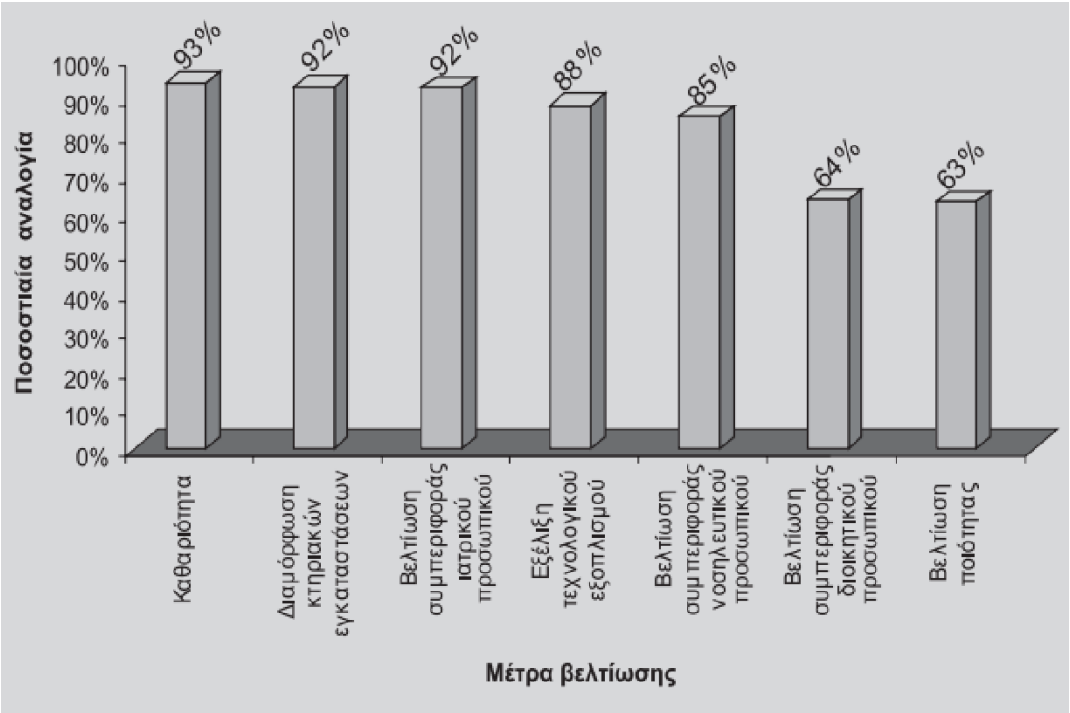
Οικονομικά -> ο χρόνος νοσηλείας και οι απαραίτητοι πόροι ελαττώνονται, συνεπώς ελάττωση παρατηρείται και στα έξοδα και τις δαπάνες που καταβάλλονται από το κράτος και τους πολίτες. Έτσι, το ανθρώπινο δυναμικό είναι πιο παραγωγικό στις καθημερινές του δραστηριότητες και τον επαγγελματικό τομέα, με μια γενικότερη αύξηση της παραγωγικότητας στο κοινωνικό σύνολο.
Υγειονομικά -> οι υπηρεσίες υγείας είναι πιο αποτελεσματικές όταν λειτουργούν σε ποιοτικά περιβάλλοντα, χάρη στη μείωση του χρόνου νοσηλείας που συνεπάγεται άμεσα την ικανοποίηση των ασθενών και την καλύτερη συνεργασία με αυτούς.
Ανάπτυξη της συνοχής της κοινωνίας -> ο απλός πολίτης νιώθει ασφάλεια και γνωρίζει πως τα υγειονομικά κέντρα μπορούν να διασφαλίζουν την καλή κατάσταση της υγείας του, χωρίς υπερβολικά έξοδα ή νοσηλεία σε αρνητικά περιβάλλοντα.
Ενίσχυση της εικόνας του κράτους -> τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο.

2.4. Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στον χώρο του νοσοκομείου

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στον χώρο του νοσοκομείου έχει άμεσο αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών. Για να βελτιωθεί θα πρέπει οι αρμόδιοι να προσδιορίσουν μέσω των απόψεων και αντιλήψεων των ίδιων των ασθενών τι ακριβώς δε λειτουργεί σωστά και πως αυτό μπορεί να γίνει καλύτερο. Σε έρευνα της Καλογεροπούλου (2011), συμμετείχαν 3οο ασθενείς από 6 νοσοκομεία της Αθήνας, τα οποία επιλέχθηκαν τυχαία, προκειμένου να καθοριστούν τα κενά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και της τελικής αποτελεσματικότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών.



Εικόνα 7: Παράπονα των ασθενών στην έρευνα της Καλογεροπούλου (2011)



Εικόνα 8: Μέτρα βελτίωσης για να μειωθούν τα παράπονα των ασθενών στην έρευνα της Καλογεροπούλου (2011)

Σχετικά με τα παράπονα των ασθενών, φαίνεται πως σε ιδιαίτερα υψηλό ποσοστό, τα νοσοκομεία δεν παρείχαν αρκετά καθαρούς χώρους. Επίσης, πολλά άτομα παραπονέθηκαν για χαμηλή ποιότητα του φαγητού που τους παρείχαν, ενώ άλλοι θεώρησαν ανεπαρκή την ποιότητα και ποσότητα φροντίδας που τους παρείχε το νοσοκομείο. Σε αρκετά υψηλό ποσοστό, ακόμη, ήταν οι ασθενείς οι οποίοι δεν έδωσαν τη συγκατάθεσή τους για τις δοκιμασίες και της μεθόδους θεραπείας στις οποίες υποβλήθηκαν, γεγονός ιδιαίτερα σοβαρό αν αναλογιστεί κανείς τα δικαιώματα και τη διασφάλιση αυτών για τον ανθρώπινο πληθυσμό. Σε αυτό έρχεται να προστεθεί και η ανεπάρκεια και απώλεια των ιατρικών φακέλων των ασθενών, η παραβίαση του απορρήτου και η ύπαρξη διακρίσεων μεταξύ των ασθενών που υπονόμευσαν επίσης πολλά από τα δικαιώματα των ασθενών (Καλογεροπούλου, 2011).

Από όλα τα παραπάνω, εύκολα συμπεραίνεται πως χρήζουν άμεσης βελτίωσης οι παρακάτω τομείς (Καλογεροπούλου, 2011):

- Καθαριότητα το νοσοκομείου

- Η διαμόρφωση επιπλέον κτηριακών εγκαταστάσεων για την νοσηλεία μεγαλύτερου αριθμού ασθενών και με τρόπο τέτοιον ώστε να μην παρατείνεται άσκοπα η παραμονή τους στους χώρους αναμονής λόγω κατάληψης των διαθέσιμων θαλάμων
- Η βελτίωση της συμπεριφοράς του ιατρικού προσωπικού και η αντιμετώπιση των ασθενών με περισσότερο σεβασμό και ευγένεια, παρά το πιεστικό περιβάλλον που είναι πιθανό να επικρατεί στο νοσοκομείο
- Η εξέλιξη του τεχνολογικού εξοπλισμού για την καλύτερη φροντίδα των ασθενών και την πιο έγκαιρη και αποτελεσματική θεραπεία τους
- Η βελτίωση της συμπεριφοράς του νοσηλευτικού προσωπικού ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια αναμονής των ασθενών στους διαδρόμους των νοσοκομείων. Είναι ανάγκη το υγειονομικό προσωπικό να σέβεται την κατάσταση του κάθε ασθενή, που ανησυχεί και είναι νευρικός και ανυπόμονος μέχρι να εξυπηρετηθεί
- Η βελτίωση της συμπεριφοράς του διοικητικού προσωπικού και η εξήγηση στους ασθενείς με ευγενικό τρόπο της διαδικασίας που πρέπει να ακολουθηθεί μέχρι να συναντήσουν τον γιατρό τους, που ίσως αποβεί ιδιαίτερα χρονοβόρα.

2.5. Δομικά μέρη της νοσοκομειακής βελτίωσης της ποιότητας

Η βελτίωση της ποιότητας στους χώρους του νοσοκομείου, οδηγεί σε σημαντικά οφέλη, όπως (Κίτση, 2019):

- Η μείωση του κόστους για την παροχή φροντίδας. Για να γίνει αυτό, είναι ανάγκη κατά την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο να γίνεται όσο πιο γρήγορα και άμεσα, η διάγνωσή του και να ξεκινήσει η εκτέλεση της θεραπείας. Έτσι, οι ασθενείς παραμένουν για μικρότερο χρονικό διάστημα εντός του νοσοκομείου με συνέπεια την ελάττωση της κατανάλωσης των πόρων που είναι απαραίτητοι για την φροντίδα τους. Επίσης, χρειάζεται μικρότερος αριθμός ατόμων προκειμένου να θεραπευτούν, και έτσι ελαττώνεται το λειτουργικό κόστος των υπηρεσιών. Τέλος, τα χρήματα που δεν ξοδεύονται θα μπορούσαν να χρησιμοποιηθούν είτε για τη χρηματοδότηση κάποιας έρευνας, είτε για την αναβάθμιση του εξοπλισμού του νοσοκομείου εάν αυτό κρίνεται απαραίτητο, είτε ακόμη ως επιπλέον χρηματοδότηση του υγειονομικού προσωπικού, ώστε να αυξηθούν τα κίνητρά τους και να ανταμειφθούν οι κόποι τους.
- Η αύξηση της φήμης του νοσοκομείου. Εάν το νοσοκομείο λειτουργεί σωστά, προσφέροντας υψηλή ποιότητα υγειονομικών υπηρεσιών στους ασθενείς και χρησιμοποιώντας τους άκρως απαραίτητους πόρους, αυτόματα αυξάνεται η φήμη και διαδίδεται το όνομά του ως ένα παράδειγμα προς μίμηση για τις υπόλοιπες υπηρεσίες. Αυτόματα, το νοσοκομείο αποκτά πολύ καλή φήμη, οι μεγάλες εταιρείες και το κράτος επιθυμούν να το αναδείξουν ακόμη περισσότερο, χρηματοδοτώντας μεγαλύτερο αριθμό ερευνών, ενώ και οι ίδιοι οι πολίτες προτιμούν το συγκεκριμένο κέντρο για τη νοσηλεία τους. Έτσι, αυξάνονται και τα έσοδα του νοσοκομείου ενώ παράλληλα αποκτούν καλή φήμη και τα άτομα του υγειονομικού προσωπικού που εργάζονται σε αυτό, γεγονός που τους δίνει τη δυνατότητα περισσότερων ευκαιριών για συμμετοχή και διορισμό σε μεγαλύτερης φήμης νοσοκομεία, εντός και εκτός Ελλάδας στο μέλλον.

Κεφάλαιο 3: Μέθοδοι βελτίωσης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και το κόστος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

3.1. Ποιοτικός έλεγχος

Ο ποιοτικός έλεγχος αποτελεί μια από τις διαδικασίες αξιολόγησης της ποιότητας της υγείας στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Στόχος του ποιοτικού ελέγχου είναι να εντοπιστούν διάφορα σφάλματα και αδύναμα σημεία του συστήματος που παρέχει φροντίδα και να πραγματοποιηθούν οι κατάλληλες ενέργειες με τις οποίες θα επέλθει βελτίωση αυτής της κατάστασης. Επίσης, εκτός από τη βελτίωση των ήδη υπαρχουσών προβλημάτων, ο ποιοτικός έλεγχος θα πρέπει να διασφαλίζει πως δεν θα υπάρχουν τέτοια προβλήματα στο μέλλον (Σιγαλάς, 1999).

Οι ενέργειες- αρμοδιότητες του ποιοτικού ελέγχου περιλαμβάνουν (Ηλιούδη, 2013):

- Την αξιολόγηση της επαρκούς ποσότητας και ποιότητας των δομών που παρέχονται και χρησιμοποιούνται, των διάφορων μεθόδων που ακολουθούνται καθώς και του απότοκου της παροχής όλων αυτών, στη φροντίδα και θεραπεία του ασθενή
- Τη λήψη αποφάσεων ώστε να επέλθουν οι κατάλληλες αλλαγές σε όσους τομείς χρειάζεται, το είδος των αλλαγών αυτών προκειμένου να υπάρξει όσο το δυνατόν πιο θετικό και επωφελές αποτέλεσμα.

Για να είναι δυνατή η ορθή και αποτελεσματική λειτουργία του ποιοτικού ελέγχου, είναι απαραίτητο να ακολουθεί ορισμένα αρχεία ελέγχων. Σε κάθε περίπτωση θα πρέπει να σημειωθεί ότι ακόμα και μετά τη λήψη αποφάσεων και την επιβολή ορισμένων αλλαγών, εντούτοις είναι πιθανό η παρουσία ενός ή περισσότερων ασθενών να προκαλέσει ερωτήματα και την ανάγκη για νέες αλλαγές και τροποποιήσεις (Ηλιούδη, 2013).

Προκειμένου, όμως, να μπορέσουν να αξιολογηθούν οι ήδη παρεχόμενες υπηρεσίες και να καθοριστεί η ποιότητά τους, είναι ανάγκη να έχουν καθοριστεί αρχικά ορισμένα κριτήρια και προδιαγραφές που θα αποτελούν το ιδεατό, το επίπεδο εκείνο

δηλαδή το οποίο θα πρέπει να επιδιώκεται από τους παροχούς φροντίδας. Ωστόσο, το υψηλό επίπεδο υποκειμενικότητας σχετικά με την άποψη των ασθενών που παρουσιάζεται στις υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, καθιστά ιδιαίτερα δύσκολο τον καθορισμό των παραπάνω κριτηρίων (Αλεξιάδης και συν., 2003). Όπως και να 'χει, παρά τις δυσκολίες ο έλεγχος της ποιότητας στα συστήματα που παρέχουν υγειονομικές υπηρεσίες, είναι αναγκαίος και χωρίζεται σε 2 συμπληρωματικές δραστηριότητες (Ηλιούδη, 2013):

Α) τον Εσωτερικό Ποιοτικό Έλεγχο (Internal Quality Control): είναι ο φορέας που ελέγχει τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στον εσωτερικό χώρο του νοσοκομείου. Σκοπός του είναι να παρακολουθεί διαρκώς τις παραπάνω διαδικασίες, να τις αξιολογεί και να ελέγχει την αποτελεσματικότητά τους, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται η ποιότητά τους. Για να γίνει κάτι τέτοιο και να καταστεί δυνατή και η βελτίωση και αποφυγή των σφαλμάτων, η διαδικασία θα πρέπει να είναι λεπτομερής και να μην παραβλέπει καμία εξέταση. Με την αξιολόγηση όλων των παρεχόμενων δειγμάτων, καθώς και με τη διενέργεια διπλών ελέγχων, και τον μη περιορισμό του τελικού αποτελέσματος θα επέλθει και ο καταλληλότερος ποιοτικός έλεγχος στις εσωτερικές υπηρεσίες.

Β) τον Εξωτερικό Ποιοτικό Έλεγχο (External Quality Assessment): περιλαμβάνει τον έλεγχο άλλων εργαστηρίων που δεν περιλαμβάνονται στο εσωτερικό του νοσοκομείου. Αυτά μπορεί να περιλαμβάνουν πέρα από τα εθνικά και διεθνή εργαστήρια τα οποία προσφέρουν τα δεδομένα τους σε κάποιο νοσοκομείο. Με τον Εξωτερικό Ποιοτικό Έλεγχο θα είναι δυνατή η σύγκριση τω αποτελεσμάτων των εργαστηρίων στο εσωτερικό με αυτά των εξωτερικών, ώστε να βελτιωθεί για ακόμη μια φορά η ποιότητα.

3.2. Η διασφάλιση της ποιότητας

Η διασφάλιση της ποιότητας αποτελεί έναν όρο που περιλαμβάνει όλες εκείνες τις διαδικασίες και τις μεθόδους, οι οποίες συνδυάζονται και προγραμματίζονται κατάλληλα, με απώτερο σκοπό την εξασφάλιση ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, με βάση συγκεκριμένα κριτήρια και προδιαγραφές (Τσότρας, 2002).

Αρχικά, οι υπεύθυνοι του συστήματος παροχής φροντίδας καθορίζουν τους στόχους που επιθυμούν να πετύχουν για την αναβάθμιση της ποιότητας και έπειτα ξεκινούν να ενεργούν με τον κατάλληλο τρόπο προκειμένου η παραπάνω τους επιθυμία να γίνει πραγματικότητα. Σε αυτό το στάδιο, υπάρχει μια διαφοροποίηση από τη μέθοδο του ποιοτικού ελέγχου. Συγκεκριμένα, όταν χρησιμοποιείται η τεχνική διασφάλισης της ποιότητας, οι ενέργειες δεν επικεντρώνονται στα αίτια που προκάλεσαν το πρόβλημα, αλλά για την αντιμετώπιση της κατάστασης, ακολουθούνται ορισμένα βήματα από την πλευρά του φορέα με βάση διεθνή πρότυπα. Ένα τέτοιο παράδειγμα διεθνών προτύπων είναι αυτό του Διεθνή Οργανισμού Τυποποίησης (Ηλιούδη, 2013).

Επομένως, με τη διασφάλιση της ποιότητας το τελικό προϊόν συμπίπτει και καθορίζεται από τις ανάγκες και τις επιθυμίες του ασθενή, και δεν είναι τόσο απρόσωπο όσο ο ποιοτικός έλεγχος, που βασίζεται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές (Σιγαλάς, 1999). Από όλα τα παραπάνω διαπιστώνεται πως στη διασφάλιση της ποιότητας προκύπτουν πιο λεπτομερή αποτελέσματα, και αποτελεί μια διαδικασία που ξεκινά από τη στιγμή κατά την οποία επιλέγεται η καταλληλότερη μορφή εξέτασης για το ασθενή, με πέρας τη στιγμή της ορθής διάγνωσης/ αξιολόγησης της εξέτασης. Απώτερος σκοπός και εδώ είναι η εκτέλεση όλων των ενεργειών με τέτοιον τρόπο, ώστε να διασφαλιστεί το όφελος και οι επιθυμίες του ασθενή (Ηλιούδη, 2013).

3.3. Αξιολόγηση της ποιότητας

Προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα στις υπηρεσίες της υγείας θα πρέπει να γίνει μια διαδικασία, σύμφωνα με τα παρακάτω σχήματα, από την έρευνα του Κατζουράκη (2013).

Αποδοτικότητα συστήματος

Εκροές του συστήματος

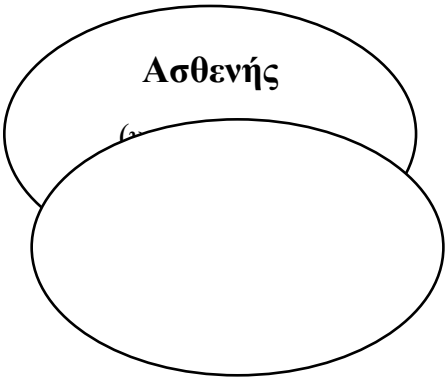
Πόροι συστήματος
Εργαστηριακές εξετάσεις
Ιατρικές εξετάσεις
Εισαγωγικές- νοσηλεία
Ειδικές υπηρεσίες (ΜΕΘ, ΜΤΝ, ΜΕΝ κ. ά.)

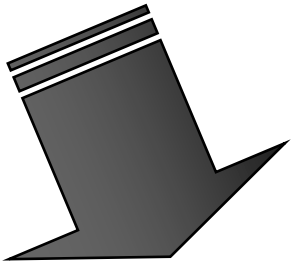
Ανθρώπινο δυναμικό
Τεχνολογία
Υποδομές
Οικονομικοί πόροι
Άυλοι πόροι (ικανότητες)

Διαδικασία μετασχηματισμού πόρων- διανομής της υπηρεσίας

Αποτέλεσμα του συστήματος
Βελτίωση της υγείας

Φυσική δραστηριότητα
Φυσικός ρόλος
Κοινωνικός ρόλος
Συναισθηματικός ρόλος
Αποφυγή θανάτου
Αποφυγή ή μείωση ρυθμού επαναεισαγωγής





Απόδοση ποιότητας υπηρεσίας και αποτελέσματος	
Τεχνολογία	Αξιοπιστία
Φροντίδα	Επικοινωνία
Ασφάλεια	Συνθήκες
Ανταπόκριση	Υποδομές

3.4. Δείκτες ποιότητας

Οι δείκτες ποιότητας αποτελούν ορισμένα στοιχεία, με τα οποία καθορίζεται πιο ολοκληρωμένα η εικόνα της ποιότητας μιας υπηρεσίας φροντίδας. Για να γίνει αυτό ο καθορισμός, συγκρίνονται ορισμένες παράμετροι της συγκεκριμένης υπηρεσίας, τόσο με άλλες που εντάσσονται στην ίδια κατηγορία, όσο και με τα πρότυπα λειτουργίας που είναι ήδη καθορισμένα από του αρμόδιους φορείς. Με αυτόν τον τρόπο, εντοπίζονται με περισσότερη ευκολία και μεγαλύτερη ακρίβεια, τόσο τα θετικά όσο και τα αρνητικά στοιχεία της ποιότητας μιας υπηρεσίας, συνεπώς πραγματοποιείται και πιο ορθή βελτίωση της ποιότητας και αποτροπή από παρόμοια σφάλματα στο μέλλον. Σχετικά με τους δείκτες ποιότητας, αυτοί διακρίνονται σε 3 κατηγορίες, οι οποίες είναι (Βλάχου, 2017):

Α) Οι δείκτες δομής, που αφορούν στις εγκαταστάσεις και στη στελέχωση. Αναλυτικότερα σε αυτήν την κατηγορία περιλαμβάνονται:

- Η διασφάλιση της καταλληλότητας των εγκαταστάσεων. Αναλυτικότερα, σε αυτήν την υποκατηγορία ανήκουν αρμοδιότητες και παράμετροι, όπως η εξασφάλιση επαρκούς έκτασης του νοσοκομείου, τόσο στον εσωτερικό όσο και στον εξωτερικό χώρο, πχ για τον χώρο παρκαρίσματος των αυτοκινήτων. Επίσης, ανήκουν η εξασφάλιση της υγιεινής και της ασφάλειας όλων των χώρων, η προσβασιμότητα σε αυτές, καθώς και η αισθητική των χώρων, προκειμένου η διαμονή των ασθενών να είναι πιο ευχάριστη.
- Η τήρηση των προδιαγραφών που έχουν καθοριστεί και η εξασφάλιση ότι ο ιατρικός και τεχνολογικός εξοπλισμός ανταποκρίνεται στον αριθμό των ασθενών στους οποίους παρέχεται φροντίδα.

- Η εκπαίδευση του προσωπικού, με συνέχεια και ξεκινώντας από τις βασικές γνώσεις. Στη συνέχεια, θα ήταν ιδιαίτερα εποικοδομητικό η υπηρεσία υγείας να δίνει τη δυνατότητα στο προσωπικό της να παρακολουθεί διάφορα σεμινάρια και άλλες διοργανώσεις, ώστε να αποκτά σιγά σιγά και πιο εξειδικευμένες γνώσεις. Απώτερος σκοπός όλων αυτών είναι η αποφυγή τυχών μελλοντικών σφαλμάτων.
- Ο διαχωρισμός σε τμήματα, η διεύθυνση αυτών και ο καθορισμός συστημάτων αμοιβών.
- Ο καθορισμός της αναλογίας μεταξύ ασθενών και των ατόμων του προσωπικού που επωμίζονται την φροντίδα τους ανά έτος, προκειμένου να εξασφαλιστεί η επάρκεια του προσωπικού.

Ωστόσο, αν και όλα τα παραπάνω αποτελούν απαραίτητες ενέργειες όλων των συστημάτων παροχής φροντίδας, εντούτοις από μόνες τους δεν είναι δυνατόν να εξασφαλίσουν πως τα αποτελέσματα θα είναι τα ιδανικά και επιθυμητά.

Β) Οι δείκτες διαδικασιών, που αποτελούν:

- Τη χρονική διάρκεια που ένα μηχάνημα έχει σταματήσει να λειτουργεί ή δε λειτουργεί σωστά, για κάθε χρόνο.
- Το χρόνο αναμονής των ασθενών, από τη στιγμή που έχουν προσέλθει στο νοσοκομείο ή την υπηρεσία υγείας μέχρι τη στιγμή που θα εξυπηρετηθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό.
- Την ακρίβεια και πληρότητα των στοιχείων που φέρει η κάρτα και ο ιατρικός φάκελος του ασθενή.
- Ο ακριβής αριθμός που εκτέλεσαν συγκεκριμένες διαγνωστικές εξετάσεις, το είδος αυτών καθώς και ο αριθμός των ασθενών που εκτέλεσαν τα διάφορα είδη θεραπειών, κάθε ώρα.
- Η εφαρμογή της διασφάλισης ποιότητας, σύμφωνα με τις οδηγίες και κατευθύνσεις του επίσημου προγράμματος (quality assurance).

Σε αυτήν την κατηγορία, παρά της μεγάλης σημασίας και αποδοτικότητας που μπορεί να προσφέρει, εντούτοις χρειάζεται μεγάλη προσοχή κατά την καταγραφή των δεδομένων. Ένα πιθανό σφάλμα κατά τη μέτρηση θα οδηγήσει σε εσφαλμένα συμπεράσματα, άρα και μη ορθή αξιολόγηση της ποιότητας.

Γ) Οι δείκτες αποτελέσματος, δηλαδή:

- Τα ποσοστά των ασθενών που επιβιώνουν σε κάθε κατηγορία ασθένειας- πάθησης.
- Το χρονικό διάστημα που ο ασθενής δεν πάσχει από τη νόσο καθώς και εκείνο που είναι ασφαλής- χωρίς υποτροπές.
- Η τοξικότητα που μπορεί να εμφανίζεται σε πρώιμη ή όψιμη φάση.
- Μετρήσεις και δείκτες που αφορούν τα επίπεδα της ποιότητας ζωής των ασθενών αλλά και την ικανοποίησή τους. Αυτές οι μετρήσεις και τα αποτελέσματα προκύπτουν από τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων καθώς και από τη διενέργεια διαφόρων συνεντεύξεων στους ασθενείς.

Σε αυτήν την κατηγορία των δεικτών, πρέπει να λαμβάνονται υπόψιν και διάφοροι άλλοι παράγοντες, εκτός της περιοχής παροχής φροντίδας που είναι πιθανό να επηρεάζουν τα παραπάνω αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση των ασθενών ή η ποιότητα ζωής τους, επηρεάζεται και από την ηλικία, το επάγγελμα, ακόμα και από παλιότερες εμπειρίες που έχει βιώσει ο ασθενής. Αν, δηλαδή, ο ασθενής έχει βιώσει μια αρνητική εμπειρία στη διάρκεια μιας προηγούμενης θεραπείας σε άλλο κέντρο υγείας, ακόμη και αν η ποιότητα εκείνου το οποίο καλείται να αξιολογήσει δεν είναι η ιδανική, θα την αξιολογήσει ως υψηλής, από τη στιγμή που ο ίδιος νιώθει πως τώρα εξυπηρετήθηκε καλύτερα. Αντίστοιχα, είναι πιθανό να συμβεί και το αντίστροφο, αν η παροχή φροντίδας που έλαβε ο ασθενής στο παρελθόν ήταν κοντά στο ιδανικό, ενώ η νέα είχε έστω και ένα ελάττωμα, που προκάλεσε τη δυσαρέσκεια του ασθενή.

Σύμφωνα με την Βλάχου (2017), τα κριτήρια επιλογής των δεικτών είναι τα ακόλουθα:

Ευαισθησία
Χρησιμότητα
Εγκυρότητα
Αξιοπιστία
Δυνατότητα σύγκρισης
Ανταποκρισιμότητα
Κριτηρια επιλογής δεικτών

3.5. Διαστάσεις της ποιότητας

Σε κάθε περίπτωση, σύμφωνα με τον Donabedian (1980), ο οποίος θεωρείται ο θεμελιωτής σε θέματα προσδιορισμού εννοιών στον υγειονομικό χώρο, και ιδιαίτερα σε ό, τι έχει να κάνει με την ποιότητα αυτού, τρεις είναι οι διαστάσεις που θα την καθορίσουν, οι οποίες είναι:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Εδώ συγκαταλέγονται όλες οι εφαρμοζόμενες τεχνολογικές και επιστημονικές γνώσεις- τεχνικές, με σκοπό την διασφάλιση της βέλτιστης ποιότητας ζωής του ασθενή.
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Σημαντικότατο στοιχείο της θεραπευτικής διαδικασίας του κάθε ασθενή αποτελεί η διασφάλιση της καλής ψυχολογικής και συναισθηματικής του κατάστασης. Αυτήν καθορίζεται από τον τρόπο αντιμετώπισής τους από τους ιατρούς και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας, αλλά και από τον τρόπο με τον οποίο αυτοί συμπεριφέρονται. Κάθε επαγγελματίας υγείας οφείλει να συμπεριφέρεται με βάση τον κώδικα δεοντολογίας και ηθικής, με σεβασμό προς τις αξίες και τα ιδανικά του εκάστοτε ασθενή, καθώς και των προσδοκιών και των αναγκών τους.
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Σε αυτό το μέρος συμπεριλαμβάνονται ο χώρος του νοσοκομείου (ή γενικότερα του κέντρου παροχής φροντίδας), το περιβάλλον αλλά και οι συνθήκες στις οποίες παρέχονται οι υπηρεσίες φροντίδας, διαμονής στους θαλάμους νοσηλείας και τις ανέσεις προς τους ασθενείς.

Επίσης, άλλες δύο διαστάσεις καθοριστικές για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, σύμφωνα με τον Donabedian (1980), αποτελούν:

- Η ποσότητα της Ιατρικής Φροντίδας και η ποιότητα. Αναφέρεται στη σύνδεση μεταξύ ποιότητας και ποσότητας, πρώτον σχετικά με την ποσοτική ανεπάρκεια των παρεχόμενων υπηρεσιών και δεύτερον στις περιττές πράξεις, χωρίς όφελος και αποτέλεσμα.
- Το οικονομικό Κόστος της ποιότητας. Αυτήν η διάσταση επικεντρώνεται στο γεγονός πως οι επαρκείς οικονομικοί πόροι αποτελούν αναγκαία συνθήκη προκειμένου να είναι δυνατή η ποιότητα. Βέβαια, για να επιτευχθεί ταυτόχρονα και η μείωση του κόστους παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, εξίσου αναγκαία είναι και η κατάλληλη επένδυση, η οποία θα συμβάλλει στον περιορισμό των

ανώφελων και περιττών εξόδων και ταυτόχρονα την ενίσχυση των όσο το δυνατόν αποτελεσματικότερων πράξεων.

Σε κάθε περίπτωση, ο ασθενής- πελάτης είναι αυτός που θα καθορίσει και θα αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Ηλιούδη, 2013).

3.6. Παρακολούθηση και Προαγωγή της Ποιότητας

Για την παρακολούθηση και την προαγωγή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, δραστηριοποιούνται οι επόμενοι «φορείς»:

- Κύκλοι ποιότητας.

Οι κύκλοι ποιότητας εκτός από την βελτίωση της αποδοτικότητας των οργανισμών παροχής φροντίδας, στοχεύουν, επίσης, στην παροχή των κατάλληλων κινήτρων με σκοπό οι εργαζόμενοι να προβούν σε εμπλουτισμό της εργασιακής τους ζωής. Οι κύκλοι ποιότητας, αποτελούν μικρές ομάδες ατόμων (5-15), του ίδιου εργασιακού χώρου, κυρίως, οι οποίοι συναντιούνται για να συζητήσουν και να προβούν στις απαραίτητες ενέργειες, σχετικά με το πώς θα βελτιωθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που παράγονται, αν οι συνθήκες εργασίας και παραγωγής είναι ασφαλείς, πώς θα μειωθεί το κόστος παραγωγής καθώς και πώς θα είναι δυνατή η βελτίωση της διαδικασίας παραγωγής και της επικοινωνίας ανάμεσα στη διοίκηση και τους ανθρώπους που εργάζονται στην υπηρεσία υγείας (Ishikawa et al., 1985).

Μόλις βρεθεί η τελική λύση στο πρόβλημα, ο κύκλος ποιότητας θα σταματήσει να λειτουργεί. Για την επίλυση άλλων προβλημάτων που μπορεί να προκύψουν, σχηματίζεται ένας νέος κύκλος των ίδιων ή διαφορετικών ανθρώπων. Ο κύκλος ποιότητας μπορεί να προκαλέσει το μεγαλύτερο ενδιαφέρον των ανθρώπων και ίσως να επηρεάσει τη λήψη αποφάσεων από τη διοίκηση του οργανισμού, να μειώσει το κόστος και να αυξήσει την παραγωγικότητα. Από την άλλη πλευρά, σχετίζεται με υπερβολική προσωπική ζήτηση ή πολύ υψηλό κύκλο ποιότητας και ανεπαρκή διαχείριση υποστήριξη για το σχέδιο. Το πρόβλημα. Ομαδική συμμετοχή σε συνδικαλιστικές υποθέσεις και έλλειψη συνεργασίας με μεσαία στελέχη (Τούντας, 2003).

Συγκεκριμένα, υπάρχουν δύο τύποι κύκλων ποιότητας. Ο πρώτος κύκλος περιλαμβάνει τους τρόπους με τους οποίους διαχειρίζεται η ποιότητα. Σε αυτήν την περίπτωση, η διαδικασία ξεκινά με την ανάλυση του περιβάλλοντος, δηλαδή της ροής τη ποιότητας ή της έρευνας αγοράς και έπειτα καθορίζονται τα πρότυπα, αφού έχουν επιλεχθεί τα στοιχεία εκείνα με τη μεγαλύτερη σημασία. Περισσότερη σημασία έχουν εκείνα τα στοιχεία τα οποία κρίνονται υψηλής κρισιμότητας για τη διασφάλιση της

ποιότητας και είναι απαραίτητο, αφού προσδιοριστούν, έπειτα να μετρηθούν και τέλος να ελεγχθούν κατάλληλα (Παπανικολάου, 2006).

Ο δεύτερος κύκλος, αποτελεί ένα πλαίσιο, με βοηθητικό ρόλο για τις μεθόδους. Βασίζεται σε έναν συστηματικό τρόπο δουλειάς, το οποίο είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί για την επίλυση διαφόρων προβλημάτων. Η αναγκαιότητα ύπαρξης και χρήσης του δεύτερου κύκλου ποιότητας στηρίζεται στο γεγονός πως πολλές φορές, παρόλο που η υπηρεσία φροντίδας εντοπίζει ένα πρόβλημα στην ποιότητα που παρέχει, εντούτοις δεν επιλέγονται οι σωστές μέθοδοι για να επέλθει η επίλυσή του (Παπανικολάου, 2006).

- Η διοίκηση ολικής ποιότητας

Σύμφωνα με τον Παπανικολάου (2006), η γενική διαχείριση της ποιότητας αφιερώνεται κυρίως στη διοίκηση και τη συνεχιζόμενη κατάρτιση όλων των εργαζομένων. Στη δεκαετία του 1950, ο Deming παρουσίασε το μοντέλο της διαδικασίας του στατιστικού ελέγχου. Αργότερα, βασιζόμενοι στις ιδέες του Deming, διάφοροι άλλοι επιστήμονες, όπως ο Juran και ο Grosby, οδηγήθηκαν στη φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) (Οικονομοπούλου, 2001). Το σύστημα αυτό, λοιπόν, στοχεύει στη διασφάλιση της μέγιστης δυνατής αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, με βάση πάντα την άποψη του πελάτη. Για να το πετύχει αυτό, απαιτείται η συμμετοχή του συνόλου των εργαζομένων (Τσιότρας, 1995). Κατά τη διαδικασία αυτήν, λοιπόν, πραγματοποιούνται:

Α) η εστίαση στον πελάτη- ασθενή και στους φορείς που συμμετέχουν στην παροχή φροντίδας. Ο ασθενής είναι αυτός ο οποίος τελικά θα καθορίσει εάν η παρεχόμενη φροντίδα τον ικανοποίησε ή όχι. Για αυτό και οι υπεύθυνοι ποιότητας των υπηρεσιών υγείας οφείλουν να κατανοούν τα στοιχεία των «προϊόντων» που παρέχουν, ώστε συγκρίνοντάς τα με τις απόψεις και τις αντιλήψεις των ασθενών να παρέχονται όσο το δυνατόν πιο ποιοτικές υπηρεσίες.

Β) καθολική συμμετοχή και συνεργασία. Οι εργαζόμενοι και το διοικητικό προσωπικό θα πρέπει να συνεργάζονται κατάλληλα και να αποφασίζουν από κοινού τις τυχόν αλλαγές. Οι εργαζόμενοι, όντας παρόντες στις διαδικασίες και στην παροχή

φροντίδας, είναι αυτοί που θα εγγυηθούν το αν οι διαδικασίες συμβαίνουν με την καλύτερη δυνατή ποιότητα, ή αν επιδέχονται ορισμένες αλλαγές για την αναβάθμιση και τη βελτίωσή τους.

Συμπερασματικά, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια διαδικασία ελέγχου και προαγωγής της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, η οποία έχει ως επίκεντρο τον ασθενή και τις ανάγκες και τις αντιλήψεις αυτού. Βασιζόμενη σε μετρήσεις εξαπλώνεται σε όλες τις δραστηριότητες. Τέλος, απαραίτητη προϋπόθεση για την εύρυθμη λειτουργία αυτού του συστήματος είναι οι διοικητικοί φορείς και οι εργαζόμενοι της υπηρεσίας (πχ γιατροί, νοσοκόμες κ.ά.) να συνεργάζονται και να συμμετέχουν ενεργά, ώστε μέσω της σύγκρισης διαφόρων απόψεων να είναι δυνατή η βελτίωση της ποιότητας (Ηλιούδη, 2013).

- Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας

Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας αποτελεί μια συνεχώς εξελισσόμενη διαδικασία προαγωγής της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Στην πραγματικότητα, η συνεχώς μεταβαλλόμενη φύση του περιβάλλοντος των υγειονομικών υπηρεσιών, καθιστούν την παραπάνω διαδικασία πιο βοηθητική για την βελτίωση της ποιότητας. Για τον λόγο αυτόν, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 1993) υιοθέτησε αυτόν τον τρόπο. Οι τεχνικές και μέθοδοι που αποτελούν τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας είναι (Ηλιούδη, 2013):

Α) η παρακολούθηση και οι τάσεις. Δηλαδή, μέσα από συνεχής μετρήσεις και αναλύσεις των διαφόρων συμβάντων, και όχι των ίδιων των ασθενών, γίνεται η αξιολόγηση της ποιότητας. Το γεγονός ότι δεν δίνεται μεγάλη έμφαση στον κάθε ασθενή ξεχωριστά, καθιστά αναγκαία την παρουσία των ανώτερων στελεχών των υπηρεσιών που παρέχουν φροντίδα, για να διασφαλιστεί πως θα γίνει αντικειμενική αξιολόγηση των διαδικασιών.

Β) το σημείο αναφοράς. Το σημείο αναφοράς αποτελεί στην ουσία ένα πρότυπο «μοντέλο» παροχής φροντίδας, με το ιδανικό επίπεδο ποιότητας. Με βάση αυτό θα γίνονται οι διορθώσεις και οι αλλαγές σε όσα θεωρηθεί πως δε συμβαδίζουν με αυτό το πρότυπο και οδηγούν σε υποβάθμιση της παρεχόμενης φροντίδας. Ωστόσο, όπως είναι πιθανό να παρατηρηθούν συμβάντα υποβάθμισης της ποιότητας έτσι είναι

πιθανό να παρατηρηθούν και διαδικασίες, οι οποίες θα θεωρηθούν ως «καλύτερης ποιότητας» από το πρότυπο. Εκεί θα πρέπει να γίνουν οι κατάλληλες αλλαγές και στο πρότυπο, ώστε η υπηρεσία να συμβαδίζει με τα νέα δεδομένα. Τέλος, λιγότερο συχνά συμβαίνει πρότυπο και διαδικασίες να συμβαδίζουν στην ποιότητα, και αυτό γιατί όπως προαναφέρθηκε όλες αυτές οι μέθοδοι συμβαίνουν σε ένα συνεχώς εξελισσόμενο περιβάλλον. Οπότε, και το πρότυπο θα αναβαθμίζεται συνεχώς.

Παρά τα παραπάνω πλεονεκτήματα, το υψηλό απαιτούμενο κόστος, η συνεχής ανάγκη για εξέλιξη, και διάφορα ανταγωνιστικά εμπόδια, μπορούν να θεωρηθούν ως μειονεκτήματα της συνεχής βελτίωσης της ποιότητας (Bendell et al., 1993).

- Τα ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής

Τα ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής, που αναφέρονται και ως QALYs (Quality Adjusted Life Years), είναι άλλος ένας δείκτης με τον οποίο αξιολογείται η ποιότητα ζωής. Η μέθοδος αυτήν συνδυάζεται με μια σύγχρονη κοινωνικό- οικονομική μέθοδο, αυτήν της ανάλυσης κόστους- χρησιμότητας. Σε αυτήν τη διαδικασία δεν δίνεται έμφαση μόνο στην ποιότητα, αλλά και στην ποσότητα. Βάση της QALYs αποτελεί ένα σύστημα αρίθμησης- μέτρησης με το 0 να αντιστοιχεί στον θάνατο και το 1 στην τέλεια υγεία. Όλες, λοιπόν, οι καταστάσεις βαθμολογούνται από το 0-1. Εξαίρεση σε αυτήν τη βαθμολογία αποτελούν ορισμένες χώρες, οι οποίες χρησιμοποιούν και αρνητικές βαθμολογίες σε περιπτώσεις όπου κρίνουν πως η κατάσταση υγείας ενός ζωντανού ασθενή είναι χειρότερη ακόμη και από το να μην βρισκόταν στη ζωή (Phillips, 2009).

3.7. Οφέλη Παρακολούθησης της Ποιότητας

Η παρακολούθηση της ποιότητας της υγείας σημαίνει πως θα διενεργηθούν όσο το δυνατόν καταλληλότερες ενέργειες και παρεμβάσεις ώστε να είναι ικανοποιητική για τους ασθενείς η φροντίδα που τους παρέχεται. Επομένως, αν η παραπάνω διαδικασία πραγματοποιηθεί αποτελεσματικά, θα έχει ως απότοκο πολλαπλά οφέλη για τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας, τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και το κοινωνικό σύνολο. Αναλυτικότερα:

- Ασθενής

  Υγειονομικά οφέλη

  Οικονομικά οφέλη

  Ψυχολογικά οφέλη

- Επαγγελματίες υγείας

  Αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που παρέχουν

  Κατοχύρωση σε νομικό επίπεδο

  Ικανοποίηση από το λειτούργημα που πραγματοποιούν

  Σεβασμός στο πρόσωπό τους, από τους ασθενείς και την οικογένειά τους

  Περισσότερη ηρεμία και λιγότερο στρεσογόνες συνθήκες εργασίας

  Ανοχή σε τυχόν λάθη που θα γίνουν (Σιγαλάς, 1999).

- Ασφαλιστικά ταμεία

  Υγειονομικά, κοινωνικά και οικονομικά. Η γρήγορη και έγκαιρη αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας των ασθενών που είναι ασφαλισμένοι έχει ως αποτέλεσμα τη μείωση των περιττών εξόδων και οι ίδιοι έχουν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης (Σιγαλάς, 1999).

- Κράτος και κοινωνικό σύνολο

  Οικονομικά και υγειονομικά, για τους παραπάνω λόγους. Επίσης, η μικρότερη διάρκεια παραμονής στις υπηρεσίες φροντίδας κάνει τους ασθενείς να νιώθουν πιο ικανοποιημένοι αλλά και πιο ασφαλείς. Συνεπώς, εκτελούν με περισσότερη

άνεση, καλή διάθεση και αποτελεσματικότητα τον κοινωνικό τους ρόλο (Σιγαλάς, 1999).

3.8. Διεθνείς οργανισμοί πιστοποίησης και διασφάλισης

Όσον αφορά στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, αυτές έχουν το δικαίωμα να επιλέγουν ανεξάρτητα τον τρόπο με τον οποίο θα λειτουργούν οι διάφορες υγειονομικές υπηρεσίες. Η διαφοροποίηση έγκειται στο γεγονός πως κάθε χώρα έχει διαφορετική κουλτούρα και παραδόσεις γεγονός που οδηγεί σε άλλον τρόπο αντίληψης στα άτομα που ζουν σε διαφορετικές χώρες. Ωστόσο, υπάρχουν ορισμένα κοινά σημεία τα οποία είναι ανάγκη να ακολουθούνται ως κανόνες σε όλες τις χώρες. Αυτά αφορούν στο δικαίωμα όλων των πολιτών στην παροχή της μέγιστης δυνατής φροντίδας, ανεξαρτήτου φύλου, κοινωνικής και οικονομικής κατάστασης, προέλευσης κ. ά. Για να γίνει αυτό πραγματικότητα κρίνεται απαραίτητη η συνεργασία μεταξύ των διαφόρων χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, ώστε να οριστούν κάποιες κατευθυντήριες γραμμές κοινές για όλους (Παλιάτση και Βρυώνης, 2009).

Οι στόχοι και σκοποί των υπηρεσιών υγείας κάθε χώρας θα πρέπει να είναι οι εξής (Παλιάτση και Βρυώνης, 2009):

- Πρόληψη και έλεγχος των ασθενειών. Σε περίπτωση πανδημίας, όπως και η πρόσφατη πανδημία του COVID-19 η οποία βρίσκεται ακόμη σε εξέλιξη, η Ευρωπαϊκή Ένωση δημιουργεί ένα σχέδιο προκειμένου να αντιμετωπιστεί η πανδημία. Στην πρωτεύουσα της Σουηδίας, τη Στοκχόλμη, εδρεύει το ευρωπαϊκό κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου των Νόσων, στο οποίο οι υπεύθυνοι παραθέτουν τις μέχρι τώρα γνώσεις τους πάνω στο θέμα που είναι ανάγκη να αντιμετωπιστεί. Στις συνέχεια, με νέες ιδέες και πάντα με γνώμονα την ήδη υπάρχουσα γνώση, αναπτύσσεται μια περαιτέρω συνεργασία με άλλους διεθνείς εταίρους, για να εξαχθεί στο τέλος η πολιτική που θα ακολουθήσουν όλες οι χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Με αυτόν τον τρόπο, λαμβάνονται ορισμένα μέτρα προστασίας και περιορισμού της πανδημίας, ώστε να μη μεταδοθεί η ασθένεια σε ανεξέλεγκτο αριθμό ατόμων και αν αντιμετωπιστεί έτσι η πανδημία.
- Η βελτίωση του περιβάλλοντος έχει ως αποτέλεσμα τη βελτίωση της υγείας. Δεν είναι λίγες οι φορές που η εμφάνιση κάποιας ασθένειας ή πάθησης, έχει διαπιστωθεί πως οφείλεται στο περιβάλλον στο οποίο ζει το άτομο. Πολύ συχνά, και ιδιαίτερα σε χώρες όπου υπάρχουν πολλές βιομηχανίες, παρατηρείται αύξηση των κρουσμάτων μιας πάθησης, η οποία μετά από έρευνες διαπιστώνεται

ότι προκλήθηκε από το μολυσμένο περιβάλλον και την ατμοσφαιρική ρύπανση. Για αυτό και τα τελευταία χρόνια, γίνονται σημαντικές προσπάθειες μέσω της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, ώστε να περιοριστούν και εν τέλει να εξαλειφθούν οι παράγοντες που οδηγούν σε καταστροφή του περιβάλλοντος και εν τέλει στην εμφάνιση παθήσεων στον ανθρώπινο οργανισμό.

- Η βελτίωση της υγείας μέσω της έρευνας. Εδώ και αρκετά χρόνια, η εξέλιξη της ιατρικής και γενικότερα των επιστημών της υγείας, συνδυάζεται με την έρευνα. Ειδικοί επιστήμονες διαφόρων ειδικοτήτων χρησιμοποιούν την έρευνα προκειμένου να βρουν λύσεις και απαντήσεις για πολλές από τις άγνωστες μέχρι στιγμής πτυχές της ιατρικής επιστήμης. Δεν είναι λίγες οι φορές που η απάντηση σε κάποιο ερώτημα που ταλάνιζε για μεγάλη χρονική διάρκεια τους ειδικούς αλλά και όλη την ανθρωπότητα, ήρθε χάρη σε κάποια ερευνητική μελέτη. Πλέον, η Ευρωπαϊκή Ένωση διαθέτει πολύ υψηλά ποσά προκειμένου να χρηματοδοτήσει ομάδες ερευνητών οι οποίοι επιθυμούν να δώσουν τη λύση για τη θεραπεία, τη διάγνωση και άλλους τομείς που σχετίζονται πάντα με τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και της υγείας του ασθενή. Χάρη σε αυτή τη διαδικασία οι ερευνητές, τα άτομα του υγειονομικού προσωπικού αλλά και κάθε απλός πολίτης, ελπίζουν ότι θα βρεθεί πλέον θεραπεία για διάφορες παθήσεις με υψηλό δείκτη θνησιμότητας, όπως ο καρκίνος, νοσήματα του καρδιαγγειακού συστήματος, λοιμώδη νοσήματα αλλά και ψυχικές και νευρολογικές διαταραχές που σχετίζονται με τη γήρανση, όπως είναι η άνοια και το Αλτσχάιμερ.
- Η πρόσβαση σε ιατροφαρμακευτική περίθαλψη, ανεξάρτητα από τον τόπο στον οποίο βρίσκεται ο ασθενής. Η νέα πραγματικότητα στις χώρες της Ευρωπαϊκής Ένωσης, περιλαμβάνει έναν καινούριο κόσμο, οπού οι άνθρωποι μπορούν να μετακινούνται πιο εύκολα εντός των συνόρων της και να έχουν δικαιώματα όπως και οι μόνιμοι κάτοικοι των περιοχών στις οποίες ταξιδεύουν, είτε για αναψυχή είτε για επαγγελματικούς ή άλλους λόγους. Μέσα σε αυτά τα δικαιώματα θα πρέπει να περιλαμβάνεται και το δικαίωμα στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη ανεξάρτητα από τον τόπο προέλευσης. Πιο απλά, όταν ένα άτομο βρίσκεται κατάγεται από κάποια χώρα της Ευρωπαϊκής Ένωσης και επιθυμεί να ταξιδέψει σε κάποια άλλη που επίσης ανήκει σε αυτήν, σε περίπτωση που χρειαστεί, να μπορεί να λάβει φροντίδα από οποιοδήποτε υγειονομικό κέντρο.

3.9. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και Κόστος

Το κόστος μιας υπηρεσίας αποτελεί έναν δείκτη με τον οποίο καθορίζεται το αν μια υπηρεσία λειτουργεί σωστά ή χρήζει και άλλων βελτιώσεων. Έτσι, η χρήση αυτού του δείκτη ως μέτρο καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, συνέβαλε στη βελτίωση αυτής και την απαλλαγή από τους παράγοντες που οδηγούσαν στην υπονόμευσή της παλαιότερα. Συνήθως, όταν μια υπηρεσία δυσλειτουργεί, αυξάνονται δραματικά το μέγεθος και το κόστος των πόρων που αυτήν χρησιμοποιεί. Ωστόσο, πολλές φορές, η ανάγκη για εξέλιξη και εισαγωγή νέων και σύγχρονων συστημάτων, υλικών και μεθόδων θεραπείας, καθώς και η αυξημένη ζήτηση λόγω της αύξησης του ανθρώπινου πληθυσμού είναι παράγοντες που αναγκαστικά προκαλούν περισσότερες δαπάνες στο σύστημα υγείας. Όταν είναι γνωστό το κόστος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι δυνατόν (Τζανετάκη, 2007):

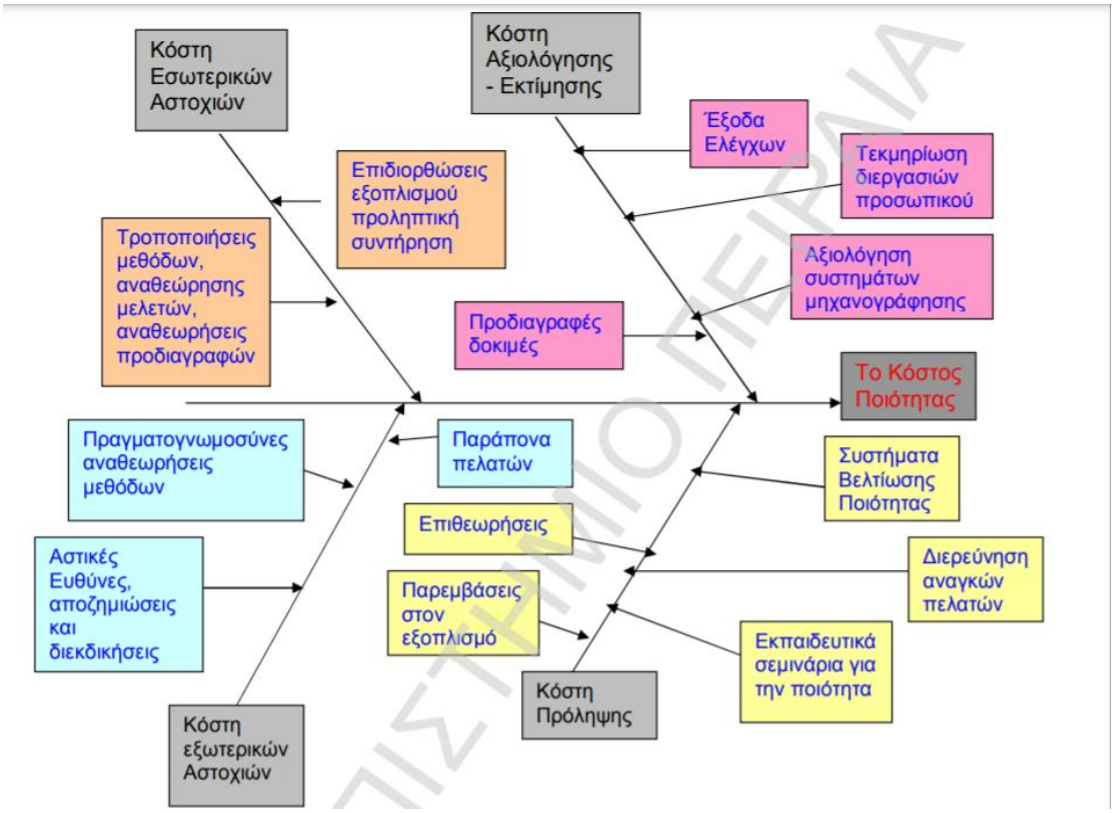
- Να γίνονται πιο εύκολα γνωστά τα προβλήματα που επικρατούν, ώστε να πραγματοποιηθεί αντιμετώπισή τους, ξεκινώντας πρώτα από αυτά που πρέπει να αντιμετωπιστούν άμεσα και συνεχίζοντας μετά με τα λιγότερο σημαντικά
- Να είναι δυνατόν στο μέλλον η δημιουργία συστημάτων τα οποία θα έχουν ως κύριο μέλημα και σκοπό την ανεύρεση νέων μεθόδων με τις οποίες θα είναι δυνατή η βελτίωση της υπάρχουσας ποιότητας

3.10. Κόστος έλλειψης ποιότητας

Το κόστος έλλειψης της ποιότητας προκύπτει όταν οι υπηρεσίες φροντίδας που παρέχονται είναι ανεπαρκείς και δεν συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών. Συνδέεται με την απώλεια οικονομικών πόρων και χρημάτων αφού η υπηρεσία πρέπει να καλύψει την απώλεια των δραστηριοτήτων και των υπηρεσιών ενώ ταυτόχρονα χάνονται μελλοντικές ευκαιρίες. Δηλαδή, λόγω ανεπαρκούς επιπέδου ποιότητας, η υπηρεσία αποκτά κακή φήμη, επομένως λιγότεροι ασθενείς την επισκέπτονται. Έτσι, τόσο η ίδια η υπηρεσία όσο και το υγειονομικό προσωπικό που εργάζεται σε αυτήν, χάνει πόρους και χρήματα (Τζανετάκη, 2007).

Το κόστος αυτών των απωλειών είναι δυνατόν να προκύψει από δύο διαφορετικού είδους αστοχίες τις (Τζανετάκη, 2007):

- Εσωτερικές. Δηλαδή οι περιπτώσεις κατά τις οποίες συμβαίνουν λάθη αλλά διορθώνονται πριν παραχθεί η φροντίδα στον ασθενή. Για παράδειγμα, μια τέτοιου είδους αστοχία είναι όταν συμβαίνει κάποιο λάθος σε κάποια εργαστηριακή εξέταση αλλά αυτό διορθώνεται πριν υποβληθεί ο ασθενής στη θεραπευτική αγωγή
- Εξωτερικές. Αφορούν κυρίως σε λάθη του υγειονομικού προσωπικού κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας στον ασθενή. Για παράδειγμα, μια τέτοιου είδους αστοχία είναι όταν ο επαγγελματίας υγείας δώσει κάποιο λάθος φάρμακο ή δοσολογία αυτού στον ασθενή.



Εικόνα 9: Η σχέση μεταξύ των διαφορετικών κατηγοριών του κόστους ποιότητας στις υπηρεσίες της υγείας (Τζανετάκη, 2009)

3.11. Κόστος βελτίωσης ποιότητας

Το κόστος βελτίωσης της ποιότητας σχετίζεται με εκείνες τις αλλαγές που πραγματοποιούνται για να προληφθούν ορισμένα μέτρα και να αξιολογηθούν οι υπηρεσίες για να είναι καλύτερα τα επίπεδα της παρεχόμενης φροντίδας στο μέλλον. Πιο αναλυτικά (Τζανετάκη, 2007):

- Κόστος πρόληψης. Αποτελούν τις δαπάνες του νοσοκομείου προκειμένου να σχεδιαστεί, να εφαρμοστεί και να διατηρηθεί κατάλληλα ένα σύστημα ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, ώστε να μην προκύψουν σφάλματα στο μέλλον. Αυτό θα πραγματοποιηθεί μόνο με την κατάλληλη επικοινωνία και την εκπαίδευση του υγειονομικού προσωπικού.
- Κόστος αξιολόγησης. Δηλαδή οι δαπάνες ώστε να μετρηθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και να εξαχθούν τα κατάλληλα συμπεράσματα για το αν θα πρέπει κάτι να βελτιωθεί ή να μείνει ως έχει.

Κεφάλαιο 4: Ικανοποίηση των ασθενών νεαρής ηλικίας

4.1. Ορισμός της έννοιας «Ικανοποίηση των ασθενών νεαρής ηλικίας»

Στη σύγχρονη εποχή επισημαίνεται πολύ περισσότερο από το παρελθόν η σημασία της ύπαρξης ικανοποιημένων ασθενών στις υπηρεσίες υγείας. Πλέον, οι άνθρωποι είναι περισσότερο ενημερωμένοι σχετικά με θέματα που αφορούν θέματα υγείας συγκριτικά με το παρελθόν, αφού το μορφωτικό τους επίπεδο ανυψώνεται συνεχώς. Έτσι, φυσικό είναι να γνωρίζουν περισσότερα και να έχουν άποψη σχετικά με την φροντίδα που τους παρέχεται. Παρά τα παραπάνω, ωστόσο, δεν υπάρχει ακόμη ένας κοινά αποδεκτός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών στις υπηρεσίες φροντίδας, αλλά μια ποικιλία ορισμών, οι οποίες θα αναλυθούν παρακάτω (Ηλιούδη, 2013).

Ο πρώτος επιστήμονας που προσπάθησε να προσδιορίσει πιο συγκεκριμένα την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών ήταν ο Donabedian. Σύμφωνα με τον Donabedian, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έναν δείκτη με τον οποίο ελέγχεται η έκβαση των υπηρεσιών φροντίδας που παρέχονται σε έναν ασθενή. Πιο συγκεκριμένα, η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με τη γνώμη που έχουν οι ασθενείς για την ποιότητα φροντίδας που τους παρήχθησαν, που βέβαια, είναι κυρίως υποκειμενική αφού εξαρτάται από τις προσδοκίες αυτών και τις αξίες τους (Θεοδοσοπούλου & Ραυτοπούλου, 2002).

Σύμφωνα με τον Yucelt, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί την επιβεβαίωση τους ή όχι σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών φροντίδας που τους προσφέρθηκε (Yucelt, 1994).

Σύμφωνα με τον Pascoe, η ικανοποίηση των ασθενών είναι «μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας επί των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας» (Pascoe, 1983). Ο Pascoe, ερμήνευσε την ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιώντας δύο μοντέλα:

- Το μοντέλο της αντιπαράθεσης

Σύμφωνα με αυτό το μοντέλο, οι ασθενείς προκειμένου να αξιολογήσουν την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας που τους παρέχονται και να νιώσουν ικανοποίηση ή όχι, θα την συγκρίνουν με τις αρχικές προσδοκίες και επιθυμίες τους. Σε αυτό το σημείο, η τελική απόφαση θα εξαρτηθεί από την υποκειμενική αντίληψη των ασθενών σχετικά με την παρεχόμενη ποιότητα. Εάν αυτήν συμφωνεί με όσα επιθυμούσαν εξαρχής, ή είναι ακόμα καλύτερα, αυτό θα έχει ως αποτέλεσμα την ικανοποίηση του ασθενή. Σε αντίθετη περίπτωση, ο ασθενής θα νιώσει ανικανοποίητος και άρα θα σχηματίσει αρνητική γνώμη για την συγκεκριμένη υπηρεσία φροντίδας, ίσως και γενικότερα και για άλλες.

- Το μοντέλο της αφομοίωσης

Σε αυτήν την περίπτωση, ο ασθενής ενεργητικά, προσαρμόζει τις ήδη υπάρχουσες προσδοκίες του στις εμπειρίες που βιώνει μέσα στο νοσοκομείο. Το μοντέλο αυτό αντιστοιχεί κυρίως στους ασθενείς που νιώθουν πως όσα περίμεναν να συμβούν μοιάζουν αρκετά με όσα τελικά βιώνουν (Κάππας, 2006).

Άλλος ένας επιστήμονας που αποφάσισε να διαχωρίσει την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών σε ορισμένες κατηγορίες ήταν ο Lawler. Σύμφωνα με αυτόν υπάρχουν (Lawler, 1971):

- Η θεωρία της ασυμφωνίας. Η ασυμφωνία εδώ επικεντρώνεται ανάμεσα στις προσδοκίες του ασθενή και στο τι πραγματικά συμβαίνει κατά τη διάρκεια παροχής φροντίδας.
- Η θεωρία της ολοκλήρωσης. Σύμφωνα με αυτήν τη θεωρία η ικανοποίηση των ασθενών προκύπτει αν αφαιρεθεί η πραγματική αμοιβή του ασθενή από την επιθυμητή.
- Η θεωρία της δικαιοσύνης. Εδώ η ικανοποίηση των ασθενών προκύπτει αν αυτήν την φορά αφαιρεθεί το επιθυμητό από το αναμενόμενο.

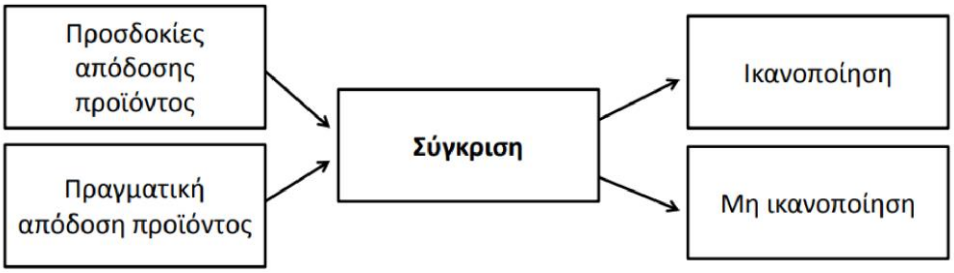
Άλλος ένας διατυπωμένος ορισμός είναι αυτός του Smith (1976), ο οποίος ανέφερε συγκεκριμένα πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο «συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειριών από την φροντίδα υγείας» (Smith, 1996). Από την άλλη, σύμφωνα με τον Petersen, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί «μια αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο παρεχόμενης φροντίδας, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη τα αποτελέσματα ή η καταλληλότητα της φροντίδας» (Petersen, 1988).

Ο Hunt εισήγαγε μια άλλη άποψη σχετικά με το τι είναι ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα, υποστήριξε πως η ικανοποίηση των ασθενών εκτός από συναίσθημα, είναι περισσότερο μια γνωστική διαδικασία (Hunt, 1977). Σε συνέχεια αυτού, αλλά με μια μικρή διαφοροποίηση, ο Westbrook (1980), ανέφερε πως η ικανοποίηση των ασθενών είναι τόσο συναισθηματική όσο και γνωστική διαδικασία.

Ο ορισμός που πρότεινε η Risser (1978), ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο «βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψης τους για την φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται» αποτελεί τον ευρέως αποδεκτό όρο μέχρι και τη σημερινή εποχή (Μερκούρης, 1996).

4.2. Ανάγκες και προσδοκίες ασθενών

Ένα συνοπτικό σχήμα στο οποίο παρουσιάζεται η αλληλεπίδραση μεταξύ των προσδοκιών και της ικανοποίησης των ασθενών είναι αυτό των Μπάλτα και Παπασταθοπούλου (2013):



Εικόνα 10: Προσδοκίες και ικανοποίηση των καταναλωτών- ασθενών (Μπαλτάς και Παπασταθόπουλος, 2013)

Ο Maslow A., παρουσίασε έναν τρόπο ιεράρχησης των αναγκών του ασθενή, σύμφωνα με τον οποίο οι ανάγκες οι οποίες δεν ικανοποιούνται αποτελούν μελλοντικά παράγοντες οι οποίοι υποκινούν τον ασθενή. Ορισμένες από τις ανάγκες του ανθρώπου είναι πιο βασικές και θεμελιώδεις (Κίτση, 2019). Οι ανάγκες αυτές είναι (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014):

- Οι φυσιολογικές ανάγκες. Στην κατηγορία αυτήν ανήκουν όσες ανάγκες σχετίζονται με την επιβίωση του ανθρώπου, δηλαδή αυτές οι οποίες είναι καθοριστικές για να κρατηθεί ο άνθρωπος στη ζωή
- Οι ανάγκες ασφάλειας. Αυτές οι ανάγκες σχετίζονται με την ικανοποίηση των συναισθημάτων και της αυτοσυντήρησης των ατόμων
- Οι κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για την ικανοποίηση διάφορων κοινωνικών αναγκών του ατόμου, όπως η αγάπη, η κοινωνικοποίηση και η ανάπτυξη σχέσεων

με τους ανθρώπους του περιβάλλοντός του, η ένταξη σε διάφορες κοινωνικές ομάδες, η ανάπτυξη φιλικών σχέσεων

- Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και αναγνώριση από τους άλλους. Στην κατηγορία αυτήν ανήκουν οι επιθυμίες του ανθρώπου για την καλή φήμη, το κύρος, την εκτίμηση και τον σεβασμό από τους γύρω του
- Η ανάγκη για αυτοολοκλήρωση, αυτενέργεια και αυτοανάπτυξη

Πέρα από τις παραπάνω ανάγκες που σχετίζονται με βασικές, καθημερινές ανάγκες της ζωής του ατόμου, όταν αυτό το άτομο νοσηλεύεται σε ένα νοσοκομείο, ή βρίσκεται γενικότερα σε κάποια υπηρεσία υγείας, τότε προκύπτουν και άλλες ανάγκες. Ανάλογα με το αν αυτές θα γίνουν πραγματικότητα ή όχι, θα έχουμε και τη ικανοποίηση ή μη των ασθενών. Οι ανάγκες αυτές είναι (Κίτση, 2019):

- Έγκαιρή και χωρίς σφάλματα διάγνωση και θεραπεία
- Το προσωπικό να συμπεριφέρεται με ευγενικό τρόπο απέναντι στους ασθενείς, να σέβεται την κατάστασή τους και να τους δίνει την αίσθηση πως ό, τι και αν χρειαστούν θα έχουν δίπλα τους τους εργαζομένους του νοσοκομείου. Με αυτόν τον τρόπο αυξάνεται το αίσθημα της ασφάλειας και της ψυχικής γαλήνης από την πλευρά των ασθενών
- Σημαντικό είναι επίσης το νοσοκομείο να αποτελεί έναν χώρο εύκολα προσβάσιμο τόσο εξωτερικά όσο και εσωτερικά. Επίσης στον εσωτερικό χώρο, να είναι έτσι διαμορφωμένος, ώστε να είναι εύκολη και ασφαλής η μετακίνηση των ασθενών (πχ ασθενείς σε αναπηρικό αμαξίδιο, άτομο τρίτης ηλικίας με μπαστούνι)
- Η αντιμετώπιση του περιστατικού να γίνεται άμεσα και να μην καθυστερούν την παρέμβαση διάφορα γραφειοκρατικά εμπόδια
- Οι χώροι νοσηλείας, οι διάδρομοι και γενικότερα όλοι οι χώροι του νοσοκομείου να είναι καθαροί
- Η θεραπεία των ασθενών να έχει θετικά αποτελέσματα, να γίνεται γρήγορα και να αντιμετωπίζονται επίσης άμεσα τυχόν επιπλοκές. Στόχος βέβαια είναι οι επιπλοκές να είναι όσο το δυνατόν λιγότερες, ακόμη και μηδαμινές
- Τα φάρμακα και γενικότερα όλοι οι πόροι που χρησιμοποιούνται στο νοσοκομείο να είναι ποιοτικοί και να συμβάλλουν στην αποτελεσματικότητα της θεραπείας

4.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, υπάρχουν ορισμένοι παράγοντες οι οποίοι ασκούν έντονη επιρροή σε αυτούς. Συγκεκριμένα, οι παράγοντες αυτοί είναι:

- Οι δομές των υπηρεσιών υγείας που ασχολούνται με την οργάνωση και την ορθή λειτουργία αυτών. Οι υπηρεσίες υγείας, αποτελούν έναν χώρο που χαρακτηρίζεται από τη συνεχή και διαρκή εξέλιξη με βάση τις συνθήκες που επικρατούν την συγκεκριμένη εποχή. Συνεπώς, και η διοίκηση τους θα είναι ένας συνεχώς εξελισσόμενος παράγοντας, προκειμένου κάθε φορά να συμβαδίζει με τις ανάγκες της κοινωνίας. Για να λειτουργήσει σωστά μια υπηρεσία φροντίδας, θα πρέπει να επικρατεί μια γενικότερα οργάνωση. Η οργάνωση αυτήν αποτελεί μέριμνα της διοίκησης η οποία θα καθορίσει τον τρόπο με τον οποίο θα διαχειριστούν οι παρεχόμενου πόροι ώστε να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή ποιότητα στην παρεχόμενη φροντίδα και άρα η μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών. Οι πόροι αυτοί αφορούν τις κτηριακές εγκαταστάσεις, τα άτομα που εργάζονται και παρέχουν φροντίδα (γιατροί, νοσοκόμες κ. ά.) καθώς και τα ίδια τα μηχανήματα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση, τη διάγνωση και τη θεραπεία των ασθενών (Αλεξιάδης και συν., 1999).

- Ασθενείς και επαγγελματίες της υγείας. Αυτός ο παράγοντας αναφέρεται στην σχέση- αλληλεπίδραση που αναπτύσσεται μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται άμεσα από τον τρόπο με τον οποίο ο επαγγελματίας υγείας θα διαχειριστεί την κατάσταση καθώς και από το πώς θα συμπεριφερθεί απέναντι στον ασθενή του. Επίσης, σημαντικό αντίκτυπο στην ψυχολογία του ασθενή έχουν τα περιθώρια εξέφρασης των συναισθημάτων τους. Ο επαγγελματίας υγείας οφείλει να ενεργεί ανάλογα με την

ψυχολογία και τον συναισθηματικό τύπο του κάθε ασθενή ξεχωριστά και όχι με βάση συγκεκριμένες οδηγίες. Κάθε ασθενής είναι διαφορετικός και έτσι θα πρέπει να αντιμετωπίζεται, όχι μόνο στο κομμάτι της θεραπείας αλλά και σε αυτόν που αφορά τα συναισθήματα του. Άλλοι ασθενείς είναι πιο «κλειστοί» χαρακτήρες, άτομα δηλαδή που δεν επιθυμούν να εκφράσουν τα όσα σκέφτονται και νιώθουν. Στην περίπτωση αυτήν αν ο επαγγελματίας υγείας πιέσει με κάποιον τρόπο τον ασθενή να εκφράσει όσα σκέφτεται και τον τρόπο με τον οποίο βιώνει την κατάσταση, αυτό θα έχει αρνητικό αντίκτυπο στην ψυχολογία του, θα βιώσει ότι πιέζεται να κάνει κάτι που δεν επιθυμεί και άρα δεν θα νιώθει αρκετά ικανοποιημένος, άσχετα από το τελικό αποτέλεσμα της θεραπείας. Αντίστοιχα, σε έναν ασθενή ο οποίος νιώθει την ανάγκη να εκφράσει όσα βιώνει και, όπως λέγεται, «να τα βγάλει από μέσα του», εάν ο επαγγελματίας υγείας που τον φροντίζει τον αποθαρρύνει και δεν τον αφήσει να εκφράσει ελεύθερα τις σκέψεις του, ο ασθενής θα νιώσει ακόμη περισσότερη ανησυχία. Υπάρχει κίνδυνος ακόμη και να ερμηνεύσει αυτήν τη στάση του ιατρού ως αδιαφορία για την κατάσταση της υγείας του, γεγονός που θα έχει ιδιαίτερα αρνητικό αντίκτυπο στα επίπεδα της ικανοποίησης του.

Ακόμη, άλλος ένας παράγοντας που επηρεάζει καθοριστικά την ικανοποίηση των ασθενών είναι η ποιότητα των πληροφοριών που θα λάβουν από τους επαγγελματίες υγείας. Τις περισσότερες φορές, οι ασθενείς επιθυμούν να γνωρίζουν την πραγματικότητα, και να λαμβάνουν όλες τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους. Ακόμη και σε ασθενείς οι οποίοι έχουν υψηλότερα επίπεδα ανησυχίας και αγχώνονται εύκολα, παρατηρείται μια έντονη επιθυμία να γνωρίζουν όσο το δυνατόν περισσότερες και ακριβέστερες πληροφορίες, καθώς η παραμονή τους στην άγνοια φαίνεται να τους προκαλεί ακόμη περισσότερο στρες (Σαρρής, 2001).

- Διάφοροι δημογραφικοί παράγοντες. Σε αυτούς συγκαταλέγονται το φύλο των ασθενών, η ηλικία τους, το επάγγελμα, το εισόδημα, η εκπαίδευση, η κοινωνική θέση και οι οικογενειακοί παράγοντες (Ηλιόπουλος, 2019).

  Πιο συγκεκριμένα, όσον αφορά στην ηλικία των ασθενών, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία άνθρωποι φαίνεται πως εμφανίζουν μεγαλύτερα ποσοστά ικανοποίησης από

τους νεότερους. Ωστόσο, δεν είναι και λίγες οι έρευνες στις οποίες υποστηρίζεται πως ο παράγοντας της ηλικίας δεν ασκεί τόσο σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2002). Επίσης, ο παράγοντας του φύλου των ασθενών φαίνεται πως δεν ασκεί σημαντική επιρροή στα επίπεδα ικανοποίησής τους (Weisman, Schifrin, Romans & Clancy, 2001).

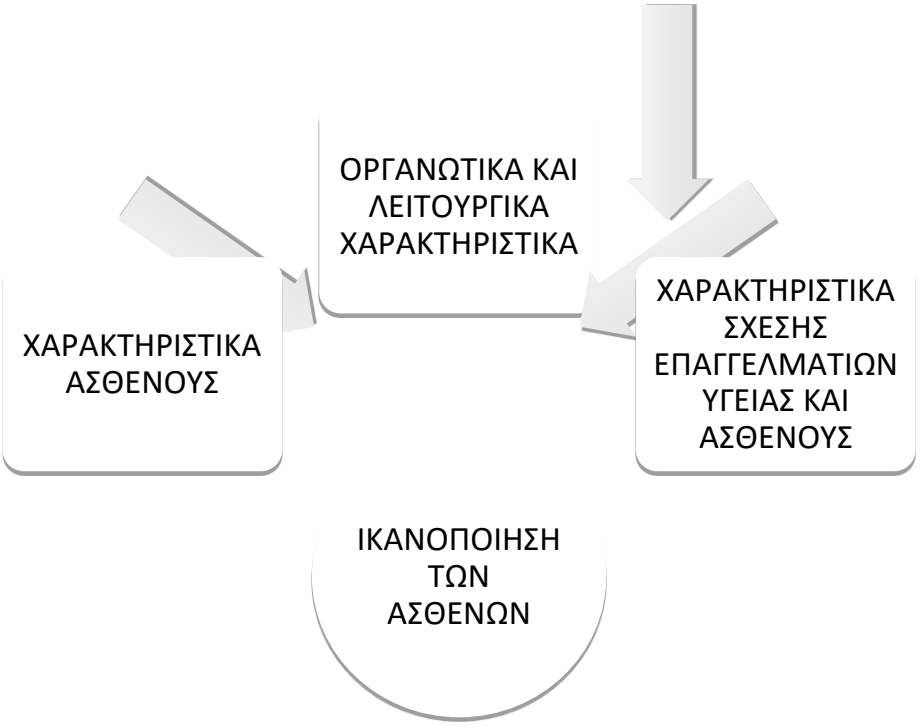
Σχετικά με την εκπαίδευση των ατόμων, εάν και κάποιοι ερευνητές, όπως ο Anderson και ο Zimmerman, πιστεύουν ότι αποτελεί σημαντικό παράγοντα, εντούτοις δεν έχει τεκμηριωθεί ακόμη σε κάποια έρευνα αυτήν τους η παρατήρηση (Ραφτόπουλος, 2002). Παρόλα αυτά, ποικίλες είναι οι έρευνες στις οποίες έχει μελετηθεί το ποσοστό επίδρασης του δημογραφικού παράγοντα της κοινωνικής θέσης στην ικανοποίηση των ασθενών. Οι ερευνητές Hall και Dornan, ήταν υπέρ της παραπάνω άποψης, και όπως τελικά διαπιστώθηκε μετά από διάφορες μελέτες, φαίνεται πως οι ασθενείς οι οποίοι είναι πιο εύποροι, έχουν καλύτερου είδους φροντίδα, συγκριτικά με τους πιο αδύναμους οικονομικά ασθενείς. Το γεγονός αυτό δεν αφορά μόνο τη παροχή φροντίδας σε διαφορετικές υπηρεσίες υγείας, αλλά διαπιστώθηκε πως ακόμα και στον ίδιο χώρο υπάρχει άλλη αντιμετώπιση ανάλογα με την οικονομική κατάσταση των ασθενών (Ραφτόπουλος, 2002).

Επιπλέον, σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών, ασκεί η εθνικότητά τους. Κάθε λαός και έθνος, έχει την δική του κουλτούρα, τις δικές του παραδόσεις που επηρεάζουν άμεσα τον χαρακτήρα των ατόμων και τον τρόπο σκέψης τους. Υπάρχουν λαοί πιο εκσυγχρονισμένοι, με περισσότερες ελευθερίες και υπάρχουν άλλοι στους οποίους δεν θεωρούνται αποδεκτές ορισμένες συνήθειες. Για παράδειγμα, στον δυτικό κόσμο, θεωρείται περισσότερο αποδεκτό μια γυναίκα να είναι γιατρός και να φροντίζει ασθενείς ανεξαρτήτου φύλου. Στις ανατολικές χώρες, και συγκεκριμένα σε θρησκείες όπως η μουσουλμανική, η εξέταση ενός άνδρα από γυναίκα γιατρό, ίσως δεν είναι πλήρως αποδεκτή (Etter & Perneger, 1997).

Τέλος, δύο από τους πιο σημαντικούς παράγοντες που ασκούν ιδιαίτερη επιρροή στην ικανοποίηση των ασθενών είναι οι προσδοκίες τους και η ψυχοκοινωνική τους κατάσταση. Σχετικά με τις προσδοκίες των ασθενών. Οι περισσότερες μελέτες έχουν καταλήξει στο συμπέρασμα πως μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης επικρατεί μια αντιστρόφως ανάλογη σχέση. Αυτό σημαίνει πως εάν ο ασθενής έχει χαμηλές προσδοκίες για την φροντίδα

που θα του παραχθεί, τότε θα απολαύσει πολύ μεγαλύτερη ικανοποίηση από το αναμενόμενο. Αντίθετα, όταν ένας ασθενής έχει υψηλές προσδοκίες για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχει η υπηρεσία υγείας στην οποία θα εισαχθεί, τότε είναι πολύ πιθανό να νιώσει λιγότερο ικανοποιημένος μετά την έξοδό του από το νοσοκομείο ή την κλινική (Aharony & Strasser, 1993). Σχετικά με την ψυχοκοινωνική κατάσταση του ασθενή, είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με ακρίβεια η επίδρασή της στην ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό συμβαίνει επειδή όταν πραγματοποιούνται διάφορες έρευνες με σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ερωτηματολογίων, οι ασθενείς πολλές φορές δεν απαντούν ειλικρινά. Η συμπεριφορά τους αυτήν οφείλεται στην «ντροπή» που ίσως νιώθουν, ή στο γεγονός πως συνειδητά ή ασυνείδητα, τείνουν να επιλέξουν εκείνες τις απαντήσεις που θεωρούν πως θα ικανοποιούσαν περισσότερο τους ερευνητές που διεξάγουν τη μελέτη. Δεν είναι λίγες οι φορές, επίσης, που τα άτομα αυτά, δεν θα αναφέρουν κάποια γεγονότα, ευχάριστα ή δυσάρεστα, άλλο ένα γεγονός που κάνει ανακριβή την μέτρηση των ποσοστών ικανοποίησης των ασθενών (Sitzia & Wood, 1997).

Σύμφωνα με την Ηλιούδη (2013), αν κατηγοριοποιούσαμε τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών κάπως πιο σύντομα, θα πρόκυπτε το παρακάτω σχήμα:



4.4. Χρησιμότητα μέτρησης Ικανοποίησης των ασθενών

Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντικότατη. Και αυτό γιατί αποτελεί μια μέθοδο με την οποία μπορούν να προσδιοριστούν τα θετικά και τα αρνητικά στοιχεία της ποιότητας που παρέχεται από τις υπηρεσίες παροχής φροντίδας. Η ικανοποίηση των ασθενών στον μέγιστο δυνατό βαθμό, θα πρέπει να αποτελεί των πρωταρχικό σκοπό και στόχο κάθε συστήματος υγείας. Από διάφορες μελέτες έχει αποδειχθεί πως οι ασθενείς οι οποίοι νιώθουν υψηλή ικανοποίηση από την φροντίδα που τους παρέχεται, καταφέρνουν να θεραπευτούν σε ταχύτερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με τους ασθενείς που μένουν ανικανοποίητοι. Επιπλέον, μέσω ερευνών διαπιστώνεται επίσης πως όταν οι ασθενείς καλούνται να συμμετέχουν ενεργά σε μελέτες για τη μέτρηση των επιπέδων ικανοποίησής τους, αυτό έχει θετικό απότοκο και ανυψώνει τελικά τα συγκεκριμένα επίπεδα. Αυτό θεωρείται συνέπεια της συμμετοχής των ασθενών, αφού μέσω αυτής νιώθουν πως συμβάλλουν στην εξαγωγή συμπερασμάτων που σκοπό έχουν την εξέλιξη και την διενέργεια αλλαγών, ώστε οι υπηρεσίες υγείας να προσφέρουν όσο το δυνατόν πιο ικανοποιητικές παροχές στο μέλλον (Σταυρόπουλος, 2009).

Το έντονο ενδιαφέρον που επικρατεί τα τελευταία 20-25 χρόνια και η αύξηση των ερευνών που μελετούν την ικανοποίηση των ασθενών, αποδεικνύει τη μεγάλη χρησιμότητά τους. Μέσω αυτών οι διοικήσεις των υπηρεσιών υγείας μπορούν πολύ πιο εύκολα και συγκεκριμένα, να προσδιορίσουν τις επωφελείς και μη συνθήκες που επικρατούν κατά την παροχή φροντίδας, και έτσι να ενεργήσουν κατάλληλα, ώστε στο τέλος η ποιότητα που παρέχεται να είναι η μέγιστη δυνατή για όλους τους ασθενείς. Αυτό είναι σημαντικό καθώς, ρωτώντας τους ίδιους τους ασθενείς το πώς βιώνουν τη νοσηλεία τους στο νοσοκομείο, το τι τους ικανοποιεί και τι όχι, προσδιορίζονται άμεσα τα αρνητικά της διαδικασίας, όχι με βάση κάποια κλίμακα ή κάποια συγκεκριμένη ακολουθία, αλλά με βάση τον ίδιο τον ασθενή, τις ανάγκες και τις προσδοκίες του. Με τον τρόπο αυτόν, ενισχύεται το ασθενοκεντρικό σύστημα φροντίδας, σύμφωνα με το οποίο όλα όσα συμβαίνουν στις υπηρεσίες υγείας πηγάζουν και επιστρέφουν στον ασθενή, στον καθένα ξεχωριστά με βάση τις ιδιαιτερότητές του και όχι απλά με βάση διάφορες θεωρίες (Williams, Coyle & Healy, 1998).

Σημαντικό είναι, επίσης, να τονιστεί πως η διενέργεια ερευνών που θα έχουν ως σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν θα πρέπει να συμβαίνουν μόνο σε κάποιες χώρες, ή μόνο σε συγκεκριμένες πόλεις ορισμένων χωρών. Κάθε χώρα διαφέρει σημαντικά στον τρόπο με τον οποίο λειτουργούν οι υπηρεσίες φροντίδας, ανάλογα με τους νόμους αλλά και την κουλτούρα του έθνους. Αντίστοιχα, ακόμη και ανάμεσα σε διάφορες πόλεις στο εσωτερικό μιας χώρας, είναι δυνατόν να υπάρχουν σημαντικές διαφορές κατά την παροχή φροντίδας των ασθενών. Για παράδειγμα, τα νοσοκομεία σε μεγάλες πόλεις, όπως η πρωτεύουσα, είναι πιθανό και σχεδόν σίγουρο πως θα διαθέτουν μηχανήματα υψηλότερου κόστος και πιο σύγχρονα. Αυτό συμβαίνει επειδή ο αριθμός του πληθυσμού που ζει σε αυτές τις περιοχές και θα χρειαστεί να τους παραχθεί φροντίδα είναι πολλαπλάσιος συγκριτικά με μια πιο μικρή πόλη ή κάποιο νησί. Αυτό θα οδηγήσει στη μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών στις μικρές πόλεις, ειδικά εάν στο παρελθόν είχαν νοσηλευτεί σε κάποια υπηρεσία υγείας των μεγαλύτερων πόλεων. Από την άλλη, στις μεγάλες δομές υπάρχει μεγαλύτερος αριθμός νοσηλευμένων γεγονός που ίσως λειτουργήσει αρνητικά στην ικανοποίηση των ασθενών, εάν το υπάρχον δυναμικό των επαγγελματιών υγείας είναι ανεπαρκές (Ηλιούδη, 2013).

4.5. Οφέλη μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα

Τα οφέλη της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην Ελλάδα, αλλά και σε όλον τον κόσμο είναι ποικίλα και δεν αφορούν μόνο τον ίδιο τον ασθενή αλλά και γενικότερα την υπηρεσία υγείας. Σχετικά με τους ασθενείς, όπως αναφέρθηκε και προηγουμένως, η μέτρηση της ικανοποίησης τους συμβάλλει άμεσα στη μείωση του χρόνου νοσηλείας και θεραπείας τους αλλά και στην πιο γρήγορη ανάρρωσή τους μετέπειτα. Από την άλλη, για τις διοικητικές υπηρεσίες και γενικότερα τους ανθρώπινο δυναμικό της υπηρεσίας υγείας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει στην καλύτερη αποδοτικότητά τους καθώς και στην βελτίωση της οργάνωσης και άρα της λειτουργικότητας των φορέων (Ηλιόπουλος, 2019).

Πιο συγκεκριμένα σχετικά με την καλύτερη απόδοση των επαγγελματιών υγείας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών συμβάλλει (Παπανικολάου, 1994):

- Στην αύξηση της αντικειμενικότητας και της αλήθειας σχετικά με τη δουλειά που προσφέρει ο επαγγελματίας υγείας
- Στον να γίνει ο επαγγελματίας πιο υπεύθυνος και προσεκτικός σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχει

- Στην αυξημένη προσοχή από την πλευρά του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στους ασθενείς που φροντίζουν

Επιπλέον, όταν η φροντίδα και οι υπηρεσίες υγείας που παρέχονται έχουν αυξημένα επίπεδα ποιότητας, προκύπτουν τα παρακάτω οφέλη (Μερκούρης, 1996):

- Υγειονομικά, αφού η διάγνωση πραγματοποιείται πιο έγκαιρα, και με μεγαλύτερη ακρίβεια, έχοντας ως αποτέλεσμα λιγότερες επιπλοκές στο μέλλον, και άρα ταχύτερη ανάρρωση και θεραπεία.
- Ψυχολογικά, χάρη σε όλους τους παραπάνω λόγους
- Αναβαθμίζεται ποιοτικά η υπηρεσία παροχής φροντίδας
- Οι επαγγελματίες υγείας αλλά και το διοικητικό προσωπικό δρουν με μεγαλύτερη υπευθυνότητα, επικεντρωμένοι στην ικανοποίηση του ίδιου του ασθενή, και άρα έχουν αυξημένη αποδοτικότητα
- Τέλος, γίνονται πιο ορθές και εποικοδομητικές αλλαγές, αφού προσδιορίζονται με μεγαλύτερη σαφήνεια οι ποιοτικές και μη ενέργειες ώστε να πραγματοποιηθούν οι απαραίτητες αλλαγές για την αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Κεφάλαιο 5: Μεθοδολογια ερευνας

5.1. Σκοπός

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να εξετάσει την ικανοποίηση των πελατών νεαρής ηλικίας (18 – 30 ετών) από την παροχή υπηρεσιών από το Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο.

Από τον παραπάνω σκοπό προκύπτουν τα εξής ερευνητικά ερωτήματα:

1.Η ικανοποίηση των ασθενών από το περιβάλλον και την υποδοχή από τα δημόσια νοσοκομεία διαφέρει ανάλογα με το τμήμα που νοσηλεύτηκαν;

2. Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο;

3. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις διαφέρει ανάλογα με το αν είναι ασφαλισμένοι;

4. Οι εντυπώσεις των ασθενών από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα διαφέρουν ανάλογα με το πόσες μέρες έμειναν στο νοσοκομείο;

5. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες διαφέρουν ανάλογα με το αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο;

5.2. Μεθοδολογία

Στο κεφάλαιο αυτό παρουσιάζονται ο ερευνητικός σχεδιασμός, το θεωρητικό πλαίσιο της εργασίας, στοιχεία για τον πληθυσμό και το δείγμα, η μέθοδος δειγματοληψίας, το ερευνητικό εργαλείο, ηθικά ζητήματα και οι περιορισμοί.

5.2.1. Ερευνητικός σχεδιασμός

Για να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, τα οποία διερευνούσαν την ικανοποίηση των πελατών νεαρής ηλικίας (18 – 30 ετών) από την παροχή υπηρεσιών από το Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο, θεωρήθηκε ότι το πιο κατάλληλο είδος έρευνας ήταν η ποσοτική έρευνα, η οποία χρησιμοποιείται συχνά, ειδικά όταν στόχος του ερευνητή είναι η συγκέντρωση απόψεων γύρω από ένα θέμα (Mitchell & Jolley, 2007). Επομένως, θεωρήθηκε ότι η έρευνα έπρεπε να σχεδιαστεί με βάση αυτή τη στρατηγική ούτως ώστε να συγκεντρωθούν επαρκή δεδομένα γύρω από το θέμα των παραγόντων που σχετίζονται με το συγκεκριμένο θέμα. Παράλληλα, προτιμήθηκε να

διεξαχθεί ποσοτική έρευνα, αφού πρόκειται για μια ερευνητική μέθοδο που χαρακτηρίζεται από ευχρηστία και ευκολία συλλογής όγκου ερευνητικών δεδομένων, συνήθως αριθμητικών, σε μικρό χρονικό διάστημα, σε αντίθεση με την ποιοτική έρευνα η οποία είναι περισσότερο χρονοβόρα και πιο περίπλοκη στη διεξαγωγή της. Επιπρόσθετα, η ποσοτική έρευνα εξυπηρετεί σκοπούς γενικευσιμότητας, ενώ συνδέεται με την εξαγωγή περιγραφικών και επαγωγικών αποτελεσμάτων, τα οποία μπορούν να δώσουν χρήσιμες πληροφορίες για τις στάσεις και τις απόψεις ενός συγκεκριμένου πληθυσμού (Coolican, 2002˙ Bryman, 2008). Τέλος, για σκοπούς χρονικών περιορισμών, αποφασίστηκε η έρευνα να είναι συγχρονική, δηλαδή να διεξαχθεί σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή, χωρίς επαναμέτρηση όπως γίνεται στις διαχρονικές μελέτες (Creswell, 2011).

5.2.2. Ερευνητικό εργαλείο

Για να διερευνηθεί η ικανοποίηση των πελατών νεαρής ηλικίας (18 – 30 ετών) από την παροχή υπηρεσιών από το Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο. Στα πλαίσια αυτά αποφασίστηκε το ερωτηματολόγιο να αποτελεί το κύριο ερευνητικό εργαλείο που θα χρησιμοποιείτο στην έρευνα και να κατασκευαστεί από τον ερευνητή, αφού δεν βρέθηκε κάποιο έτοιμο ερωτηματολόγιο που θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στην παρούσα έρευνα. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί το πιο συνηθισμένο ερευνητικό εργαλείο για τις έρευνες επισκόπησης, αφού συνάδει με τους σκοπούς που εξυπηρετούν, όντας εύχρηστο και εύκολο στη διανομή και συγκέντρωσή του, ενώ επίσης επιτρέπει να μαζευτούν πολλά δεδομένα γρήγορα που αναλύονται χωρίς ιδιαίτερη δυσκολία (Robson & McCartan, 2015· Creswell, 2011).

Για να επιτευχθεί ακρίβεια στη συλλογή των δεδομένων και να βελτιωθεί ο δείκτης ανταποκρισιμότητας, καθώς και η εγκυρότητα και αξιοπιστία, δόθηκε ιδιαίτερη προσοχή ούτως ώστε το ερωτηματολόγιο να μπορεί να συμπληρωθεί εύκολα και γρήγορα από τους ερωτώμενους, να μην περιέχει συνηθισμένα λάθη που γίνονται κατά τη διατύπωση των ερωτήσεων, όπως είναι οι διπλές ή οι μεγάλες και δυσνόητες ερωτήσεις, να είναι απλό και κατανοητό, να είναι ενδιαφέρον για τους ερωτώμενους, να τους ενθαρρύνει να απαντήσουν, να προάγει την ειλικρίνεια και να είναι σύμφωνο με την ηθική δεοντολογία (Creswell, 2011· Mitchell & Jolley, 2007). Αποφασίστηκε επίσης το ερωτηματολόγιο να είναι δομημένο και περιέχει μόνο ερωτήσεις κλειστού

τύπου, με τις οποίες μπορεί να επιτευχθεί ο στόχος της εύκολης κωδικοποίησης και ανάλυσης αφενός, αλλά αφετέρου και του μεγαλύτερου πλούτου πληροφοριών και εύρους απαντήσεων (Coolican, 2004). Το ερωτηματολόγιο κατασκευάστηκε με τρόπο που να μην φαίνεται μεγάλο, αφού όταν ένα ερωτηματολόγιο είναι σύντομο τότε συνδέεται με μεγαλύτερο βαθμό ανταποκρισιμότητας (Hutchinson, 2004).

Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου ζητούνταν πληροφορίες για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων, δηλαδή το φύλο, την ηλικία, το ανώτερο επίπεδο μόρφωσης, κ.α.

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνά την ύπαρξη ασφάλισης από τους συμμετέχοντες, το τμήμα που νοσηλεύτηκαν, τις μέρες που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο, στο αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο νοσοκομείο, ο τρόπος και το μεταφορικό μέσο που χρησιμοποιήσαν για να επισκεφθούν το νοσοκομείο και αν η πρόσβαση στο νοσοκομείο ήταν εύκολη και βρήκαν εύκολα θέση στο πάρκινγκ. Οι ερωτήσεις της συγκεκριμένης ενότητας ήταν κλειστού τύπου.

Το τρίτο μέρος του ερωτηματολόγιο διερευνά το βαθμό ικανοποίησης των συμμετεχόντων από το περιβάλλον και την υποδοχή στο νοσοκομείο, από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις, από τις εντυπώσεις από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και από τις διοικητικές υπηρεσίες. Το τελικό ερωτηματολόγιο παρατίθεται στο παράρτημα Α.

5.2.3. Πληθυσμός – δείγμα

Τον πληθυσμό της έρευνας αποτέλεσαν άτομα νεαρής ηλικίας που είχαν λάβει παροχή υπηρεσιών από το Ελληνικό Δημόσιο Νοσοκομείο. Το δειγμα της ερευνας αποτελουνταν απο 112 ατομα νεαρης ηλικιας (18-30 ετων). Το δείγμα επιλέχθηκε με συνδυασμό βολικής δειγματοληψίας και δειγματοληψίας χιονοστιβάδας (Creswell, 2011). Αν και η βολική δειγματοληψία δεν γίνεται με τυχαίο τρόπο και επομένως δεν επιτρέπει γενικευσιμότητα, από την άλλη όμως θεωρείται κατάλληλη μέθοδος όταν υπάρχουν χρονικοί περιορισμοί καθώς και δυσκολία εξεύρεσης του πληθυσμού, όπως συνέβη με την παρούσα έρευνα. Παράλληλα, η δειγματοληψία χιονοστιβάδας θεωρείται επίσης χρήσιμη για την περίπτωση όπου δεν είναι εύκολο να εντοπιστεί και να προσεγγιστεί ο πληθυσμός. Με τη δειγματοληψία χιονοστιβάδας λοιπόν γίνεται δυνατή η ανεύρεση δείγματος μέσα από την παραπομπή από συμμετέχοντες σε άτομα

που θα μπορούσαν να συμμετάσχουν στην έρευνα, οι οποίοι με τη σειρά τους συστήνουν άλλα άτομα και ούτω καθεξής, όπως έγινε στην προκειμένη περίπτωση (Coolican, 2002).

Έτσι, παρά τις αδυναμίες των δύο τρόπων δειγματοληψίας που χρησιμοποιήθηκαν, δηλαδή βολική δειγματοληψία και δειγματοληψία χιονοστιβάδας, δεδομένου ότι στόχος της παρούσας έρευνας δεν ήταν η γενικευσιμότητα (Robson & McCartan, 2015). Εξάλλου οι μέθοδοι αυτές έχουν επίσης το πλεονέκτημα ότι μπορούν να διεκπεραιωθούν σχετικά γρήγορα και χωρίς κάποιο κόστος. Τελικά συμπληρώθηκαν 112 ερωτηματολόγια

5.2.4. Συλλογή και ανάλυση δεδομένων

Αφού αποφασίστηκε ότι τα δεδομένα έπρεπε να συλλεχθούν μέσα από μια ποσοτική έρευνα ούτως ώστε να απαντηθούν τα ερευνητικά ερωτήματα, επιλέγηκε ως καταλληλότερο εργαλείο το ερωτηματολόγιο, όπως εξηγήθηκε προηγουμένως. Το ερωτηματολόγιο σχεδιάστηκε και κατασκευάστηκε από τον ερευνητή και δοκιμάστηκε πιλοτικά σε δείγμα 7 ατόμων. Αφού έγιναν οι απαραίτητες διορθώσεις με βάση τις υποδείξεις τους, το ερωτηματολόγιο στάλθηκε μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου σε συνάδερφους, φίλους και γνωστούς του ερευνητή. Ο ερευνητής ήρθε σε τηλεφωνική επικοινωνία με τους εν δυνάμει συναδέρφους τους και αφού τους εξηγούσε το σκοπό της έρευνας και τους διαβεβαίωνε για την ανωνυμία και την εμπιστευτικότητα, τους έστελνε το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, με την παράκληση να το συμπληρώσουν. Δεδομένου ότι η συμμετοχή στην έρευνα ήταν εθελοντική, οι ερωτώμενοι είχαν το δικαίωμα να μην συμμετάσχουν αν δεν το επιθυμούσαν.

Τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια καταχωρήθηκαν σε φύλλα του SPSS. Αρχικά παρουσιάστηκαν τα δεδομένα με περιγραφική ανάλυση και στην συνέχεια απαντήθηκαν τα ερευνητικά ερωτήματα με επαγωγικούς ελέγχους t – test και ANOVA.

5.2.5. Ηθικά θέματα

Καθόλη τη διαδικασία της έρευνας λήφθηκε μέριμνα να τηρηθεί η ερευνητική δεοντολογία. Συγκεκριμένα τηρήθηκαν τα ακόλουθα (Robson & McCartan, 2015):

- Πληροφορημένη συναίνεση.

- Ανωνυμία και εμπιστευτικότητα.
- Δικαίωμα μη συμμετοχής στην έρευνα χωρίς καμία επίπτωση.
- Ειλικρίνεια και διαφάνεια κατά τη διαδικασία και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων.

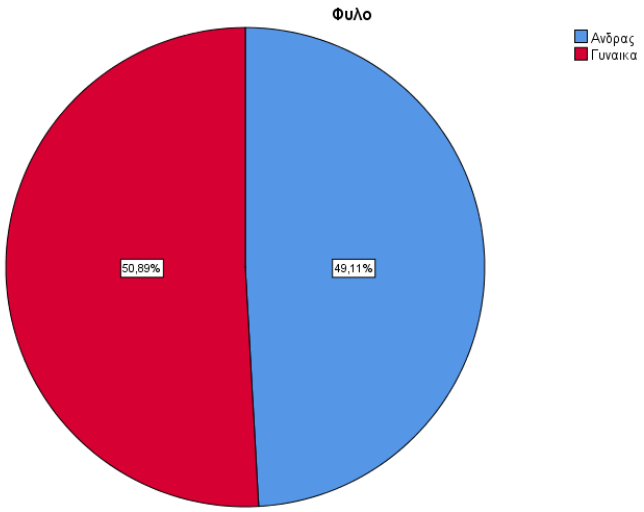
5.2.6. Περιορισμοί της έρευνας

Οι κύριοι περιορισμοί της έρευνας ήταν οι ακόλουθοι (Creswell, 2011):

- Το δείγμα ήταν σχετικά μικρό, ενώ επιλέχθηκε με μη τυχαίο τρόπο, με αποτέλεσμα να μην μπορούν να γίνουν γενικεύσεις.
- Το γεγονός ότι ο ερευνητής προσέγγιζε προσωπικά τους ερωτώμενους πιθανόν να τους έχει οδηγήσει σε προκατάληψη και συγκεκριμένα σε προσπάθεια ανταπόκρισης στις προσδοκίες του ερευνητή.
- Οι απόψεις των συμμετεχόντων δεν έχουν διερευνηθεί σε βάθος, πράγμα που θα μπορούσε να γίνει με συνεντεύξεις.

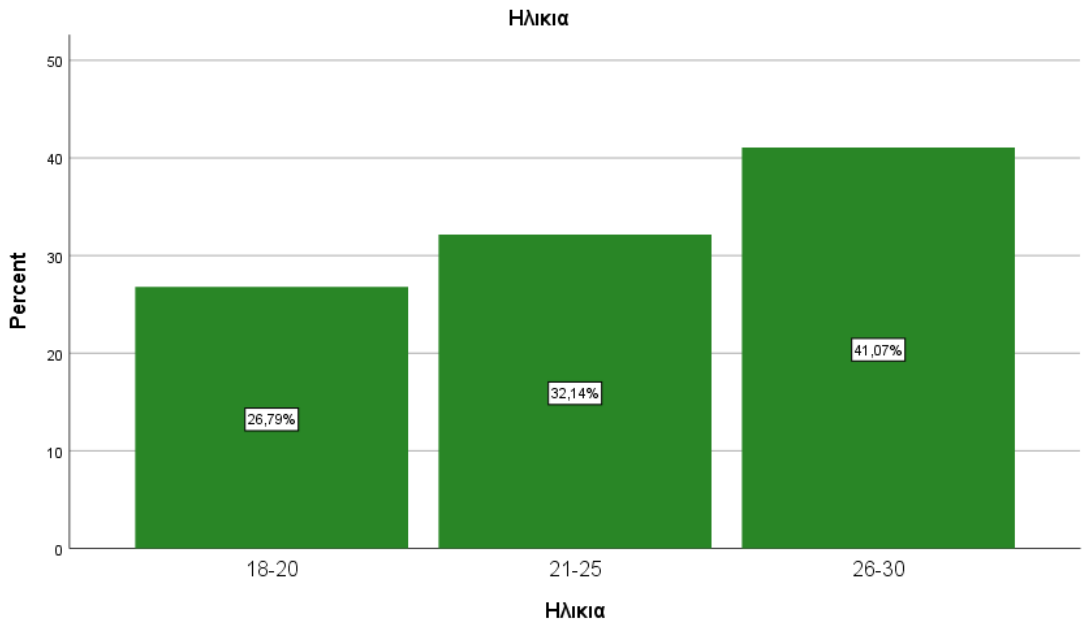
5.3 Αποτελέσματα

Σε αυτή την έρευνα συμμετείχαν 112 ασθενής. Από το διάγραμμα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες (N=57, 50.9%) και το 49.1%των συμμετεχόντων ήταν άντρες.



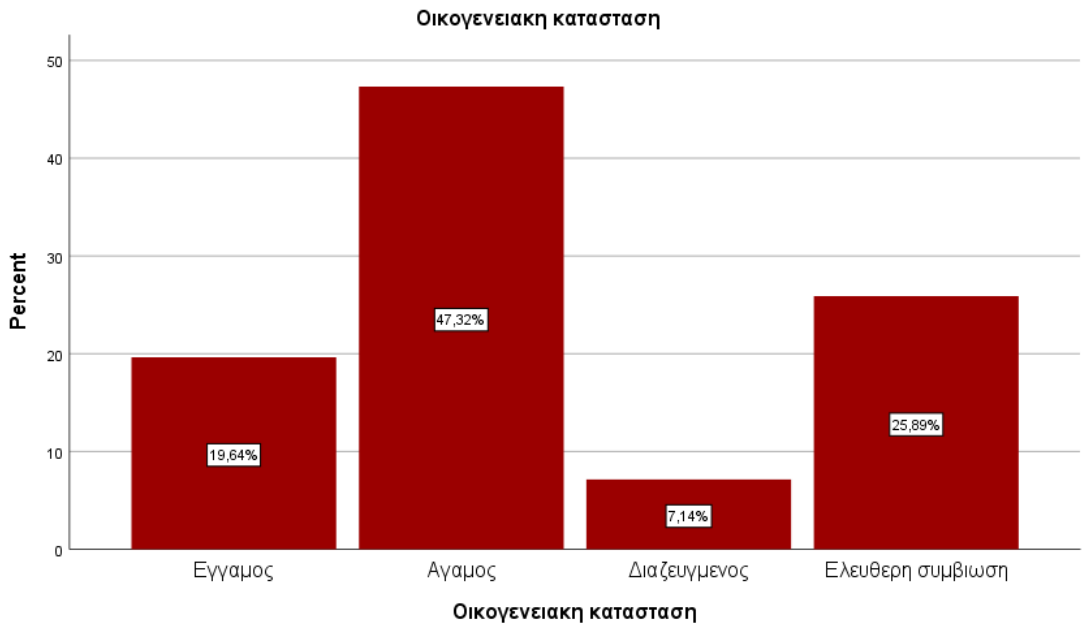
Διάγραμμα 1: Φύλο

Από το διάγραμμα 2 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς είχαν ηλικία 26 – 30 ετών (N=46, 41.1%). Το 32.1% των συμμετεχόντων είχαν ηλικία από 21 – 25 ετών και το 26.8% αυτών είχαν ηλικία από 18 – 20 ετών.



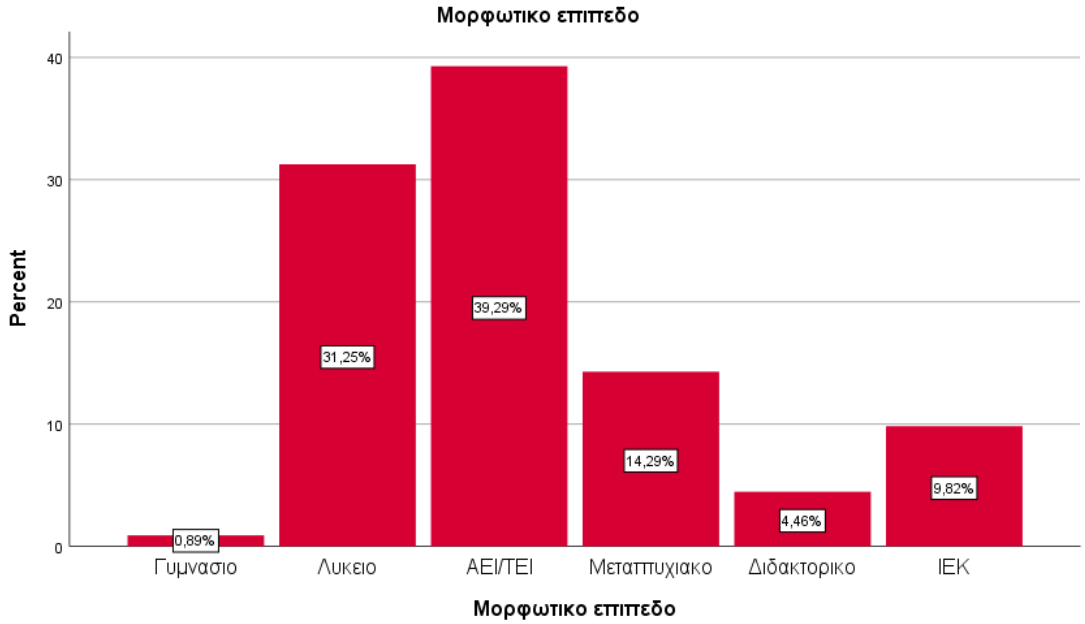
Διάγραμμα 2: Ηλικία

Στο διάγραμμα 3 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν άγαμοι (N=53, 47.3%). Το 25.9% των συμμετεχόντων έχουν ελεύθερη συμβίωση, το 19.6% αυτών ήταν έγγαμοι και το 7.1% αυτών ήταν διαζευγμένοι.



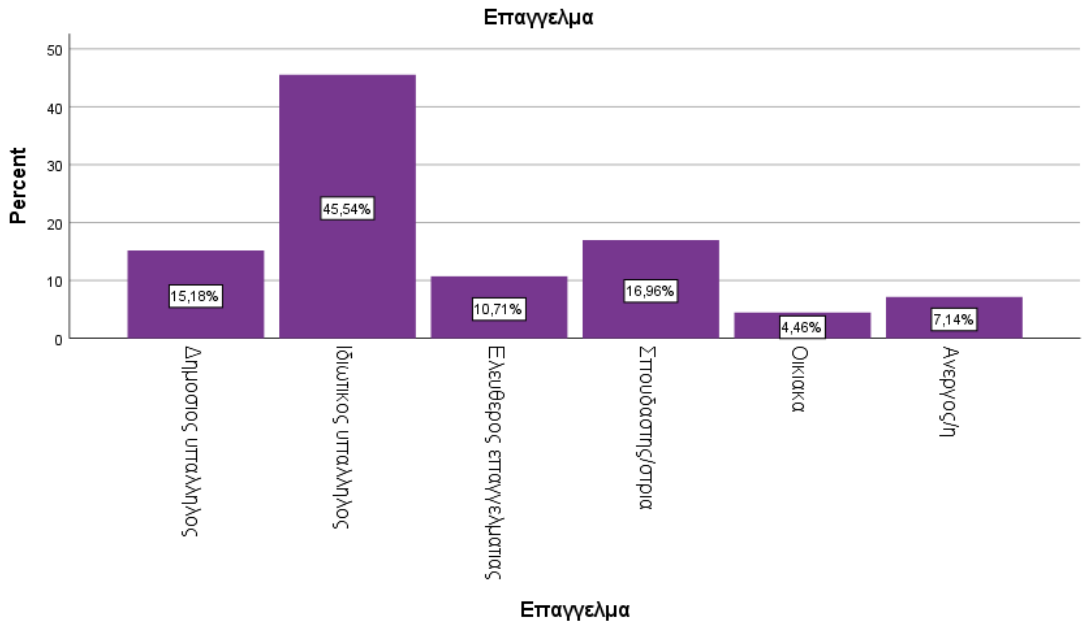
Διάγραμμα 3: Οικογενειακή κατάσταση

Από το διάγραμμα 4 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ (N=44, 39.3%). Το 31.3% των συμμετεχόντων ήταν απόφοιτοι Λυκείου, το 14.3% των συμμετεχόντων ήταν κάτοχοι Μεταπτυχιακού τίτλου, το 9.8% αυτών ήταν απόφοιτοι ΙΕΚ, το 4.5% αυτών ήταν κάτοχοι Διδακτορικού και το 0.9% αυτών ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου.



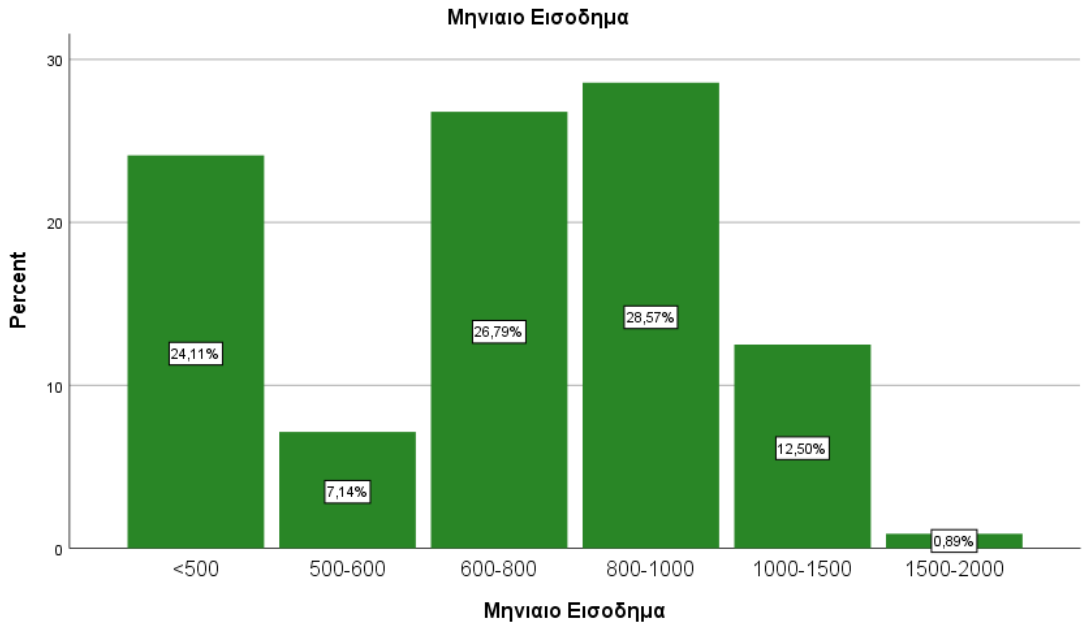
Διάγραμμα 4: Μορφωτικό επίπεδο

Από το διάγραμμα 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι (N=51, 45.5%). Το 17% των συμμετεχόντων ήταν σπουδαστές, το 15.2% αυτών ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 10.7% αυτών ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες, το 7.1% αυτών ήταν άνεργοι και το 4.5% αυτών ασχολούνταν με τα οικιακά.



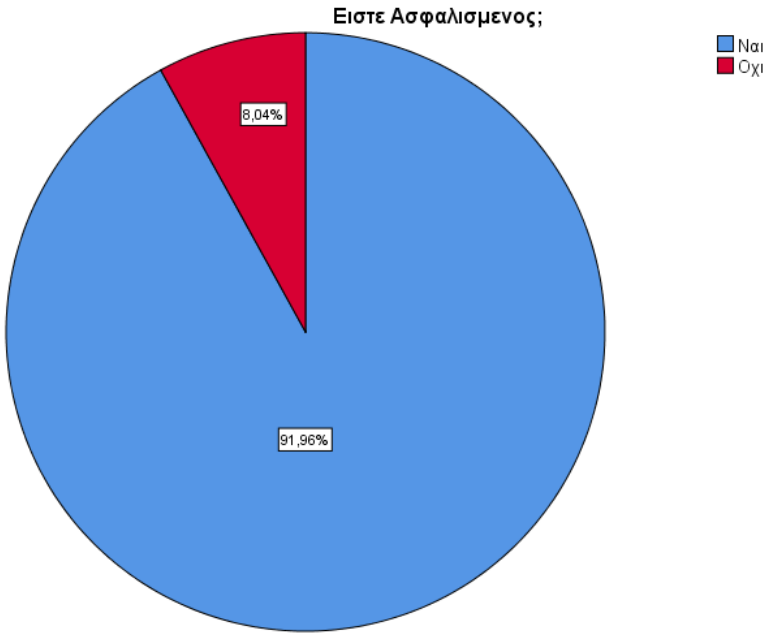
Διάγραμμα 5: Επάγγελμα

Στο διάγραμμα 6 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν μηνιαίο εισόδημα από 800 – 1000 ευρώ (N=32, 28.6%). Το 26.8% των συμμετεχόντων είχαν μηνιαίο εισόδημα από 600 – 800 ευρώ, το 24.1% αυτών είχαν μηνιαίο εισόδημα λιγότερο από 500 ευρώ, το 12.5% αυτών είχαν μηνιαίο εισόδημα από 1000 – 1500 ευρώ, το 7.1% αυτών είχαν μηνιαίο εισόδημα από 500 – 600 ευρώ και το 0.9% αυτών είχαν μηνιαίο εισόδημα από 1600 – 2000 ευρώ.



Διάγραμμα 6: Μηνιαίο εισόδημα

Από το διάγραμμα 7 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι (N=103, 92%) και το 8% αυτών δεν ήταν ασφαλισμένοι.

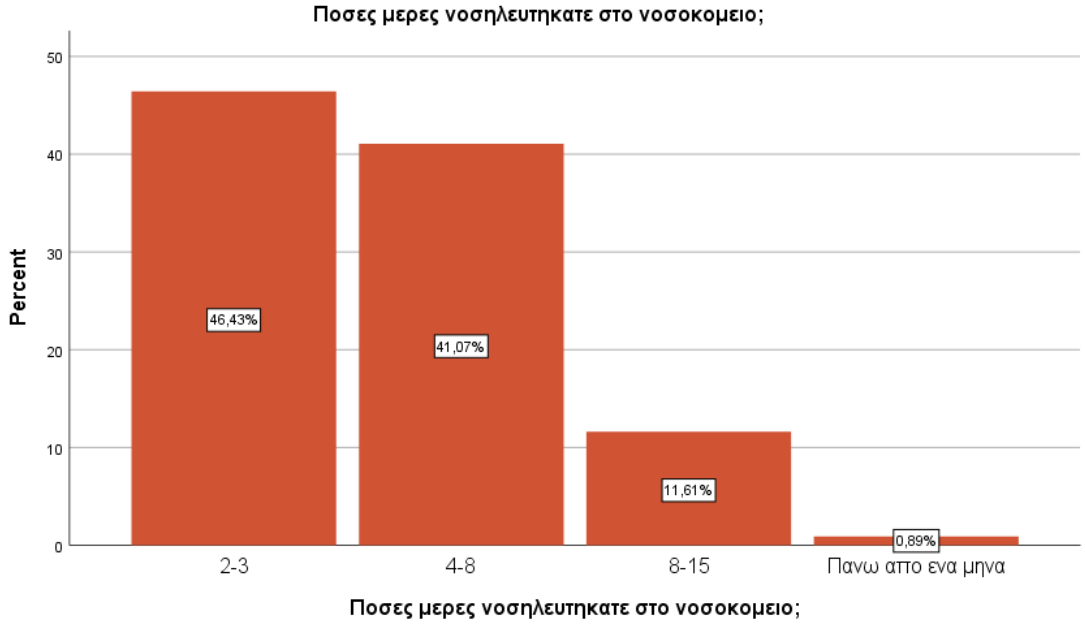


Διάγραμμα 7: Ύπαρξη ασφάλισης

Στο διάγραμμα 8 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλεύτηκαν στην χειρουργική κλινική (N=20, 17.9%). Το 15.2% των ασθενών νοσηλεύτηκαν στην παθολογική κλινική, το 14.3% αυτών νοσηλεύτηκαν στην ορθοπεδική κλινική και το 11.6% αυτών νοσηλεύτηκαν στην μαιευτική – γυναικολογική και στην πνευμονολογική. Ενώ οι υπόλοιποι νοσηλεύτηκαν σε άλλα τμήματα.

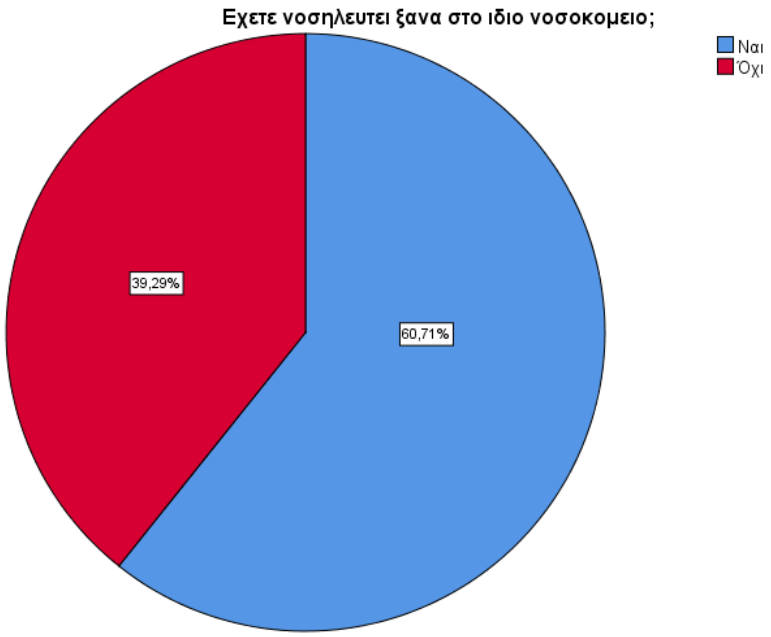
Διάγραμμα 8: Κλινική – τμήμα νοσηλείας

Από το διάγραμμα 9 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς νοσηλευτήκαν στο νοσοκομείο από 2 – 3 μέρες (N=52, 46.4%). Το 41.1% των συμμετεχόντων νοσηλευτήκαν στο νοσοκομείο από 4 – 8 μέρες, το 11.6% αυτών νοσηλευτήκαν στο νοσοκομείο από 8 – 15 μέρες και το 0.9% αυτών νοσηλευτήκαν πάνω από ένα μήνα.



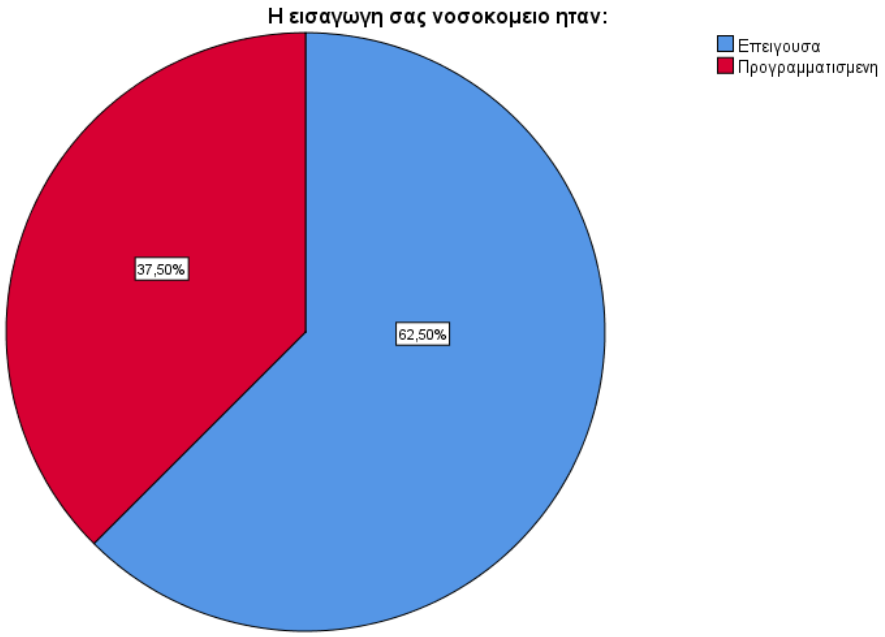
Διάγραμμα 9: Μέρες νοσηλείας στο νοσοκομείο

Από το διάγραμμα 10 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο (N=68, 60.7%) και το 39.3% αυτών δεν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο.



Διάγραμμα 10: Νοσηλεία ξανά στο ίδιο νοσοκομείο

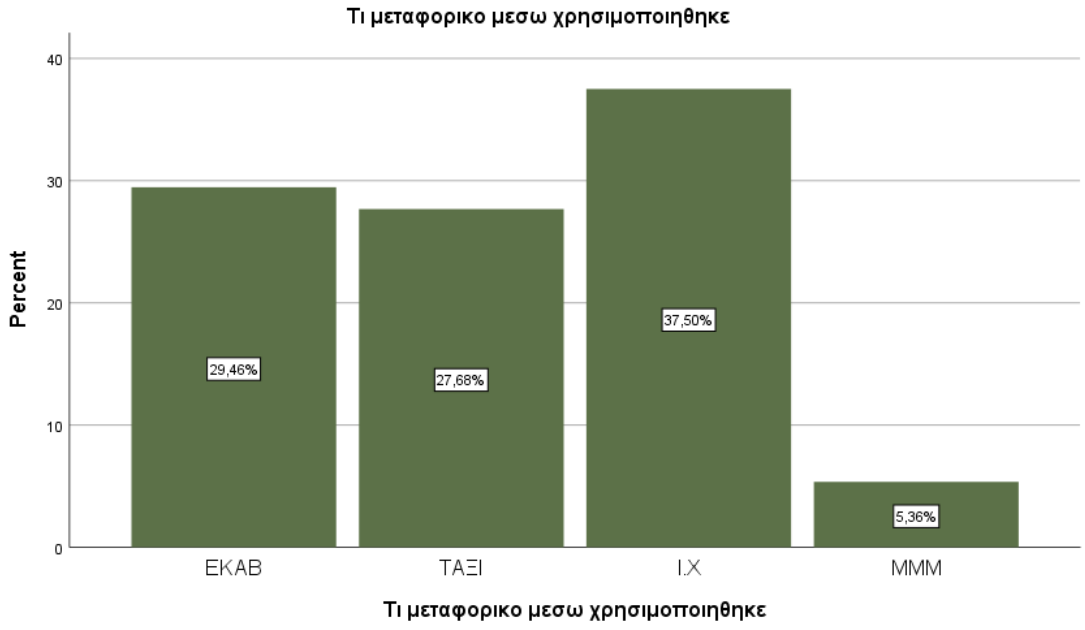
Από το διάγραμμα 11 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς έκαναν εισαγωγή στα επείγοντα (N=70, 62.5%) και το 37.5% αυτών έκαναν προγραμματισμένη εισαγωγή.



Διάγραμμα 11: Είδος εισαγωγής στο νοσοκομείο

Από το διάγραμμα 12 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες χρησιμοποιήσαν για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο Ι.Χ. (N=42, 37.5%). Το 29.5% των συμμετεχόντων διακομίστηκαν στο νοσοκομείο με ΕΚΑΒ, το 27.7% των

συμμετεχόντων χρησιμοποιήσαν για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο ΤΑΞΙ και το 5.5% αυτών χρησιμοποιήσαν για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο στο ΜΜΜ.

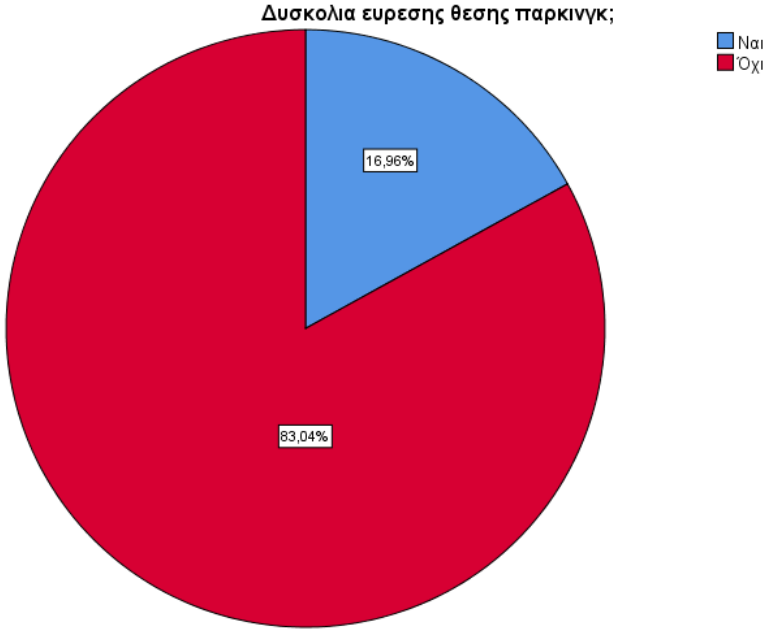


Διάγραμμα 12: Μεταφορικό μέσο για την μεταφορά στο νοσοκομείο

Από το διάγραμμα 13 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είχαν εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο (N=107, 95.5%) και το 4.5% αυτών δεν είχαν εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο.

Διάγραμμα 13: Εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο

Στο διάγραμμα 14 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες δεν αντιμετώπισαν δυσκολία στην εύρεση θέσης πάρκινγκ (N=93, 83%) και το 17% αυτών αντιμετώπισαν δυσκολία στην εύρεση θέσης πάρκινγκ.



Διάγραμμα 14: Δυσκολία εύρεσης θέσης πάρκινγκ

Από τον πίνακα 1 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι από την παροχή πληροφοριών (για συμπλήρωση εγγράφων κτλ) (N=49, 43.8%), από την συμπεριφορά του προσωπικού που τους δέχτηκε (N=44, 39.3%) και από τις εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στον χώρο υποδοχής (N=41, 36.6%).

Ακόμα από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα φαγητού (N=52, 46.4%), από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί τους (N=49, 43.8%), από την καθαριότητα WC (N=47, 42%) και από την θερμοκρασία χώρων (N=46, 41.1%). Τέλος από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την ησυχία (N=44, 39.3%), από την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση τους στην κλινική (N=43, 38.4%), από τις εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στον χώρο υποδοχής (N=41, 36.6%) και από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία (N=41, 36.6%).

Πίνακας 1: Βαθμός ικανοποίησης από τον περιβάλλον και την υποδοχή

	Πολύ ικανοποιημένος		Ικανοποιημένος		Μέτρια ικανοποιημένος		Δυσαρεστημένος		Πολύ δυσαρεστημένος	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε	7	6.3%	**44**	**39.3%**	38	33.9%	18	16.1%	5	4.5%
Παροχή πληροφοριών (για συμπλήρωση εγγράφων κ.τ.λ)	4	3.6%	**49**	**43.8%**	30	26.8%	25	22.3%	4	3.6%
Ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση σας στην κλινική	12	10.7%	33	29.5%	**43**	**38.4%**	16	14.3%	8	7.1%
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στον χώρο υποδοχής	3	2.7%	**41**	**36.6%**	**41**	**36.6%**	23	20.5%	4	3.6%
Θερμοκρασία χωρών	8	7.1%	34	30.4%	**46**	**41.1%**	21	18.8%	3	2.7%
Ησυχία	5	4.5%	34	30.4%	**44**	**39.3%**	26	23.2%	3	2.7%
Καθαριότητα W.C	15	13.4%	35	31.3%	**47**	**42%**	15	13.4%	0	0%
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	5	4.5%	39	34.8%	**41**	**36.6%**	21	18.8%	6	5.4%
Ικανοποίηση από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί σας	3	2.7%	27	24.1%	**49**	**43.8%**	27	24.1%	6	5.4%
Ποιότητα φαγητού	4	3.6%	23	20.5%	**52**	**46.4%**	31	27.7%	2	1.8%

Στον πίνακα 2 παρουσιάζεται ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τον χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων (N=51, 45.5%), από την τήρηση της προγραμματισμένης ώρα - ημέρας του ραντεβού εξέτασης η επέμβασης (N=51, 45.5%), από την έγκαιρη εισαγωγή (N=49, 43.8%) και από τον χρόνο αναμονής για την διενέργεια εξετάσεων η επέμβασης (N=49, 43.8%).

Πίνακας 2: Βαθμός ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης

	Πολύ ικανοποιημένος		Ικανοποιημένος		Μέτρια ικανοποιημένος		Δυσαρεστημένος		Πολύ δυσαρεστημένος	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Έγκαιρη εισαγωγη	3	2.7%	24	21.4%	**49**	**43.8%**	32	28.6%	4	3.6%
Χρόνος αναμονής για την διενέργεια εξετάσεων η επέμβασης	3	2.7%	22	19.6%	**49**	**43.8%**	33	29.5ς%	5	4.5%
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετασεων	2	1.8%	29	25.9%	**51**	**45.5%**	26	23.2%	4	3.6%
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρα - ημέρας του ραντεβού εξετασης η επέμβασης	3	2.7%	29	25.9%	**51**	**45%.5%**	24	21.4%	5	4.5%

Από τον πίνακα 3 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων (N==56, 50%), από την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων (N=47, 42%) και από τον σεβασμό της προσωπικότητας του εξεταζόμενού (παραβαν κ.τ.λ) (N=42, 37.5%).

Πίνακας 3: Βαθμός ικανοποίησης από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις

	Πολύ ικανοποιημένος		Ικανοποιημένος		Μέτρια ικανοποιημένος		Δυσαρεστημένος		Πολύ δυσαρεστημένος	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων	1	0.9%	34	30.4%	**56**	**50%**	17	15.2%	4	3.6%
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενού (παραβαν	3	2.7%	41	36.6%	**42**	**37.5%**	19	17%	7	6.3%

κ.τ.λ)										
Αξιοπιστία αποτελεσμάτων	8	7.1%	35	31.3%	**47**	**42%**	15	13.4%	7	6.3%

Από τον πίνακα 4 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα ιατρικής φροντίδας (ικανότητα ιατρών) (N=56, 50%), από την γενικότερη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλεία (N=56, 50%), από την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης τους (N=48, 42.9%), την συμπεριφορά ιατρών (N=43, 38.4%) και από την ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό (N=40, 35.7%).

Πίνακας 4: Βαθμός ικανοποίησης από τις εντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα

	Πολύ ικανοποιημένος		Ικανοποιημένος		Μέτρια ικανοποιημένος		Δυσαρεστημένος		Πολύ δυσαρεστημένος	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (ικανότητα ιατρών)	3	2.7%	37	33%	**56**	**50%**	12	10.7%	4	3.6%
Συμπεριφορά ιατρων	7	6.3%	42	37.5%	**43**	**38.4%**	13	11.6%	7	6.3%
Ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό	1	0.9%	36	32.1%	**40**	**35.7%**	30	26.8%	5	4.5%
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης σας	7	6.3%	31	27.7%	**48**	**42.9%**	21	18.8%	5	4.5%
Γενικότερη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλεία	5	4.5%	32	28.6%	**56**	**50%**	16	14.3%	3	2.7%

Από τον πίνακα 5 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (ικανότητα νοσηλευτών) (N=50, 44.6%), από την συμπεριφορά των νοσηλευτών (ευγένεια, ενημέρωση κ.τ.λ) (N=46, 41.1%), από την ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό (N=46, 41.1%) και από την γενικότερη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας (N=42, 37.5%).

Πίνακας 5: Βαθμός ικανοποίησης από τις εντυπώσεις από την νοσηλευτική φροντίδα

	Πολύ ικανοποιημένος		Ικανοποιημένος		Μέτρια ικανοποιημένος		Δυσαρεστημένος		Πολύ δυσαρεστημένος	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (ικανότητα νοσηλευτών)	3	2.7%	44	39.3%	**50**	**44.6%**	13	11.6%	2	1.8%
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ευγένεια, ενημέρωση κ.τ.λ)	11	9.8%	35	31.3%	**46**	**41.1%**	13	11.6%	7	6.3%
Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό	4	3.6%	42	37.5%	**46**	**41.1%**	16	14.3%	4	3.6%
Γενικότερη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας	5	4.5%	47	42%	**42**	**37.5%**	13	11.6%	5	4.5%

Από τον πίνακα 6 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ικανοποιημένοι από την προστασία των προσωπικών δεδομένων (N=48, 42.9%). Ακόμα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού (N=59, 52.7%).

Πίνακας 6: Βαθμός ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες

	Πολύ ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Μέτρια ικανοποιημένος	Δυσαρεστημένος	Πολύ δυσαρεστημένος

	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ευγένεια, σεβασμός)	5	4.5%	26	23.2%	**59**	**52.7%**	21	18.8%	1	0.9%
Προστασία προσωπικών δεδομένων	1	0.9%	**48**	**42.9%**	31	27.7%	28	25%	4	3.6%

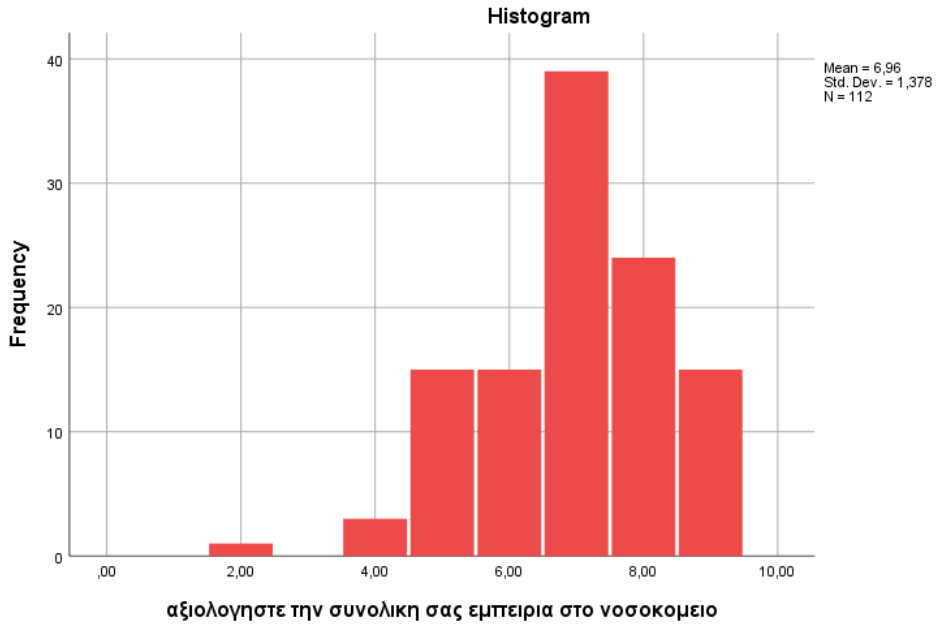
Από το διάγραμμα 15 προκύπτει ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θα επιλέγαν τα έρθουν ξανά στο ίδιο νοσοκομείο (N=75, 67%). Ενώ το 33% αυτών δεν θα επιλέγαν τα έρθουν ξανά στο ίδιο νοσοκομείο.

Διάγραμμα 15: Επιλογή επίσκεψης στο ίδιο νοσοκομείο

Από το διάγραμμα 16 προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς θα σύστηναν το ίδιο νοσοκομείο στο κύκλο τους (N=74, 66.1%). Ενώ το 33.9% αυτών δήλωσαν ότι δεν θα σύστηναν το ίδιο νοσοκομείο στο κύκλο τους.

Διάγραμμα 16: Σύσταση του ίδιου νοσοκομείου στον κύκλο τους

Από το διάγραμμα 17 προκύπτει ότι οι ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι από την εμπειρία τους στο νοσοκομείο (Μ.Ο.=6.96, Τ.Α.=1.38).



Διάγραμμα 17: Αξιολόγηση από την συνολική εμπειρία στο νοσοκομείο

5.4 Ερευνητικά *ερωτήματα*

1.Η ικανοποίηση των ασθενών από το περιβάλλον και την υποδοχή από τα δημόσια νοσοκομεία διαφέρει ανάλογα με το τμήμα που νοσηλεύτηκαν;

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ANOVA ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών από το περιβάλλον και την υποδοχή από τα δημόσια νοσοκομεία και στο τμήμα που νοσηλευτήκαν. Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι 5%. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι η ικανοποίηση των ασθενών από το περιβάλλον και την υποδοχή από τα δημόσια νοσοκομεία δεν διαφέρει ανάλογα με το τμήμα που νοσηλεύτηκαν. Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών από το περιβάλλον και την υποδοχή από τα δημόσια νοσοκομεία και στο τμήμα που νοσηλευτήκαν.

Πίνακας 7: Έλεγχος ANOVA για το πρώτο ερευνητικό ερώτημα

	Sum of	df	Mean	F	Sig.

		Squares		Square		
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε	Between Groups	7,678	9	,853	,923	,509
	Within Groups	94,286	102	,924		
	Total	101,964	111			
Παροχή πληροφοριών (για συμπλήρωση εγγράφων κ.τ.λ)	Between Groups	3,979	9	,442	,465	,895
	Within Groups	96,878	102	,950		
	Total	100,857	111			
Ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση σας στην κλινική	Between Groups	7,637	9	,849	,748	,665
	Within Groups	115,782	102	1,135		
	Total	123,420	111			
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στον χώρο υποδοχής	Between Groups	7,696	9	,855	1,063	,396
	Within Groups	82,019	102	,804		
	Total	89,714	111			
Θερμοκρασία χώρων	Between Groups	5,980	9	,664	,768	,646
	Within Groups	88,297	102	,866		
	Total	94,277	111			
Ησυχία	Between Groups	6,385	9	,709	,858	,565
	Within Groups	84,330	102	,827		
	Total	90,714	111			
Καθαριότητα W.C	Between Groups	3,107	9	,345	,416	,924
	Within Groups	84,572	102	,829		
	Total	87,679	111			
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία	Between Groups	10,131	9	1,126	1,254	,271
	Within Groups	91,583	102	,898		
	Total	101,714	111			
Ικανοποίηση από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί σας	Between Groups	10,798	9	1,200	1,551	,140
	Within Groups	78,880	102	,773		
	Total	89,679	111			
Ποιότητα φαγητού	Between Groups	10,403	9	1,156	1,748	,088
	Within Groups	67,454	102	,661		
	Total	77,857	111			

2. Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο;

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος θα γίνει χρήση του ελέγχου t για ανεξάρτητα δείγματα, ανάμεσα στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης και στον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης δεν διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο και ο έλεγχος πραγματοποιείται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.
Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης δεν διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο του 5%.

Πίνακας 8: Έλεγχος t – test για το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα

	Η εισαγωγή σας νοσοκομείο ήταν:	N	Mean	Std. Deviation	t	df	sig
Έγκαιρη εισαγωγή	Επείγουσα	70	3,1286	,84992	0.619	110	0.537
	Προγραμματισμένη	42	3,0238	,89683			
Χρόνος αναμονής για την διενέργεια εξετάσεων η επέμβασης	Επείγουσα	70	3,1857	,82168	0.807	110	0.421
	Προγραμματισμένη	42	3,0476	,96151			
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων	Επείγουσα	70	2,9857	,84258	-0.375	110	0.709
	Προγραμματισμένη	42	3,0476	,85404			
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρα - ημέρας του ραντεβού εξέτασης η επέμβασης	Επείγουσα	70	3,0143	,82520	0.361	110	0.719
	Προγραμματισμένη	42	2,9524	,96151			

3. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις διαφέρει ανάλογα με το αν είναι ασφαλισμένοι;

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος θα γίνει χρήση του ελέγχου t για ανεξάρτητα δείγματα, ανάμεσα στην ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις και στην ύπαρξη ασφάλισης. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις δεν διαφέρει ανάλογα με το αν είναι ασφαλισμένοι και ο έλεγχος πραγματοποιείται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.

Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι ικανοποίηση των ασθενών από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις δεν διαφέρει ανάλογα με το αν είναι ασφαλισμένοι, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο του 5%.

Πίνακας 9: Έλεγχος t – test για το τρίτο ερευνητικό ερώτημα

	Είστε Ασφαλισμένος;	N	Mean	Std. Deviation	t	df	sig
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων	Ναι	103	2,9126	,75546	0.487	110	0.627
	Όχι	9	2,7778	1,20185			
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου (παραβάν κ.τ.λ)	Ναι	103	2,8835	,88894	0.322	110	0.748
	Όχι	9	2,7778	1,48137			
Αξιοπιστία αποτελεσμάτων	Ναι	103	2,8447	,90486	1.516	110	0.132
	Όχι	9	2,3333	1,58114			

4. Οι εντυπώσεις των ασθενών από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα διαφέρουν ανάλογα με το πόσες μέρες έμειναν στο νοσοκομείο;

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος ANOVA ανάμεσα στις εντυπώσεις των ασθενών από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και στο πλήθος των ημερών που έμειναν στο νοσοκομείο. Το επίπεδο σημαντικότητας του ελέγχου είναι 5%. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι οι εντυπώσεις των ασθενών από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα δεν διαφέρουν ανάλογα με το πόσες μέρες έμειναν στο νοσοκομείο.

Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στην συμπεριφορά των νοσηλευτών (ευγένεια, ενημέρωση κτλ) και στο

πλήθος ημερών που έμειναν οι συμμετέχοντες στο νοσοκομείο. Πιο συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες που έμειναν πάνω από μήνα ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι από τους υπόλοιπους αναφορικά με την συμπεριφορά των νοσηλευτών (ευγένεια, ενημέρωση κτλ).

Πίνακας 10: Έλεγχος ANOVA για το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα

		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (ικανότητα ιατρών)	Between Groups	3,963	3	1,321	2,089	,106
	Within Groups	68,314	108	,633		
	Total	72,277	111			
Συμπεριφορά ιατρών	Between Groups	8,263	3	2,754	3,124	,029
	Within Groups	95,228	108	,882		
	Total	103,491	111			
Ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό	Between Groups	2,587	3	,862	1,066	,367
	Within Groups	87,377	108	,809		
	Total	89,964	111			
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης σας	Between Groups	3,001	3	1,000	1,134	,339
	Within Groups	95,249	108	,882		
	Total	98,250	111			
Γενικότερη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας	Between Groups	4,019	3	1,340	1,998	,119
	Within Groups	72,410	108	,670		
	Total	76,429	111			
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (ικανότητα νοσηλευτών)	Between Groups	4,568	3	1,523	2,622	,054
	Within Groups	62,709	108	,581		
	Total	67,277	111			
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ευγένεια, ενημέρωση κ.τ.λ)	Between Groups	10,340	3	3,447	3,663	,015
	Within Groups	101,625	108	,941		
	Total	111,964	111			
Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό	Between Groups	3,936	3	1,312	1,771	,157
	Within Groups	80,028	108	,741		
	Total	83,964	111			
Γενικότερη συμπεριφορά του	Between Groups	5,900	3	1,967	2,535	,061

νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας	Within Groups	83,778	108	,776
	Total	89,679	111	

5. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες διαφέρουν ανάλογα με το αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο;

Για την απάντηση του παραπάνω ερευνητικού ερωτήματος θα γίνει χρήση του ελέγχου t για ανεξάρτητα δείγματα, ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες και στο αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο. Η μηδενική υπόθεση του ελέγχου είναι ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες δεν διαφέρουν ανάλογα με το αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο και ο έλεγχος πραγματοποιείται σε επίπεδο σημαντικότητας 5%.
Από τον ακόλουθο πίνακα προκύπτει ότι ικανοποίηση των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες δεν διαφέρουν ανάλογα με το αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο, αφού το επίπεδο σημαντικότητας είναι μεγαλύτερο του 5%.

Πίνακας 11: Έλεγχος t – test για το πέμπτο ερευνητικό ερώτημα

	Έχετε νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο;	N	Mean	Std. Deviation	t	df	sig
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ευγένεια, σεβασμός)	Ναι	68	2,9412	,80821	0.951	110	0.343
	Όχι	44	2,7955	,76492			
Προστασία προσωπικών δεδομένων	Ναι	68	2,8088	,93453	-0.944	110	.347
	Όχι	44	2,9773	,90190			

5.5 Συμπεράσματα

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να εξετάσει την ικανοποίηση των πελατών νεαρής ηλικίας (18 – 30 ετών) από την παροχή υπηρεσιών από το ελληνικό δημόσιο νοσοκομείο. Οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν γυναίκες, είχαν ηλικία 26 – 30 ετών και ήταν άγαμοι. Ακόμα από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ – ΤΕΙ, ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι και είχαν μηνιαίο εισόδημα από 800 – 1000 ευρώ. Επίσης από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ασφαλισμένοι, νοσηλεύτηκαν στην χειρουργική κλινική, νοσηλευτήκαν στο νοσοκομείο από 2 – 3 μέρες, είχαν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο και έκαναν εισαγωγή στα επείγοντα. Τέλος οι περισσότεροι συμμετέχοντες χρησιμοποιήσαν για την μεταφορά τους στο νοσοκομείο Ι.Χ., είχαν εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο και δεν αντιμετώπισαν δυσκολία στην εύρεση θέσης πάρκινγκ.

Στην συνέχεια από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι ικανοποιημένοι από την παροχή πληροφοριών (για συμπλήρωση εγγράφων κτλ) (N=49, 43.8%), από την συμπεριφορά του προσωπικού που τους δέχτηκε (N=44, 39.3%) και από τις εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στον χώρο υποδοχής (N=41, 36.6%).

Ακόμα προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα φαγητού, από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί τους, από την καθαριότητα WC και από την θερμοκρασία χώρων. Τέλος, οι περισσότεροι συμμετέχοντες είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την ησυχία, από την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση τους στην κλινική, από τις εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στον χώρο υποδοχής και από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία.

Έπειτα οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από τον χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων, από την τήρηση της προγραμματισμένης ώρα - ημέρας του ραντεβού εξέτασης η επέμβασης, από την έγκαιρη εισαγωγή και από τον χρόνο αναμονής για την διενέργεια εξετάσεων η επέμβασης. Ακόμα, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων, από την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων και από τον σεβασμό της προσωπικότητας του εξεταζόμενού

(παραβαν κ.τ.λ). Επίσης, οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα ιατρικής φροντίδας (ικανότητα ιατρών), από την γενικότερη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλεία, από την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης τους, την συμπεριφορά ιατρών και από την ψυχολογική υποστήριξη από το ιατρικό προσωπικό. Επιπρόσθετα, οι περισσότεροι ασθενείς ήταν μέτρια ικανοποιημένοι από την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (ικανότητα νοσηλευτών), από την συμπεριφορά των νοσηλευτών (ευγένεια, ενημέρωση κ.τ.λ), από την ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό και από την γενικότερη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας. Τέλος από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν ικανοποιημένοι από την προστασία των προσωπικών δεδομένων και οι περισσότεροι συμμετέχοντες ήταν μέτρια ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού.

Ακόμα από την έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότεροι συμμετέχοντες θα επιλέγαν τα έρθουν ξανά στο ίδιο νοσοκομείο, θα σύστηναν το ίδιο νοσοκομείο στο κύκλο τους και ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την εμπειρία τους στο νοσοκομείο.

Από το πρώτο ερευνητικό ερώτημα προέκυψε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από το περιβάλλον και την υποδοχή από τα δημόσια νοσοκομεία δεν διαφέρει ανάλογα με το τμήμα που νοσηλεύτηκαν. Από το δεύτερο ερευνητικό ερώτημα προέκυψε ότι η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από την ταχύτητα εξυπηρέτησης δεν διαφέρει ανάλογα με τον τρόπο εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Από το τρίτο ερευνητικό ερώτημα προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις δεν διαφέρει ανάλογα με το αν είναι ασφαλισμένοι. Από το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες που έμειναν πάνω από μήνα ήταν περισσότερο δυσαρεστημένοι από τους υπόλοιπους αναφορικά με την συμπεριφορά των νοσηλευτών (ευγένεια, ενημέρωση κτλ). Και από το τέταρτο ερευνητικό ερώτημα προέκυψε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις διοικητικές υπηρεσίες δεν διαφέρουν ανάλογα με το αν έχουν νοσηλευτεί ξανά στο ίδιο νοσοκομείο.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Aharony L., & Strasser s., (1993) Patient satisfaction: What we Know about and what we still need to explore, Medical Care Review 50 (1).

Bendell, T., Boulter, L., Kelly, J., (1993), Benchmarking for Competitive Advantage, Financial Times Pitman Publishing, London.

Donabedian A., (1980) The definition of quality and approaches to its assessment, Anne Arbr, Health Administration Press Michigan.

Etter, J., Perneger, T.V., (1997), Quantitative and qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan, Evaluation and Program Planning, 20,129-135.

Gaucher E, Coffey R.J., (1993), Total Quality in healthcare. From theory to practice, εκδ. Jossey-Bass Publishers, San Francisco, σ.16-18.

Hunt, H. K., (1977), Consumer Satisfaction/Dissatisfaction: Overview and Research Directions, in H. Keith Hunt, ed., Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction, Cambridge: Marketing Science Institute, 455-488.

Ishikawa, K., Lu, J., D., (1985), What is Total Quality Control-The Japanese Way, ASQC Quality Press, Prentice Hall.

Juran, J., M., Gryna, F., M., (1988), Juan's quality control handbook. 4th ed. McGraw-Hill, New York.

Pascoe G., C., Attkisson CC, (1983), "The Evaluation Ranking Scale: A new Methodology for Assessing Satisfaction", Evaluation and Program Planning, vol 6, pp, 335-347.

Phillips C., 2009, What is a QALY? (Second edition), Health Economics

Sitzia J., & Wood N., (1997), Patient satisfaction: a review of issues and concepts, Soc. Sci. Med 45 (12), p 1829-1843.

Smith C., “Validation of a patient satisfaction”, in Dunnette Mp (ed), Handbook of industrial and organizational psychology, Rand McNally, Chicago, 1976, pp 1297-1349.

Weisman, C., S., Schifrin, E., Romans, M., Clancy, C.M., 2001, Analysis of the 1999 HEDIS/CAHOS 2.0 H adult survey, Elsevier science Inc.

Westbrook, A., R., (1980), Intrapersonal Affective Influences on Consumer Satisfaction with Products, Journal of Consumer Research, 7(6), 49-54.

WHO (1993), Continuous Quality Development: A proposal national policy, WHO regional office for Europe, Copenhagen.

WHO (1997), A health telematics policy in support of WHO’s Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, Geneva.

WHO (2000), Health Systems: Improving Performance, Geneva.

Williams B., Coyle J., & Healy D., (1998) The meaning of patient satisfaction: An explanation of high reported levels, Soc. Sci. Med, 47 (9), p 1351-1359

Yucelt, U. (1994) An Investigation of Causes of Patien Satisfaction/Dissatisfaction with Physician services, Health Marketing Quartetly, 12(2), 11-28.

Coolican, H. (2004). *Research Methods and Statistics in Psychology* (4th edn.). London: Hodder & Stoughton.

Creswell, J. W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας.* Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

Robson, C. & McCartan, K. (2015). *Real World Research* (4th edn.). New Jersey: Wiley.

Creswell, J. W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση: Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και ποιοτικής έρευνας.* Αθήνα: Εκδόσεις Έλλην.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

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

Βλάχου, Α. (2017). Διοίκηση ολικής ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Ικανοποίηση ασθενών και διασφάλιση ποιότητας: μια κριτική προσέγγιση (Master's thesis, Πανεπιστήμιο Πειραιώς).

Γ. Μπάλτας και Π. Παπασταθοπούλου, Συμπεριφορά Καταναλωτή, Εκδόσεις Rossili, 2013.

Δ. Τριχόπουλος, Επιδημιολογία, Αθήνα: Εκδόσεις Λίτσας, 1982.

Ε. Μαχαίρα, «ΣΥΓΚΡΙΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΣΥΣΤΗΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΜΕΤΑΞΥ ΕΛΛΑΔΑΣ, ΓΑΛΛΙΑΣ ΚΑΙ Η.Π.Α.,» ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΟΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ, ΚΑΛΑΜΑΤΑ, 2008.

«ΕΡΤ Ψηφιακό Αρχείο,» [Ηλεκτρονικό]. Available: https://archive.ert.gr/3957/. [Πρόσβαση 10 2018].

Ηλιόπουλος, Ν. (2019). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών και επαγγελματιών υγείας σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Η περίπτωση του Αρεταίειου νοσοκομείου Κύπρου.

Ηλιούδη, Σ. Ν. (2013). Διαδικτυακό πληροφοριακό σύστημα για τη μέτρηση της ικανοποίησης νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

«Θεμελη Τεχνικά Έργα,» [Ηλεκτρονικό]. Available: http://www.themeli.gr/techworksgr.php. [Πρόσβαση 10 2018].

Θεοδοσοπούλου, Ε, και Ραφτοπούλου, Β., (2004) Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Νοσηλευτική, τόμος 41, τεύχος 1 Ιανουάριος – Μάρτιος 2002.

Ι. Παναγόπουλος, «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας,» ΤΕΙ Καλαμάτας - Σχολή Διοίησης Οικονομίας - Τμήμα Διοικησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας, Καλαμάτα, 2009.

Κάππας, Κ., (2006) Διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις Υπηρεσίες Υγείας, Διπλωματική Εργασία, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Αθήνα.

Κατζουράκη, Α. (2015). Ο βαθμός ανταπόκρισης του Γενικού Νοσοκομείου Χανίων ως προς τις υγειονομικές ανάγκες των πολιτών του νομού Χανίων.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., (2008), Μετρώντας την Ποιότητα από την Πλευρά των Χρηστών στις Υπηρεσίες Υγείας, Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου, 303-344.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., (2008), Προσεγγίσεις για τη Βελτίωση της Ποιότητας, Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου, 61-92.

Κωσταγιόλας Π., Πλατής Χ., Ζήμερας Στ., «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2006, 23(6):603-614

Μερκούρης, Α., (1996) Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα

Μ. Καλογεροπούλου , «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών - Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων,» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής , τόμ. 28, αρ. 5, pp. 667-673, 2011.

Μ. Κελέση, «Εισαγωγή στη Νοσηλευτική Επιστήμη,» ΤΕΙ Αθήνας - Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα, 2014.

Οικονομοπούλου Χριστίνα, (2002) Εκπαιδευτικές σημειώσεις, Ποιότητα

Π. Αντεριώτη και Γ. Αντωνίου, «ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ,» ΠΕΡΙΕΓΧΕΙΡΗΤΙΚΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ (2014),ΤΟΜΟΣ 1,ΤΕΥΧΟΣ 1, τόμ. ΤΟΜΟΣ 1, αρ. ΤΕΥΧΟΣ 1, pp. 62-68, 2014.

Παλιάτση, Α., & Βρυώνης, Α. (2015). Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στη Λεμεσό.

Παπανικολάου Β., (2006), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 261-278.

Παπανικολάου, Β,. (1994) «Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα», Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα.

Ραφτόπουλος, Β., (2002) Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Σαρρής, Μ., (2001) Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήσης.

Σ. Σεραφείμ, «ΕΣΥ, 32 ετών,» Protagon, 12 2015

Σιγάλας Ι., (1999), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα, 10(56), 45-50.

Σιγάλας Ι., (1999), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο – Ιδιοτυπίες και προκλήσεις (Τόμος Δ΄), Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 31-33.

Σταυρόπουλος, Ν., (2009) Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας Μελέτη Ικανοποίησης Ασθενών Δημόσιου Νοσοκομείου, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων, Ευρωπαϊκό Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα Σπουδών στη Διοίκηση Επιχειρήσεων –Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, Πειραιάς.

Τζανετάκη, Θ. (2007). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας (Master's thesis).

Τούντας, Γ., (2003), Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(2),532-546.

Τούντας, Γ., (2008), Η έννοια της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, Νέα Υγεία, Αθήνα, Εκδ. Οδυσσέας.

Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ., Χουλιάρα, Λ. (2003), Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5), 497-503.

Τσότρας Γ., (2002), Βελτίωση ποιότητας (Β΄ Έκδοση), Αθήνα, Εκδ. Μπένου, 15-19.

Παράρτημα

Ερωτηματολόγιο

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΕΛΑΤΩΝ ΝΕΑΡΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ (18-30 ετων) ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΑΠΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΔΗΜΟΣΙΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

* Απαιτείται

1. Φυλο *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Ανδρας
- Γυναικα

2. Ηλικια *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 18-20
- 21-25
- 26-30

3. Οικογενιακη κατασταση *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Εγγαμος
- Αγαμος
- Διαζευγμενος
- Ελευθερη συμβιωση

4. Μορφοτικο επιπεδο *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Δημοτικο
- Γυμνασιο
- Λυκειο
- ΑΕΙ/ΤΕΙ
- Μεταπτυχιακο
- Διδακτορικο
- ΙΕΚ

5. Επαγγελμα *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Δημοσιος υπαλληλος
- Ιδιωτικος υπαλληλος
- Ελευθερος επαγγελματιας
- Σπουδαστης/στρια
- Οικιακα
- Ανεργος/η

6. Μηνιαιο Εισοδημα *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- <500
- 500-600
- 600-800
- 800-1000
- 1000-1500
- 1500-2000
- >2000

7. Ειστε Ασφαλισμενος; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Ναι
- Οχι

8. Κλινικη/ Τμημα που νοσηλευτηκατε: *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Παθολογικη
- Καρδιολογικη
- Ορθοπαιδικη
- Ουρολογικη
- Χειρουργικη
- Μαιευτικη-γυναικολογικη
- Ωτορινολαρυγγολογική
- Πνευμονολογικη
- Οφθαλμολογικη
- Νευρολογική

9. Ποσες μερες νοσηλευτηκατε στο νοσοκομειο; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 2-3
- 4-8
- 8-15
- 15-30
- Πανω απο ενα μηνα

10. Εχετε νοσηλευτει ξανα στο ιδιο νοσοκομειο; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Ναι
- Όχι

11. Η εισαγωγη σας νοσοκομειο ηταν: *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Επειγουσα
- Προγραμματισμενη

12. Τι μεταφορικο μεσω χρησιμοποιηθηκε; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- ΕΚΑΒ
- ΤΑΞΙ
- Ι.Χ
- ΜΜΜ

13. Ευκολη προσβαση στο νοσοκομειο; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Ναι
- Όχι

14. Δυσκολια ευρεσης θεσης παρκινγκ; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Ναι
- Όχι

Αξιολογηστε την συνολικη σας ικανοποιηση με τα παρακατω κριτηρια λαμβανοντας υποψη οτι 1 = πολυ ικανοποιημενος, 2= ικανοποιημενος, 3 μετρια ικανοποιημενος, 4= δυσαρεστημενος και 5= πολυ δυσαρεστημενος.

15. ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ/ΥΠΟΔΟΧΗ *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1	2	3	4	5
Συμπεριφορα του προσωπικου που σας υποδεχτηκε					
Παροχη πληροφοριων (για συμπληρωση εγγραφων κ.τ.λ)					
Υπαρξη πινακιδων που διευκολυνουν την κινηση σας στην κλινικη					
Εντυπωσεις απο την καθαριοτητα και λειτουργικοτητα στον χωρο υποδοχης					
Θερμοκρασια χωρων					
Ησυχια					
Καθαριοτητα W.C					
Προσβασιμοτητα σε ατομα με αναπηρια					
Ικανοποιηση απο τον αριθμο ατομων που διαμενουν μαζι σας					
Ποιοτητα φαγητου					

16. ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1	2	3	4	5
Εγκαιρη εισαγωγη					
Χρονος αναμονης για την διενεργεια εξετασεων η επεμβασης					
Χρονος εκδοσης αποτελεσματων εξετασεων					
Τηρηση της προγραμματισμενης ωρα- ημερας του ραντεβου εξετασης η επεμβασης					

17. ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1	2	3	4	5
Συμπεριφορα του προσωπικου κατα την διαρκεια των εξετασεων					
Σεβασμος της προσωπικοτητας του εξεταζομενου (παραβαν κ.τ.λ)					
Αξιοπιστια αποτελεσματων					

18. ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1	2	3	4	5
Ποιοτητα ιατρικης φροντιδας (ικανοτητα ιατρων)					
Συμπεριφορα ιατρων					
Ψυχολογικη υποστηριξη απο το ιατρικο προσωπικο					
Πληρης και κατανοητη ενημερωση απο τους ιατρους σχετικα με την πορεια της καταστασης σας					
Γενικοτερη συμπεριφορα του ιατρικου προσωπικου κατα την διαρκεια της νοσηλεια					

19. ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1	2	3	4	5
Ποιοτητα νοσηλευτικης φροντιδας(ικανοτητα νοσηλευτων)					
Συμπεριφορα νοσηλευτων (ευγενια, ενημερωση κ.τ.λ)					
Ψυχολογικη υποστηριξη απο το νοσηλευτικο προσωπικο					
Γενικοτερη συμπεριφορα του νοσηλευτικου προσωπικου κατα την διαρκεια της νοσηλειας					

20. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη ανά σειρά.

	1	2	3	4	5
Συμπεριφορα διοικητικου προσωπικου (ευγενια, σεβασμος)					
Προστασια προσωπικων δεδομενων					

21. Θα επιλεγατε να ερθετε ξανα στο ιδιο νοσοκομειο; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Ναι
- Όχι

22. Θα συστηνατε το ιδιο νοσοκομειο στον κυκλο σας; *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- Ναι
- Όχι

23. Χρησιμοποιωντας την αριθμητικη κλιμα απο το 1 (οπου ειναι η χαμηλοτερη βαθμολογια) εως το 10 (οπου ειναι η υψηλοτερη βαθμολογια) αξιολογηστε την συνολικη σας εμπειρια στο νοσοκομειο. *

Να επισημαίνεται μόνο μία έλλειψη.

- 1
- 2
- 3
- 4
- 5
- 6
- 7
- 8
- 9
- 10

Αυτό το περιεχόμενο δεν έχει δημιουργηθεί και δεν έχει εγκριθεί από την Google.

Google