



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Η ικανοποίηση του χειρουργικού ασθενούς: Δείκτης
ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας»

ΓΕΩΡΓΙΑΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
Νοσηλεύτριας

Μάρτιος 2012
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«Η ικανοποίηση του χειρουργικού ασθενούς: Δείκτης
ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας»

ΓΕΩΡΓΙΑΣ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ
Νοσηλεύτριας

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπον Μέλος ΔΕΠ: Σοφία Ζυγά, Επίκουρος Καθηγήτρια
Μέλος: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής
Μέλος: Θεοφάνης Φώτης, Λέκτορας (υπό διορισμό)

Μάρτιος 2012
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΓΕΩΡΓΙΑ ΓΙΑΝΝΑΚΟΠΟΥΛΟΥ, 2012
Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα διπλωματική εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο των απαιτήσεων του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Ειδίκευσης «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

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

Υπογραφή:

Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Μαρία Τσιρώνη

Όνοματεπώνυμο

Σοφία Ζυγά

Όνοματεπώνυμο

Παναγιώτης Πρεζεράκος

Όνοματεπώνυμο

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλλαν για την ολοκλήρωσή της, και ιδιαίτερα την *Δρ Σοφία Ζυγά*, Επίκουρο Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και Επιβλέπουσα Καθηγήτρια της παρούσας μεταπτυχιακής διπλωματικής εργασίας, της οποίας η καθοδήγηση και το ενδιαφέρον έπαιξε καταλυτικό ρόλο κατά την πορεία διεξαγωγής και ολοκλήρωσης του συγκεκριμένου έργου.

Εκφράζω θερμές ευχαριστίες προς τον Επίκουρο Καθηγητή του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου *Δρ Παναγιώτη Πρεζεράκο* και στον Λέκτορα (υπό διορισμό) του Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου *Δρ Θεοφάνη Φώτη*, μέλη της Τριμελούς Συμβουλευτικής Επιτροπής, για τη σημαντική συμβολή τους στην προσπάθειά μου.

Ευχαριστώ, επίσης τον Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης, κ. *Νικόλαο Κουφό* και το *Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου Σπάρτης* για τη θετική τους ανταπόκριση όσον αφορά στην πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της διπλωματικής εργασίας στους χώρους του νοσοκομείου. Ακόμα, ένα μεγάλο ευχαριστώ αξίζει στους *νοσηλευόμενους ασθενείς* που πρόθυμα συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Τέλος, το πιο μεγάλο ευχαριστώ ανήκει στην *οικογένειά μου* για την αμέριστη στήριξη, συμπαράσταση και υπομονή τους όλα αυτά τα χρόνια!!!

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Στο ανταγωνιστικό περιβάλλον του χώρου της υγείας των τελευταίων ετών έχει παρατηρηθεί μια αύξηση του ενδιαφέροντος, όσον αφορά στην αξιολόγηση και μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Αν και οι επαγγελματίες της υγείας έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιήσει ποικίλα μέσα μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας, η ικανοποίηση των ασθενών κερδίζει συνεχώς έδαφος θεωρούμενη ως η κυρίαρχη μέθοδος συλλογής των απόψεων των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα της παρεχόμενης σε αυτούς φροντίδα.

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης των χειρουργικών ασθενών ως δείκτης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας στο ΓΝ Σπάρτης και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της ικανοποίησης με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες των ασθενών.

Υλικό και μέθοδος: Το δείγμα αποτέλεσαν 93 ασθενείς χειρουργικών τμημάτων. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης. Ως ερευνητικά εργαλεία χρησιμοποιήθηκαν η σταθμισμένη κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών με τη νοσηλευτική φροντίδα (MPSS) και ερωτηματολόγιο κοινωνικο-δημογραφικών δεδομένων. Για την πραγματοποίηση της στατιστικής ανάλυσης χρησιμοποιήθηκε το λογισμικό πακέτο SPSS 14.0.

Αποτελέσματα: Η πλειονότητα των ασθενών του δείγματος ήταν γυναίκες (51.6%). Το εκπαιδευτικό τους επίπεδο ήταν σχετικά χαμηλό, αφού περίπου ποσοστό 31.5% είχε μόνο υποχρεωτική εκπαίδευση. Ποσοστό 47.3% των ασθενών χαρακτήρισε ότι η κατάσταση της υγείας του δεν είναι ιδιαίτερα σοβαρή ενώ μόνο το 7.5% των ασθενών απάντησε ότι είναι πολύ σοβαρή. Την αποτελεσματικότητα των δημόσιων νοσοκομείων στην Ελλάδα την έκρινε ως καλή το 71% και ως πολύ καλή το 22.6% των ασθενών. Σε ποσοστό 34,4% δήλωσαν ότι ήταν αρκετά ικανοποιημένοι από τη βοήθεια που τους παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό, όσον αφορά στις καθημερινές τους ανάγκες, όπως προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος. Το 31,2% των ασθενών δήλωσε ότι η βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού τους άφησε πολύ ικανοποιημένους ενώ το 28% των ασθενών ήταν πάρα πολύ ικανοποιημένοι. Πέντε άτομα (5,4%) απάντησαν ότι έμειναν σε μικρό βαθμό ικανοποιημένοι, ενώ μόλις ένα άτομο (1,1%) απάντησε ότι η βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για τις καθημερινές ανάγκες δεν τον άφησε καθόλου ικανοποιημένο.

Συμπεράσματα: Μολονότι η μελέτη ανέδειξε προβλήματα και τομείς που χρειάζονται περαιτέρω βελτίωση, η γενική εικόνα είναι ιδιαίτερα θετική για το ΓΝ Σπάρτης καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών παρουσιάστηκε ικανοποιημένο. Η πληροφόρηση φαίνεται ότι απαιτεί αναγκαιότητα, δεδομένου ότι αποτελεί σημαντικό και ηθικό νομικό δικαίωμα των ασθενών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να είναι συνεχής, προκειμένου να είναι δυνατές οι συγκρίσεις και η αξιολόγηση της επίδρασης των διάφορων παρεμβάσεων στη διαμόρφωσή της.

Λέξεις-κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα, νοσηλευτική φροντίδα, υπηρεσίες υγείας.

ABSTRACT

Introduction: Patient satisfaction is a quality indicator for the health services provided by a hospital, and also the principal method for the evaluation and feedback of the system used for measuring quality of service.

The **objective** of this study was to estimate the level of the services offered by the General Hospital of Sparta and the investigation of patients' satisfaction before and after their treatment. Moreover, the current work was intended to investigate whether the specific demographics of respondents, such as gender, age, place of residence and their level of education affect their satisfaction about the services, provided by the nursing staff during their stay in the hospital.

Material and Method: The sample of this study was 93 patients, hospitalized in the Surgical Department. The collection of the questionnaires was conducted by personal interviews. As research tools, the Scale of measurement of patient satisfaction about nursing care (MPSS) was used in addition with questionnaire with socio-demographics evidence. In order to perform the statistical analysis, the statistical software SPSS 14.0 was used.

Results: The majority of patients in the sample were women (51.6%). Their educational level was relatively low, since approximately 31.5% rate of the participants had only compulsory education. 47.3% of patients described that their state of health is a small degree of serious while only 7.5% of patients responded that it is very serious. The effectiveness of public hospitals in Greece was considered as good by the 71% of the participants and as very good by the 22.6% of them. 34,4% of them stated that they were very satisfied with the assistance given to them by the nursing staff regarding their everyday needs, such as personal hygiene, dressing and creating a comfortable environment. The 31,2% of patients were very satisfied about the help, provided by the nursing staff while 28% of patients were extremely satisfied. Five people (5,4%) replied that stayed in a small extent satisfied, while just one

person (1,1%) replied that the help of nursing personnel for the daily needs was not satisfied at all.

Conclusions: Although the study has highlighted some problems and some areas needing improvement, the overall picture is very positive for the General Hospital of Sparta to the extent that the largest percentage of patients was satisfied with the provided services. The information process seems to be improved, since it is an important moral and legal right of patients. The measurement of patient satisfaction should be continued in order to allow comparisons and evaluation of the impact of various interventions in its modulation.

Keywords: Patient satisfaction, quality, nursing care, health services.

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	6
ΚΕΦ. 1: ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ	6
ΚΕΦ. 2: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	8
2.1 Ορισμοί.....	8
2.2 Ανάπτυξη της Ικανοποίησης.....	11
2.3 Μέτρηση της Ικανοποίησης	13
2.4 Διαστάσεις της Ικανοποίησης	16
ΚΕΦ. 3: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ.....	19
3.1 Ποιότητα στις Υπηρεσίες.....	19
3.2 Ορισμός Ποιότητας	20
ΚΕΦ. 4: Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	25
4.1 Ιδιαιτερότητες του Κλάδου Υγείας.....	26
4.2 Η ποιότητα στην Υγεία	26
4.2.1 Ιστορική Αναδρομή.....	26
4.2.2 Ο κύκλος ποιότητας	28
4.2.3 Εντοπισμός προβλημάτων.....	29
4.2.4 Διαμόρφωση και επιλογή κριτηρίων, πρότυπων, δράσεων	30
4.2.5 Πιστοποίηση.....	31
ΚΕΦ. 5: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	34
5.1 Η ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και τα οφέλη από τη βελτίωσή της... 36	
5.2 Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας.....	37
5.3 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας	39
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	42
ΚΕΦ. 6: Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ.....	42
6.1 Υλικό και Μέθοδος	42
6.2 Βαθμός Αξιοπιστίας της Κλίμακας Likert	45
ΚΕΦ. 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	46
7.1 Βοήθεια για τις καθημερινές ανάγκες.....	46
7.2 Νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις	47
7.3 Ανακούφιση του πόνου	49
7.4 Πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό	50
7.5 Εκπαίδευση – Οδηγίες	53

7.6 Ανταπόκριση – Ταχύτητα	54
7.7 Διαθέσιμος χρόνος	56
7.8 Συνέχεια νοσηλευτικής φροντίδας	57
7.9 Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο	58
ΚΕΦ. 8: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	60
8.1 Καθαριότητα	60
8.2 Φαγητό	62
8.3 Ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού.....	67
8.4 Σεβασμός.....	68
8.5 Ενδιαφέρον – Επικοινωνία.....	69
8.6 Προσωπικές προτιμήσεις	70
8.7 Συμμετοχή στη φροντίδα	71
8.8 Επαγγελματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού.....	73
8.9 Αποτελεσματικότητα.....	75
8.9.1 Αποτελεσματικότητα που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία..	76
8.9.2 Κατά πόσο οι ασθενείς θα ήθελαν να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό αν χρειαστούν ξανά νοσηλευτική φροντίδα.....	77
8.9.3 Κατά πόσο οι ασθενείς θα συνιστούσαν το τμήμα ή την κλινική σε άλλους με σημείο αναφοράς το νοσηλευτικό προσωπικό.....	78
ΚΕΦ. 9: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ.....	79
9.1 Συσχετίσεις.....	88
9.1.1 Συσχέτιση με το φύλο	88
9.1.2 Συσχέτιση με την ηλικία	89
9.1.3 Μορφωτικό επίπεδο	90
9.1.4 Σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών	90
9.1.5 Μέρες Νοσηλείας των ασθενών.....	93
9.1.6 Νοσηλευτικό Τμήμα	93
ΚΕΦ. 10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ	95
Διεθνής Βιβλιογραφική Ανασκόπηση.....	95
Ελληνική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση	100
ΚΕΦ. 11: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	106
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	112
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	112
ΔΙΕΘΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	115
ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	120
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	121

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στο ανταγωνιστικό περιβάλλον του χώρου της υγείας κατά τη διάρκεια των τελευταίων ετών έχει παρατηρηθεί σημαντική αύξηση του ενδιαφέροντος, όσον αφορά την αξιολόγηση και την μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Αν και οι επαγγελματίες της υγείας έχουν κατά καιρούς χρησιμοποιήσει ποικίλα μέσα μέτρησης της ποιότητας της φροντίδας, η ικανοποίηση των ασθενών κερδίζει συνεχώς έδαφος θεωρούμενη ως η κυρίαρχη μέθοδος συλλογής των απόψεων των ασθενών αναφορικά με την ποιότητα της παρεχόμενης σε αυτούς φροντίδα και περίθαλψη.

Πολλοί συγγραφείς και ερευνητές (Cleary & McNeil, 1988; Greeneich et al., 1992; Sitzia & Wood, 1997; Schulmeister et al., 2005) συγκλίνουν στην άποψη ότι οι γνώμες των ασθενών θα πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη όσον αφορά στην αξιολόγηση της φροντίδας στο χώρο της υγείας. Έχει μάλιστα υποστηριχθεί ότι η πιο σημαντική ένδειξη της ποιοτικής φροντίδας είναι η επίτευξη και η προαγωγή τόσο της υγείας όσο και της ικανοποίησης του ασθενούς (Donabedian 1980, 1988; Zineldin, 2006).

Οι επαγγελματίες της υγείας κρίνουν την ποιότητα της φροντίδας που παρέχουν βασίζοντας τις απόψεις και ενέργειές τους στο τί οι ασθενείς **θα έπρεπε** να έχουν και στο πώς **θα μπορούσαν** να ικανοποιηθούν (Carte & Nowad, 1988). Δεν επικεντρώνουν, δηλαδή, τις προσπάθειές και ενέργειές τους στο να εκτιμήσουν το **τι πραγματικά θέλουν** οι ασθενείς και χρειάζονται από την φροντίδα τους, έτσι ώστε, εν συνεχεία, να προσπαθήσουν να ικανοποιήσουν τόσο τις προσμονές, όσο και τις ανάγκες τους.

Επίσης, αξίζει να σημειωθεί ότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αλλαγή των πραγμάτων με αποτέλεσμα να δίνεται η ευκαιρία στους ασθενείς να επιλέξουν οι ίδιοι **τι πραγματικά επιθυμούν** από την φροντίδα τους και να **έχουν λόγο** στην διαδικασία λήψης αποφάσεων (Vuori, 1987; Megivern et al., 1992; Rao et al., 2006). Είναι πια καιρός τα δεδομένα που οι επαγγελματίες υγείας είχαν θέσει για το τι σημαίνει ποιοτική φροντίδα, να αντικατασταθούν από το **τι προσμένουν** οι ασθενείς από την φροντίδα που τους παρέχεται,

προκειμένου οι προσμονές αυτές να αποτελέσουν και τα νέα δεδομένα που οι επαγγελματίες θα χρησιμοποιούν για να αξιολογήσουν την φροντίδα που παρέχουν.

Η πληθώρα της βιβλιογραφίας αλλά και ο μεγάλος αριθμός ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών καταδεικνύουν πόσο σημαντικό είναι για κάποιον να μελετήσει την έννοια αυτή προκειμένου να διαπιστώσει εάν και σε ποιό βαθμό η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί ένδειξη ποιοτικής φροντίδας.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ. 1: ΑΝΑΓΚΕΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Όταν ένα άτομο ασθενεί και νοσηλεύεται, η φροντίδα που του παρέχεται, υποτίθεται ότι πρέπει να ανταποκρίνεται στις ανάγκες του. Οι ανάγκες του ασθενούς ποικίλουν εξαρτώμενες από διάφορους παράγοντες όπως από τις ιδιαιτερότητες της ασθένειάς του, από το πώς ο ίδιος βιώνει την ασθένεια αυτή, από τις διάφορες ανάγκες που ο ίδιος είχε όταν ήταν υγιής.

Η ανάγκη νοείται ως το μέσο για την επίτευξη ενός σκοπού (Willard, 1982; Loewy, 1990). Όπως για παράδειγμα ένας ασθενής μετά από χειρουργική επέμβαση στα κάτω άκρα εκείνο που επιθυμεί είναι, μέσω της απαραίτητης αποκατάστασης, να φτάσει σε εκείνο το σημείο όπου θα μπορεί να περπατάει χωρίς βοηθητικά μέσα.

Για την επίτευξη όμως αυτού του σκοπού θα πρέπει ο ασθενής να ομολογήσει την ανάγκη του αυτή ώστε το προσωπικό που τον φροντίζει να λάβει το σχετικό μήνυμα, να κατανοήσει την συγκεκριμένη ανάγκη και φυσικά να έχει και τη θέληση αλλά και την ικανότητα να την ικανοποιήσει. Οι ασθενείς όμως δεν έχουν όλοι την ίδια ικανότητα στο να εκδηλώνουν την ανάγκη τους. Πολλοί λοιπόν, απλώς αναμένουν από το προσωπικό να τους βοηθήσει, ενώ άλλοι επιζητούν την προσοχή του μέχρι εντέλει οι ανάγκες του να ικανοποιηθούν.

Άλλοτε οι ανάγκες των ασθενών, όπως οι ίδιοι τις νοούν, συμπίπτουν με τις ανάγκες τους όπως αυτές εκτιμώνται από τους επαγγελματίες υγείας, και άλλοτε πάλι όχι. Οι ανάγκες εκτιμώνται είτε αντικειμενικά είτε υποκειμενικά ή και πολλές φορές υπάρχει ο συνδυασμός και των δυο. Για τους Magi & Allander (1981) η ανάγκη, σε γενικότερο επίπεδο, προσδιορίζεται ως το είδος και η ποσότητα της φροντίδας που ο καθένας μας θα μπορούσε να σκεφθεί ότι πρέπει να παρέχεται σε κάθε συγκεκριμένη ασθένεια. Σε ατομικό επίπεδο, όμως, η εκτίμηση της ανάγκης γίνεται από δύο οπτικές γωνίες: από αυτή του επαγγελματία υγείας και από αυτή του χρήστη υπηρεσιών υγείας.

Οι περισσότερες νοσηλευτικές και ιατρικές θεωρίες βασίζονται σε ορισμούς των αναγκών των ασθενών από την οπτική γωνία εκείνη των επαγγελματιών υγείας και όχι των ίδιων ασθενών. Η εκτίμηση, η αξιολόγηση και η ικανοποίηση των αναγκών θεωρούνται οι κυριότεροι στόχοι της φροντίδας. Στο κινήγι επίτευξης των συγκεκριμένων στόχων δεν πρέπει να ξεχνάμε ότι πρωταρχικός στόχος της φροντίδας είναι να εντοπίσουμε τις πραγματικές ανάγκες των ασθενών κατά την άποψη των ιδίων, προκειμένου εν συνεχεία αυτές να εκτιμηθούν, να αξιολογηθούν και να ικανοποιηθούν. Πολύ εύστοχα, ο Eriksson (1997) αναφέρει ότι: *“είναι καιρός πια να κοιτάζουμε πίσω από τις φανερές και ορατές ανάγκες φροντίδας ενός ασθενούς”*.

ΚΕΦ. 2: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

2.1 Ορισμοί

Δυστυχώς, δεν υπάρχει κάποιος κοινά αποδεκτός ορισμός. Πολύ χαρακτηριστικά για το πρόβλημα αυτό ο Oliver (1997) αναφέρει: “...όλοι γνωρίζουν τι είναι ικανοποίηση, έως ότου ζητηθεί να δώσουν έναν ορισμό...Τότε φαίνεται ότι κανείς δεν γνωρίζει...”.

Επίσης, οι Westbrook και Oliver (1991) ορίζουν την ικανοποίηση του χρήστη *«ως τη συνολική στάση που αυτός διαμορφώνει για ένα προϊόν το οποίο χρησιμοποίησε, αφού το απέκτησε»*. Πρόκειται δηλαδή, για μια αξιολογητική κρίση μετά την επιλογή που προκύπτει από μια συγκεκριμένη αγοραστική επιλογή και από την εμπειρία της χρήσης (κατανάλωσης) της.

Οι Giese και Cote (2000), αφού κάνουν μια πολύ αναλυτική παρουσίαση των περισσότερο γνωστών και συχνότερα χρησιμοποιούμενων ορισμών, προτείνουν ένα πλαίσιο ανάπτυξης εξειδικευμένων ορισμών ικανοποίησης του καταναλωτή ανάλογα με την περίπτωση. Έτσι καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι *η ικανοποίηση αποτελεί μια συνολική συγκινησιακή αντίδραση ποικίλης έντασης*. Ο ακριβής τύπος συγκινησιακής αντίδρασης και το επίπεδο έντασης που βιώνει ο χρήστης της υπηρεσίας πρέπει να ορίζονται επακριβώς από τον ερευνητή ανάλογα με την περίπτωση που τον ενδιαφέρει να αναλύσει (Σιώμκος, 2002).

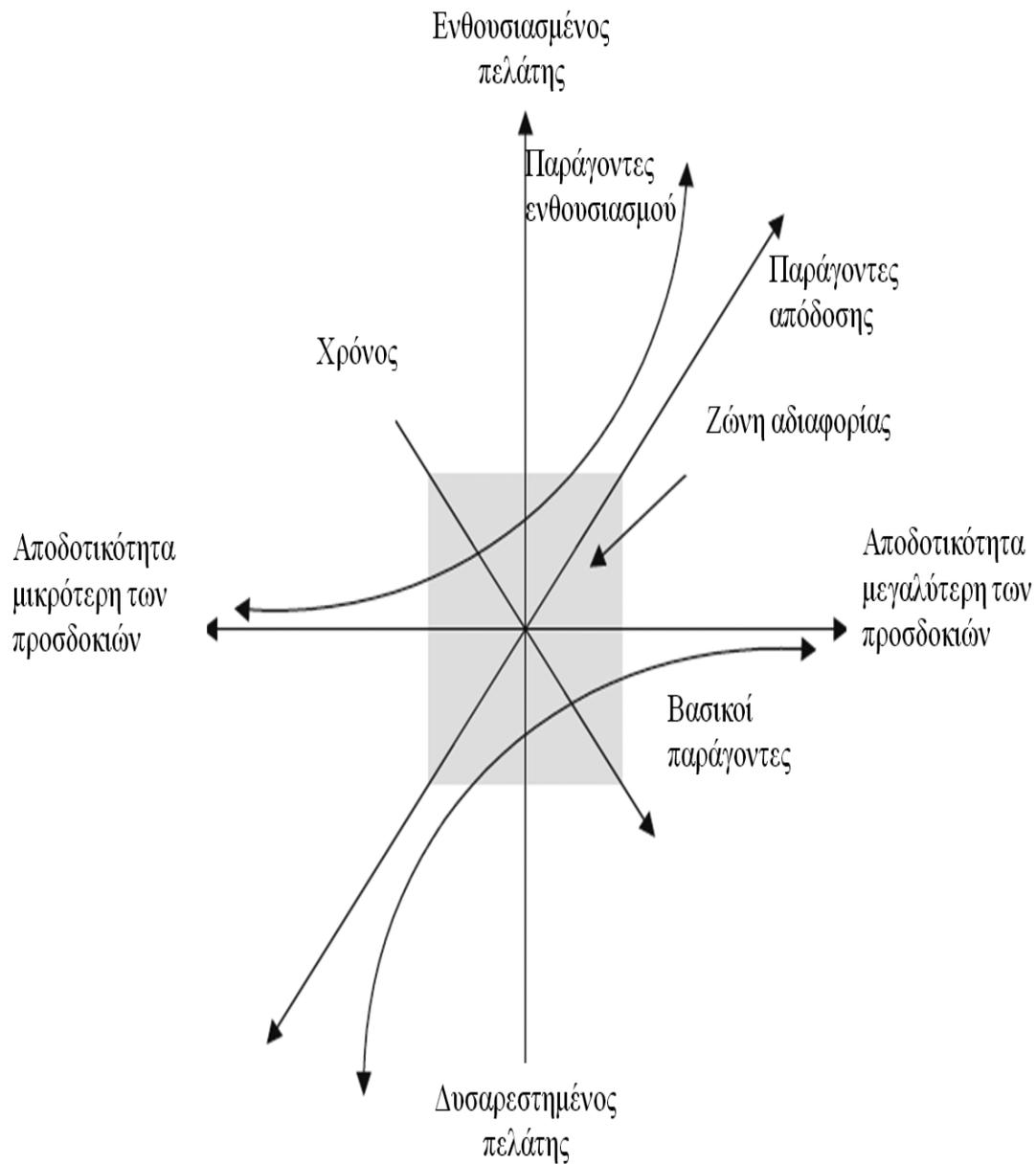
Πιο συγκεκριμένα, για τον Donabedian (1980, 1988) *η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ένα επιθυμητό αποτέλεσμα της φροντίδας καθώς αποκαλύπτει ορισμένα χαρακτηριστικά της ποιοτικής της διάστασης*. Ο Hudson (1990) βασιζόμενος στην οπτική γωνία του Donabedian κατέληξε στο συμπέρασμα ότι *η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό μέσο μέτρησης της ποιότητας από τη στιγμή που οι ασθενείς αποτελούν πηγές πληροφόρησης σχετικά με τον τρόπο παροχής της φροντίδας*. Κατά συνέπεια οι απόψεις τους πρέπει να λαμβάνονται σοβαρά υπόψη κάθε φορά που γίνεται εκτίμηση αυτής.

Έχει, επίσης, θεωρηθεί ότι θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως μέσο μέτρησης της αποτελεσματικότητας της φροντίδας (Bond & Thomas, 1992; Moret et al., 2007) ή ως μέσο αξιολόγησης των όποιων αλλαγών επιφέρονται στην οργάνωση των υπηρεσιών υγείας (Bowling, 1992; Messner, 2005).

Τέλος, ο Philip Kotler (2000), αναλύει την έννοια της ικανοποίησης του πελάτη ως τα συναισθήματα εκείνα της ευχαρίστησης ή της δυσαρέσκειας ενός ατόμου που προκύπτουν από την υποκειμενική σύγκριση της απόδοσης (ή του αποτελέσματος) ενός προϊόντος σε σχέση με τις προσδοκίες του. Το αν ο αγοραστής είναι ικανοποιημένος ή όχι μετά από την αγορά, εξαρτάται από την απόδοση του προϊόντος σε σχέση με τις προσδοκίες του αγοραστή.

Όπως φαίνεται καθαρά από τον παραπάνω ορισμό η ικανοποίηση είναι μια λειτουργία υποκειμενικής απόδοσης και προσδοκιών. Έτσι αν η απόδοση είναι μικρότερη από τις προσδοκίες, ο πελάτης θα είναι δυσαρεστημένος και αν συμπίπτει με τις προσδοκίες, ο πελάτης θα είναι ικανοποιημένος. Αν από την άλλη υπερβαίνει τις προσδοκίες, ο πελάτης θα είναι πολύ ικανοποιημένος ή ενθουσιασμένος.

Πολλές επιχειρήσεις στοχεύουν στην υψηλή ικανοποίηση, γιατί οι πελάτες που είναι απλώς ικανοποιημένοι είναι πολύ πιθανόν να στραφούν προς μια καλύτερη προσφορά, όταν αυτή προκύψει. Εκείνοι που είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι, είναι λιγότερο πιθανό να στραφούν προς άλλη κατεύθυνση. Η υψηλή ικανοποίηση ή ο ενθουσιασμός δημιουργεί ένα συναισθηματικό δέσιμο με τη μάρκα-ποιότητα, και όχι απλώς μια προτίμηση που στηρίζεται στη λογική. Το αποτέλεσμα είναι η υψηλή αφοσίωση του πελάτη (Kotler, 2000).



Εικόνα 1. Το διάγραμμα Kano.

Kano, N. (1984) Attractive quality and must be quality. *Hinshitsu* (Quality).

2.2 Ανάπτυξη της Ικανοποίησης

Αρκετοί είναι οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Vuori (1987), δύο φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση αυτή του ενδιαφέροντος για την ανάπτυξη της ικανοποίησης.

Πρώτον, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελιμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή του “να κάνεις το περισσότερο καλό για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων”.

Δεύτερον, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό, που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά και όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα. Μεγάλη συνεισφορά σε αυτή τη δεύτερη μετάβαση είχε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, WHO 1981), **με τον ορισμό της υγείας ως μιας κατάστασης τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας.** Κατά τους Παπανικολάου και Σιγάλα (1995), *όταν ένας ασθενής είναι δυσαρεστημένος και αισθάνεται ότι δε λαμβάνονται υπόψη οι επιθυμίες του, δεν είναι ένδειξη τέλειας πνευματικής ευημερίας, αλλά αντίθετα, ένδειξη φτωχής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.*

Είναι φανερό η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Ο Fitzpatrick (1991), υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Ο Furse και συν. (1994) για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών πρότειναν ένα θεωρητικό πλαίσιο το οποίο συμπεριλαμβάνει τη διαχείριση των οικονομικών πόρων, τα κλινικά αποτελέσματα και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών από τους ασθενείς (Furse et al., 1994). Σε μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 51 νοσοκομεία (τυχαίο δείγμα, N=15.095), βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών

εξηγούσε 17-27% της μεταβλητότητας των μετρήσεων της οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων. Παρόλο που η έρευνα αυτή παρουσίαζε πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, φαίνεται το ενδιαφέρον που υπάρχει τελευταία στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης ασθενών και οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων (Nelson et al., 1992).

Σήμερα, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, είναι καλύτερα πληροφορημένοι και διαθέτουν κριτική άποψη απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Η μετάβαση από ένα παθητικό σε ένα ενεργητικό πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας έχει τις ρίζες της στη δεκαετία του 60, μιας περιόδου που ήταν ουσιαστικά συνέχεια μιας αλλαγής που είχε ήδη λάβει χώρα στους οργανισμούς και επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων (Peters, 1993).

Όμως, η παροχή υπηρεσιών έχει κάποια ιδιαιτερότητα έναντι των βιομηχανικών προϊόντων, όπως η άυλη φύση και ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος, παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην δημιουργία μιας στενότερης σχέσης μεταξύ του καταναλωτή και εκείνου που προσφέρει τις υπηρεσίες, καθιστώντας δυσκολότερη τη διόρθωση των λαθών (Babacus & Mangold, 1992; Θεοφανόπουλος, 1994).

Η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει επίσης αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια, με συνέπεια, όχι μόνο την αύξηση του κόστους, αλλά και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Παρ' όλο όμως, που σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, συνεχίζουν να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας (Meterko et al., 1990). Επομένως, είναι αναγκαία η συνεχή μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (Joy & Malay, 1992) και ο καλύτερος συντονισμός όλων όσων συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς (Meterko et al., 1990). Δημιουργούνται, όμως, πολλά ερωτήματα για την επίδραση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή. Ο καλύτερος τρόπος για να βρεθεί μια απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής και αυτό, γιατί ο ίδιος μπορεί να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο, για τις οποίες είναι και ο πιο αξιόπιστος κριτής (Donabedian, 1982).

Συμπερασματικά, η μετάβαση της κοινωνίας μας από τον ατομικισμό στην έννοια της κοινωνικής ευημερίας και από το βιολογικό ορισμό της νόσου στο διευρυμένο ορισμό της υγείας, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, το κλίμα του καταναλωτισμού και του ανταγωνισμού, η αύξηση των αναγκών και απαιτήσεων του πληθυσμού και τέλος η τεχνολογική ανάπτυξη και τα επακόλουθά της, τονίζουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας να προσαρμοστούν στις νέες αυτές συνθήκες (Βογιατζάκη & συν., 2008).

2.3 Μέτρηση της Ικανοποίησης

Τα τελευταία χρόνια, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολούν όλα τα αναπτυγμένα κράτη (Merkouris, 1999). Επομένως, είναι φανερό η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Merkouris, 2008).

Ο Donabedian (1980) δίνει στην ικανοποίηση των ασθενών μια τελείως ξεχωριστή διάσταση θεωρώντας ότι η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η ικανοποίηση δεν είναι απλά μέρος αποτελέσματος της ποιότητας, αλλά σκοπός της φροντίδας υγείας που επηρεάζει άλλους σκοπούς και αποτελέσματα (Merkouris, 2008).

Στο παρελθόν, οι επαγγελματίες υγείας ήταν οι μόνοι υπεύθυνοι για την αξιολόγηση της ποιότητας. Σήμερα, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, είναι καλύτερα πληροφορημένοι πιο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει επίσης αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια, με συνέπεια, όχι μόνο την αύξηση του κόστους, αλλά και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Παρόλο όμως, που σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, εξακολουθούν να αισθάνονται ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας και ταυτόχρονα δημιουργούνται πολλά ερωτήματα για την επίπτωση

όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή. Ο καλύτερος τρόπος για να βρεθεί μια απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής και αυτό, γιατί μπορεί να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο, για τις οποίες είναι ο πιο αξιόπιστος κριτής (ΟΤΑ, 1988).

Εκτός όμως από την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υπάρχουν και άλλοι λόγοι που επιβάλλουν την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Πολλοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως σημαντική πηγή πληροφοριών για την ποιοτική βελτίωση της φροντίδας θεραπευτική παρέμβαση που συνεισφέρει στην αυτοθεραπεία, ενώ άλλοι προτείνουν ότι η μέτρηση της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη διοίκηση προσωπικού και στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας ύστερα από μελέτη των συνθηκών της αγοράς (Merkouris, 2008).

Ο Vuori (1987) διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι: (α) οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας, (β) οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, (γ) η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, (δ) οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους, και (ε) η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται, ακόμα, από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Η έννοια της ικανοποίησης του ασθενούς στη διεθνή βιβλιογραφία έχει αποδειχθεί ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση των γενικών αλλά και των ειδικών αναγκών υγείας (Sitzia & Wood, 1997). Σύμφωνα με τον Donabedian (1997), η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους κυριότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης σύμφωνα με τον Ware και συν. (1983) βασίζεται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος. Η ενημέρωση που προσφέρεται στο χρήστη για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά επιτυχίας όσον αφορά τη διάγνωση αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να αφορά σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με: (α) τις προσδοκίες του από τις υπηρεσίες υγείας (β) τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά του και, τέλος, (γ) την επίδραση των λεγόμενων ψυχοκοινωνικών παραγόντων (Sitzia & Wood, 1997). Ειδικότερα, η ικανοποίηση του ασθενούς εξαρτάται κατά κύριο λόγο από το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολαμβάνει (Ross et al., 1994).

Ανάλογα, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη (Khayat & Salter, 1994; Zahrlk et al., 1991). Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Ειδικότερα, σύμφωνα με τους LeVois et al. (1981) μεγάλο ποσοστό ασθενών είναι σύνηθες να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ό,τι πραγματικά αισθάνεται, προκειμένου να τύχει ευνοϊκότερης μεταχείρισης τόσο από το ιατρικό όσο και από το νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ στον αντίποδα, αρκετοί ασθενείς εκφράζουν αδιαφορία ως προς τη συμμετοχή τους στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών, καθώς πιστεύουν ότι δεν θα επιφέρει κάποια βραχυπρόθεσμη ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση της υγείας τους (Ley, 1972).

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης συνιστάται η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές (Waltz et al., 1991) και ποσοτικές διαστάσεις (Barbour, 1999) καθώς και ανοικτές ερωτήσεις επιτρέπουν στον ερωτηθέντα να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του (Concato & Feinstein, 1997). Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων (face to face interviews), είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (e-mail). Ωστόσο, μελέτες έχουν αποδείξει ότι οι προσωπικές και οι διαμέσου τηλεφώνου συνεντεύξεις επιφέρουν μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, (Walker & Restuccia, 1984; Harpole et al., 1996) παρόλο που η ανωνυμία που προσφέρει το e-mail οδηγεί στην αποτύπωση περισσότερο αντιπροσωπευτικής και αξιόπιστης γνώμης του ασθενούς (Rhee et al., 1998).

Την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει αυξηθεί σημαντικά, (Crow et al., 2003) γεγονός που πιστοποιείται από μεγάλο πλήθος μελετών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί σε συστήματα υγείας όπως της Βρετανίας και των Ηνωμένων Πολιτειών. Στην Ελλάδα, όμως, η ερευνητική δραστηριότητα γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης είναι περιορισμένη, (Κυριόπουλος και συν., 1990; Τούντας και συν., 2003; Πολύζος και συν., 2005) παρά το γεγονός ότι οι Έλληνες χρήστες εκφράζουν το χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με χρήστες άλλων ευρωπαϊκών κρατών (Robert et al., 2000).

2.4 Διαστάσεις της Ικανοποίησης

Οι ασθενείς τι τελικά επιθυμούν; Οι επαγγελματίες υγείας καταφέρνουν να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των ασθενών τους; Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας προσπαθεί να δώσει απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα. Η επιστήμη αυτή δημιούργησε από την δεκαετία του '90 μια νέα φιλοσοφία για τον τομέα της υγείας, χάρη στην οποία η εκπλήρωση των πελατειακών προσδοκιών θεωρήθηκε ένας από τους βασικότερους στόχους της σύγχρονης ιατρικής (Susman, 1994). Γύρω στα τέλη του 1960 ξεκίνησε η έρευνα που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Από την περίοδο εκείνη μέχρι τα τέλη της δεκαετίας του '90 υπάρχει ένας σημαντικός αριθμός δημοσιεύσεων για το συγκεκριμένο θέμα.

Στην αρχή η ικανοποίηση των ασθενών θεωρούνταν ότι επιτυγχάνεται μέσω κάποιων ενεργειών που είχαν ως στόχο επιθυμητά κλινικά αποτελέσματα. Ως παραδείγματα τέτοιου είδους ενεργειών μπορούμε να αναφέρουμε την τήρηση των ραντεβού με τον θεράποντα ή τη συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Εντούτοις, άρχισε σταδιακά η πελατειακή ικανοποίηση να θεωρείται μια ανεξάρτητη μεταβλητή, σύμφωνα με την οποία οι απόψεις των ασθενών έγιναν ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Hendriks et al., 2002). Αυτό είχε ως συνέπεια τα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, από τα μεγάλα ιδιωτικά νοσοκομεία μέχρι τα δημόσια να υιοθετήσουν μια καινούρια πολιτική εστιασμένη στην πελατειακή ικανοποίηση.

Τα βασικότερα στοιχεία, τα οποία συνέβαλλαν στην αλλαγή του συστήματος υγείας παρέχουν την κατάλληλη πληροφόρηση για την ικανοποίηση των ασθενών. Τέτοιου είδους στοιχεία είναι ότι οι ασθενείς έχουν την ικανότητα να κρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρεται, έχουν συγκεκριμένες προτιμήσεις όσον αφορά την περίθαλψη τους και με βάση την κοινή λογική συγκρίνουν τις διάφορες υπηρεσίες υγείας. Αναφέρονται παρακάτω οι διαστάσεις εκείνες που μπορούν να κάνουν ένα γιατρό ανταγωνιστικό.

Πολλοί άλλοι συγγραφείς έχουν αναφέρει τα χαρακτηριστικά εκείνα που συγκροτούν έναν ιδανικό γιατρό ή ακόμη και τα στοιχεία εκείνα που μπορούν να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών. Ο Carr-Hill (1992), αναφέρει επτά διαστάσεις της γενικότερης πελατειακής ικανοποίησης, προσαρμοσμένες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας. Οι διαστάσεις αυτές προέκυψαν από το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας και είναι οι εξής: *Πρόσβαση (access)*, *επιλογή (choice)*, *πληροφόρηση (information)*, *ετοιμότητα (readiness)*, *ασφάλεια (safety)*, *αξία χρημάτων (value for money)* και *ισότητα (equity)*. Οι Hall & Dornan (1988) ανέπτυξαν και έναν τρόπο ταξινόμησης της ικανοποίησης, ο οποίος περιλαμβάνει διαστάσεις όπως η ανθρωπιά (humanness), η ενημερότητα (informativeness), η γενική ποιότητα (overall quality), η γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα (overall technical competence), οι γραφειοκρατικές διαδικασίες (bureaucratic procedures), η πρόσβαση (access), το κόστος (cost), οι φυσικές παροχές (physical facilities), η συνοχή (continuity), τα αποτελέσματα (outcomes), και ο χειρισμός των μη ιατρικών προβλημάτων (handling of nonmedical problems), (Susman, 1994). Τα συμπεράσματα των παραπάνω ερευνητών παρουσιάζονται συνοπτικά και στον παρακάτω πίνακα :

Πίνακας 1. Διαστάσεις Ικανοποίησης Ασθενών, Carr-Hill (1992);Hall & Dornan (1988)

Διαστάσεις της Ικανοποίησης των Ασθενών
Πρόσβαση
Πληροφόρηση
Αξία χρημάτων
Πρόσβαση
Ενημέρωση
Κόστος
Ασφάλεια - Γενική ποιότητα
Ισότητα
Ετοιμότητα
Επιλογή
Ανθρωπιά
Γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα
Γραφειοκρατικές διαδικασίες
Φυσικές παροχές
Συνοχή
Αποτελέσματα
Χειρισμός μη ιατρικών προβλημάτων

Συμπερασματικά, με βάση τη γενικότερη βιβλιογραφία για το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει μια κοινά αποδεκτή ομάδα διαστάσεων για κάθε ερευνητή. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχουν μόνο επτά διαστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι υπάρχουν περισσότερες. Επίσης, κάποιοι χρησιμοποιούν πιο συγκεκριμένες διαστάσεις, όπως η ασφάλεια, ενώ άλλοι αναφέρονται σε πιο αφηρημένες, όπως η γενική ποιότητα. Ωστόσο, υπάρχει σύγκλιση απόψεων για ορισμένες από αυτές όπως η πρόσβαση, η πληροφόρηση-ενημέρωση και η αξία χρημάτων-κόστος.

ΚΕΦ. 3: Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η έννοια της ποιότητας στη σύγχρονη θεματολογία, θεμελιώθηκε στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής κατά την δεκαετία του 1950. Ο Αμερικάνος στατιστικός W.E. Deming το 1986 στην εργασία του στη μεταπολεμική Ιαπωνία παρουσίασε για πρώτη φορά έννοιες όπως: η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του παραγόμενου προϊόντος αλλά και της διαδικασίας παραγωγής του προϊόντος και την οριοθέτηση αντικειμενικών σκοπών (management by objectives) κατά την άσκηση της διοίκησης.

Εξίσου καθοριστικής σημασίας θεωρείται και η ανάπτυξη των εννοιών του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης από τον Juran (1988) στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής στην πορεία της εξέλιξης της έννοιας της ποιότητας.

Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, συμπεριλαμβανομένων **και των υπηρεσιών**. Στον τομέα των υπηρεσιών η ποιότητα συνδέθηκε με έννοιες όπως η ετοιμότητα παροχής, η καταλληλότητα, η δυνατότητα πρόσβασης, η φιλικότητα, η αξιοπιστία και η διαρκής υποστήριξη.

3.1 Ποιότητα στις Υπηρεσίες

Η υπηρεσία είναι **“κοινωνική ενέργεια που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρίας που παρέχει την υπηρεσία”**. Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας στον κλάδο. Τα παραπάνω χαρακτηριστικά των υπηρεσιών θα πρέπει να συμμορφώνονται με τις απαιτήσεις του πελάτη. Οι διαδικασίες παραγωγής και παράδοσης της υπηρεσίας να είναι σύμφωνες με τις ανάγκες του καταναλωτή. Ο Parasuraman και συν. (1985) καταλήγουν ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες:

- **Αξιοπιστία:** η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.
- **Ανταπόκριση:** η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη.

- **Ασφάλεια:** η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- **Ακρίβεια:** η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- **Μοναδικότητα:** η παραγωγή μίας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη.

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας μπορεί να αξιολογηθεί ύστερα από έρευνα, εμπειρία και πίστη. Οι επιχειρήσεις υπηρεσιών θα πρέπει να στρέψουν το ενδιαφέρον τους στην εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας έτσι ώστε να μπορούν να ανταγωνιστούν. Για παράδειγμα, η ετοιμασία ενός γεύματος σε fast food εστιατόριο, η παρουσία νομικού συμβούλου σε μία δίκη, η εξέταση γαστροσκόπησης με την ύπαρξη προγραμμάτων ποιότητας στα παραπάνω διασφαλίζεται η ικανοποίηση του πελάτη.

3.2 Ορισμός Ποιότητας

Πώς μπορούμε όμως να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Παρακάτω παρατίθενται μερικοί από αυτούς:

- *Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της οικογένειάς του), έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών (Thompson, 1980).*
- *Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση – Institute of Medicine Committee (Nelson, 1996).*
- *Ο βαθμός στον οποίον δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη σύμφωνα με το Juran (1988) (Οικονομοπούλου, 2002).*
- *Η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη σύμφωνα με τον Crosby (1989) (Οικονομοπούλου, 2002).*
- *Η Palmer (1991), λαμβάνοντας υπόψη τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, διάσταση η οποία απασχολεί κάθε κοινωνία,*

δίνει τον εξής ορισμό «η ποιότητα της φροντίδας μετράτε με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο (Οικονομοπούλου,2002).

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ. η υψηλής ποιότητας φροντίδα υγείας διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- *Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού*
- *Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων*
- *Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς*
- *Ικανοποίηση του ασθενούς*
- *Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας*

Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει τις απαιτήσεις (ISO 9000:2000). Χαρακτήρας, χαρακτηριστικό ή ιδιότητα οποιουδήποτε πράγματος που το κάνει καλό ή κακό, αξιέπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα (Ελληνικό Πρότυπο ΕΛΟΤ).

Ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans & Lindsay, 2002).

Σύμφωνα με τον Onretveit (2004) ως προς τον ορισμό της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν: (α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τι χρειάζεται ο πελάτης, (β) ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες που του προσφέρονται ικανοποιούν τις ανάγκες του και (γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σε σχέση με την ικανοποίηση των αναγκών του. Ο Onretveit καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως “την ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος” και περιλαμβάνει σ’ αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν ανταποκρίνεται σε αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα, συγκεκριμένα αν το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και την ποιότητα διαδικασιών που είναι ο σχεδιασμός και η λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Σύμφωνα με τον Brook (1999) στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές :

- Η ποιότητα σχεδιασμού.
- Η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε.

Η ποιότητα προσανατολίζεται στην ικανοποίηση του καταναλωτή. Αρχικά, το ενδιαφέρον εστιάστηκε στον αναδρομικού χαρακτήρα έλεγχο προϊόντων και των υπηρεσιών, ο οποίος υλοποιήθηκε με τη μορφή του **ποιοτικού ελέγχου** (QC, Quality Control). **Ποιοτικός Έλεγχος** είναι “μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει χωρίς να δημιουργήσει καινούρια” (Θεοδώρου, 1992). Επειδή ο ποιοτικός έλεγχος περιοριζόταν σε συγκεκριμένους τομείς, καταβλήθηκε προσπάθεια περαιτέρω διεύρυνσης του θεματικού πεδίου, στα πλαίσια μιας γενικότερης προσέγγισης, που ονομάστηκε **διασφάλιση ποιότητας** (QA, Quality Assurance). Η έννοια της διασφάλισης της ποιότητας, ως προέκταση του ποιοτικού ελέγχου, αποτέλεσε σημαντικό θέμα των βιβλιογραφικών αναφορών και ερευνών πάνω σε θέματα ποιότητας τις τελευταίες δεκαετίες. Τα ποιοτικά συστήματα ανέπτυξαν σύγχρονες πολιτικές μεθόδους, που ασκούνταν πλέον από το ανώτερο επίπεδο διοίκησης μιας υπηρεσίας ή ενός οργανισμού.

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσότρας, 1995). Ο τελικός στόχος της Διασφάλισης Ποιότητας είναι η αποτροπή του λάθους με την εξασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας (Σιγάλας, 1999). Η δραστηριότητα αυτή εντάχθηκε σε νέες σύγχρονες μορφές διοίκησης, προσδίδοντας τους τον όρο **Διοίκηση Ποιότητας** (QM, Quality Management). Η διοίκηση ποιότητας είναι συνώνυμη με τη χρηστή διοίκηση. Επιτυγχάνει τους στόχους της υπηρεσίας με την βελτίωση των προϊόντων και την παραγωγική διαδικασία.

Αναμφισβήτητο γεγονός αποτελεί το ότι το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ενός οργανισμού δεν προέρχεται μόνο από την ελκυστική κοστολόγηση των προϊόντων ή υπηρεσιών που διαθέτει, αλλά κυρίως από την ποιότητα των τελευταίων σε σχέση με τον ανταγωνισμό. Η ποιότητα

αποτελεί βασικό πλεονέκτημα για την αύξηση της ανταγωνιστικότητας αλλά και την επιβίωση, κάθε οργανισμού που δραστηριοποιείται σε εθνικό ή και διεθνές επίπεδο. Η κατανόηση της έννοιας της «ποιότητας» και η ενσωμάτωσή της στη φιλοσοφία λειτουργίας ενός οργανισμού, που βασίζεται ουσιαστικά στη διασαφήνιση του τι ικανοποιεί τον καταναλωτή, αποτελεί την επιτυχία για τον οργανισμό αυτό.

Τα νοσοκομεία αποτελούν τις βασικές υπηρεσίες υγείας και θα πρέπει να διαθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας, που να περιλαμβάνει μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας, πριν, κατά και μετά την παροχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Για την επίτευξη αυτού του στόχου όλοι οι μηχανισμοί θα πρέπει να διαθέτουν την ικανότητα να συλλέγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την καταγραφή, παρακολούθηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Μέχρι σήμερα λίγα μόνο νοσοκομεία διεθνώς την εφαρμόζουν με συστηματικό τρόπο. Όπου εφαρμόζεται δεν περιορίζεται μόνο στη βελτίωση της ποιότητας του κλινικού έργου, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες συνιστώσες της περίθαλψης, όπως είναι η σκοπιμότητα, η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η συνέχεια και η αποτελεσματικότητα όλων των προσφερόμενων υπηρεσιών (Σιγάλας, 1999).

3.3 Μέτρηση της ποιότητας

Από τη διαδικασία εισαγωγής ενός ασθενή, τη μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί για τη νοσηλεία του και μέχρι τη φροντίδα μετά την έξοδό του από τη κλινική θα πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης της ποιότητας, οι οποίοι θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής και θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης προβληματικών διαδικασιών.

Σύμφωνα με την Palmer (1991), μέτρηση είναι: “η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια”. Εάν, λοιπόν, ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση της ποιότητας, που συχνά αναφέρεται ως αποτίμηση της ποιότητας, όπου τελειότητα ή αντικειμενικά κριτήρια είναι τα πρότυπα, οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, τα οποία αποτελούν μέτρο σύγκρισης με την τρέχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή καταγράφεται στους δείκτες ή

στα αποτελέσματα άλλων μετρήσεων, προκειμένου να εντοπίζονται λάθη ή να διαπιστώνονται οι βελτιώσεις (Τούντας, 2003).

Η μέτρηση προϋποθέτει:

- **Δεδομένα (data).** Είναι το πρώτο απαραίτητο στοιχείο για τη μέτρηση, και οι εκάστοτε συνθήκες καθορίζουν το ποια θα χρησιμοποιήσει κανείς.
- **Πρότυπα (standards).** Πρότυπο είναι ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από έναν κανόνα ή κριτήριο. Ο βαθμός απόκλισης έχει καθοριστεί από αντίστοιχες επαγγελματικές ενώσεις.
- **Κριτήρια (criteria).** Είναι προκαθορισμένα στοιχεία, συστατικά της ποιότητας προς τα οποία μπορούμε να συγκρίνουμε διάφορες όψεις της ποιότητας μιας ιατρικής υπηρεσίας (Οικονομοπούλου, 2002).

Η «ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» (service quality, SERVQUAL) μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (perceptions) με τις προσδοκίες (expectations) και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών. Το SERVQUAL αποτελεί μεθοδολογία και παράλληλα εργαλείο ανάλυσης, ανάπτυξης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένας οργανισμός προς τους πελάτες του έτσι ώστε να είναι ευχαριστημένοι και πιστοί τόσο στα προϊόντα και τις υπηρεσίες που τα διέπουν πριν και μετά την πώλησή τους όσο και στις καθαρές μορφές υπηρεσιών χωρίς την πώληση απτών αγαθών (Κωσταγιόλας, 2006).

ΚΕΦ. 4: Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η υγεία είναι μία παγκόσμια κοινότητα. Τα νοσοκομεία τόσο τα ιδιωτικά όσο και τα δημόσια οι εξειδικευμένοι ιατροί, οι γενικοί παθολόγοι με σύγχρονα μέσα ή πεπαλαιωμένη τεχνολογία είναι αυτοί που προσφέρουν ιατρική περίθαλψη. Η περίθαλψη χρηματοδοτείται από την γενική φορολογία ή την κοινωνική ασφάλιση ή από το προσωπικό εισόδημα ή από έναν συνδυασμό των παραπάνω μέσων (Freeman, 1998). Η Παγκόσμια Τράπεζα στην Έκθεσή της «Υγεία, Διατροφή και Πληθυσμός» υπολόγισε ότι το 1997 δαπανήθηκαν για την υγεία περισσότερα από 2330 δισεκατομμύρια δολάρια, δηλαδή το 9% του Παγκόσμιου Ακαθάριστου Προϊόντος, γεγονός που κατατάσσει την υγεία στους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας. Ως πρωταρχικοί στόχοι των οργανισμών υγείας αναφέρονται η διάγνωση, η θεραπεία, η επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών. Παλαιότερα, οι managers του κλάδου υγείας θεωρούσαν ότι η προσφορά υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά οι ασθενείς πλέον επιζητούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. *Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας (Angelopoulou, 1998).* Αυτό έχει σαν συνέπεια και ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς.

Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καίριο ζήτημα παγκοσμίως (Dache, 1999). Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στους εξής παράγοντες : στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον κυριότερο στόχο του παραπάνω κλάδου.. Κρίνεται απαραίτητο η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

4.1 Ιδιαιτερότητες του Κλάδου Υγείας

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων όσων εμπλέκονται στον κλάδο της υγείας. Τα χαρακτηριστικά που κάνουν την υπηρεσία μοναδική είναι τα ακόλουθα:

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Σε κάθε ασθενή προσφέρεται διαφορετική ποιότητα υπηρεσιών υγείας λόγω της ξεχωριστής προσωπικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής αδυνατεί να εκτιμήσει την ποιότητα της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- Η ψυχολογία του ασθενούς, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της κατάστασης της υγείας του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα έχουν την κατάλληλη ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας υπάρχουν δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με τις άλλες βιομηχανίες όπου υπάρχει μια πυραμίδα εξουσίας (Σκόρδη, 1997).

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν.

4.2 Η ποιότητα στην Υγεία

4.2.1 Ιστορική Αναδρομή

Στη διεθνή βιβλιογραφία κατά τα τέλη της δεκαετίας του '60 άρχισε να αναδύεται, με προοδευτικά αυξανόμενη συχνότητα, το ζήτημα των υπηρεσιών υγείας. Το επίκεντρο της σχετικής δημόσιας συζήτησης μετακινήθηκε από την τεχνολογική στην κοινωνικοοικονομική διάσταση του θέματος.

Βασικοί γενεσιουργοί παράγοντες των παραπάνω φαινομένων ήταν η ραγδαία εξέλιξη της βιοϊατρικής τεχνολογίας και η σημαντική παράταση του προσδόκιμου επιβίωσης, που οδήγησαν στην αύξηση των δαπανών για την υγεία, στην υπερεξειδίκευση της ιατρικής επιστήμης, στην ωρίμανση των συστημάτων υγείας των προηγμένων χωρών και τελικά στη δημοσιονομική κρίση τους.

Τις επόμενες δεκαετίες το ενδιαφέρον για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας γίνεται όλο και πιο έντονο. Σύμφωνα με το Θεοδώρου (1992), η αύξηση του ενδιαφέροντος οφείλεται κυρίως :

- Στη συνεχή αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, η οποία δεν είχε πάντα τα επιθυμητά αποτελέσματα, καθώς δε συνοδευόταν πάντα από αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού
- Στην αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών συστημάτων
- Στην άνοδο τόσο του μορφωτικού όσο και του πολιτισμικού επιπέδου των ατόμων
- Στην απομυθοποίηση του ιατρικού επαγγέλματος και των ιατρικών παρεμβάσεων
- Στη επιθυμία των ασθενών να έχουν πλήρης ενημέρωση σε επίπεδο υγείας και παράλληλα σωστή αντιμετώπιση.

Υπάρχουν σχετικές μελέτες για την ποιοτική οργάνωση των υπηρεσιών υγείας στην Ευρώπη και στην Αμερική κατά τις δεκαετίες του '50 και του '60 και έχουν σχέση με τη νοσηρότητα και τη θνησιμότητα. Ενδιαφέρουσες είναι οι μελέτες των Peterson (1956), Morehead (1958) και Payne (1962), καθώς και η ίδρυση στις ΗΠΑ την περίοδο εκείνη (1952) της Μικτής Επιτροπής για την Πιστοποίηση Υπηρεσιών Υγείας (JCAH - Joint Commission on Accreditation of Healthcare Services), ενός ανεξάρτητου φορέα που λειτουργεί μέχρι σήμερα και ελέγχει την καταλληλότητα των νοσοκομείων, προκειμένου να γίνει εφικτή η περίθαλψη ασφαλισμένων των κρατικών προγραμμάτων Medicare και Medicaid. Οι πρώτες ποιοτικές μελέτες στην υγεία είχαν ως αντικείμενο τις συχνά παρατηρούμενες αποκλίσεις στη διενέργεια χειρουργικών ιατρικών πράξεων. Έπειτα, το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στην αντιμετώπιση των ανεπιθύμητων ενεργειών στα αμερικανικά νοσοκομεία, στα οποία η συχνότητά τους κυμαινόταν από 2,9 - 3,7%, στο σύνολο των νοσηλευόμενων. Σε ανθρώπινο λάθος οφείλονταν οι μισές τουλάχιστον από τις ανεπιθύμητες αυτές ενέργειες ενώ ένα

ποσοστό περίπου 10% κατέληγε στο θάνατο. Σχετικές μελέτες εκτιμούν ότι οι αποτρέψιμοι θάνατοι ασθενών κυμαίνονται τα τελευταία χρόνια στις ΗΠΑ από 44.000-98.000 ανά έτος.

Τη δεκαετία του '70 οι πρωτοβουλίες αυτές προσανατολίστηκαν στην «αναδρομική ελεγκτική» (retrospective audit), ενώ στη δεκαετία του '80 η Διασφάλιση της Ποιότητας (QA, Quality Assurance) αποτελεί την πλέον προτιμώμενη επιλογή. Οι τάσεις που αναπτύσσονται στις επιχειρήσεις και τους οργανισμούς βιομηχανοποιημένης παραγωγής στη δεκαετία του '90 για εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας φαίνεται να βρίσκουν πρόσφορο έδαφος και στον υγειονομικό τομέα. Έτσι, μέσω αυτής, επιχειρείται πλέον η αναζήτηση λύσεων στα προβλήματα που έχουν σχέση όχι μόνο με τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αλλά και με την οργάνωση των μονάδων παραγωγής και διανομής τους, την αποτελεσματικότητά τους ή τον εξορθολογισμό του κόστους λειτουργίας τους.

Ο εκσυγχρονισμός, το χαμηλό κόστος και η ποιότητα είναι το τρίπτυχο στο οποίο συνοψίζονται οι στόχοι των πολιτικών υγείας. Το τρίπτυχο αυτό αποκαλύπτει έμμεσα τις αδυναμίες των σύγχρονων συστημάτων υγείας, με σημαντικές αναφορές στο υψηλό κόστος λειτουργίας και τη χαμηλή ποιότητα της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Παράλληλα όμως, τονίζει και την ανάγκη διαμόρφωσης νέου πλαισίου παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο θα ανταποκρίνεται στην πραγματικότητα, στο παρόν αλλά και στο μέλλον. Έτσι, αν θεωρήσουμε ότι η πρώτη «επανάσταση» στα συστήματα υγείας ήταν η καθιέρωση της ασφάλισης στην υγεία τη δεκαετία του '50 και δεύτερη η «εξέγερση» αυτών που χρηματοδοτούν τη λειτουργία της ασφάλισης τη δεκαετία του '70, η τρίτη «επανάσταση» φαίνεται να επικεντρώνεται στην αξιολόγηση των ιατρικών πράξεων και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

4.2.2 Ο κύκλος ποιότητας

Ο κύκλος της ποιότητας αποτελεί σημαντικό «εργαλείο» της διαδικασίας βελτίωσης της ποιότητας. Η αρχική εκτίμηση της παρούσας κατάστασης και ο προσδιορισμός των παραμέτρων που διαμορφώνουν το υπάρχον επίπεδο ποιότητας είναι σημαντικό στάδιο στη λειτουργία της ποιότητας. Εν συνέχεια, επιλέγονται τα κατάλληλα κριτήρια πρότυπα, οδηγίες

και πρωτόκολλα, με τα οποία θα επιδιωχθεί η βελτίωση της ποιότητας. Ακολούθως διενεργούνται μετρήσεις για την εκτίμηση του υπάρχοντος επιπέδου ποιότητας σε σχέση με τα επιλεγμένα κριτήρια, πρότυπα, οδηγίες και πρωτόκολλα που συνοδεύονται από την ανάλυση και την παρουσίαση των αποτελεσμάτων και, τέλος, γίνονται προσπάθειες για τη βελτίωση της ποιότητας παρατηρώντας τα ευρήματα των μετρήσεων. Τα αποτελέσματα των δράσεων δημιουργούν μια νέα πραγματικότητα, που αποτελεί την αρχή ενός νέου κύκλου ποιότητας.

4.2.3 Εντοπισμός προβλημάτων

Με τους ακόλουθους βασικούς μηχανισμούς πραγματοποιείται ο εντοπισμός των προβλημάτων ποιότητας :

- Με τη συστηματική καταγραφή των απόψεων των καταναλωτών-πελατών και των επαγγελματιών υγείας.
- Με τη συστηματική ανασκόπηση των παραμέτρων που χαρακτηρίζουν την παρεχόμενη περίθαλψη.
- Με την συστηματική παρακολούθηση της συχνότητας εμφάνισης δυσλειτουργιών με τη χρήση των ειδικών εργαλείων.
- Με ειδικές μελέτες ποιοτικού ελέγχου.
- -Με τη δημιουργία ομάδων επίλυσης προβλημάτων που εντάσσονται στους κύκλους ποιότητας.

Από τους παραπάνω μηχανισμούς οι τρεις πρώτοι θεωρούνται οι πιο σημαντικοί.

4.2.4 Διαμόρφωση και επιλογή κριτηρίων, προτύπων, δράσεων

Κριτήρια. Η επιλογή ή διαμόρφωση κριτηρίων, προτύπων, οδηγιών και πρωτοκόλλων αποτελεί το δεύτερο βήμα του κύκλου ποιότητας. Τα κριτήρια είναι *μεταβλητές* που εκφράζουν δείκτες ποιότητας και οι οποίες λειτουργούν ως συγκριτικά δεδομένα. Τα αυτά κριτήρια πρέπει να είναι μετρήσιμα, εξειδικευμένα, λεπτομερή, κατανοητά, εφικτά και επανεξετάσιμα. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), τα κριτήρια διακρίνονται :σε αυτά που αφορούν στις δομές (κτιριακές εγκαταστάσεις, βιοτεχνολογικός εξοπλισμός, ανθρώπινο δυναμικό), σε αυτά που αφορούν στις διαδικασίες (μέθοδοι διαγνωστικής προσπέλασης, διαδικασίες εισαγωγής και εξόδου, παροχή νοσηλευτικής φροντίδας) και σε αυτά που αφορούν στο αποτέλεσμα (ποσοστό μετεγχειρητικών επιπλοκών, ποσοστά ίασης κ.ά.). Οι δείκτες πάνω στους οποίους στηρίζεται η λειτουργία των κριτηρίων μπορούν να υποδείξουν σημαντικά χαρακτηριστικά της ποιότητας όπως για παράδειγμα είναι η καταλληλότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα των διαγνωστικών και θεραπευτικών διαδικασιών μίας μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας. Επίσης χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση κάθε προσπάθειας βελτίωσης της ποιότητας των διαδικασιών αυτών (Donabedian, 1980).

Οι δείκτες διακρίνονται στους δείκτες υποδομής (π.χ. δείκτες επάρκειας κλινών, εκπαίδευσης προσωπικού, δείκτες ανανέωσης και συντήρησης βιοτεχνολογικού εξοπλισμού), στους δείκτες διαδικασίας (δείκτες που αφορούν στη διάρκεια παραμονής, το ποσοστό κάλυψης των κλινών, τις λίστες αναμονής, την αξιοπιστία των διαγνωστικών εξετάσεων, το κόστος ανά νοσηλεύόμενο ασθενή κ.α.) και τους δείκτες αποτελέσματος ή κλινικούς δείκτες (ποσοστά εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών, ποσοστό νοσοκομειακών λοιμώξεων, ποσοστό ίασης, δείκτης επανεισαγωγών, δείκτες θνητότητας κ.ά.).

Τα πρότυπα ορίζονται με βάση τα κριτήρια. Ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από ένα κριτήριο αποτελεί τον ορισμό του προτύπου. Όπως επίσης και ο ακριβής προσδιορισμός του επιπέδου ενός δείκτη. Έτσι τα κλινικά πρότυπα αποτελούν προσυμφωνημένα επίπεδα εκτέλεσης κλινικού έργου, για συγκεκριμένη διαγνωστική κατηγορία ασθενών. Τα κλινικά πρότυπα πρέπει να είναι κατανοητά, αποδεκτά, εφικτά και μετρήσιμα. Ακολουθούνται συνήθως τέσσερα στάδια για την διαμόρφωση των προτύπων και περιλαμβάνουν την επιλογή

του θέματος, τη δημιουργία ομάδας εργασίας, το σχεδιασμό προτάσεων και την πιλοτική εφαρμογή-αξιολόγηση.

Δράσεις: Οι δράσεις που αναλαμβάνονται για την βελτίωση της ποιότητας εντάσσονται σε τέσσερις βασικές κατηγορίες:

- **Στρατηγική ποιότητας:** Πρόκειται για μακροπρόθεσμο σχέδιο (με ορίζοντα πενταετίας) με σκοπό την αλλαγή συμπεριφορών, στάσεων και δομών ώστε να επιτευχθεί η διαρκής προσφορά υψηλής ποιότητας υπηρεσιών
- **Σχέδιο ποιότητας:** Πρόκειται για ένα βραχυπρόθεσμο σχέδιο (με ορίζοντα διετίας) που έχει ως σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένων στρατηγικών στόχων
- **Πρόγραμμα ποιότητας:** Στα πλαίσια του σχεδίου ποιότητας το συγκεκριμένο πρόγραμμα είναι έτσι σχεδιασμένο και άμεσα υλοποιήσιμο με σκοπό την επίτευξη συγκεκριμένου στόχου (π.χ. μείωση του χρόνου αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία).
- **Πολιτική ποιότητας:** Αναφέρεται σε συγκεκριμένες πρακτικές οι οποίες εφαρμόζονται και αξιολογούνται με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας.

Με την ενσωμάτωση της φιλοσοφίας της Συνεχούς Βελτίωσης Ποιότητας, η νοοτροπία του “μην το φτιάχνεις αν δεν είναι χαλασμένο”, μετατράπηκε στο “ακόμα κι αν δεν είναι χαλασμένο, μπορεί και πάλι να βελτιωθεί”.

4.2.5 Πιστοποίηση

Στο γενικότερο επίπεδο οργανισμού και συστήματος ένας από τους ευρύτερα εφαρμοζόμενους μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας είναι η πιστοποίηση (accreditation) των υπηρεσιών, η οποία αποτελεί μία διεργασία με ιστορία σχεδόν ενός αιώνα. Η πιστοποίηση συνιστά μια εθελοντική υποβολή σε αξιολόγηση από συνάδελφους επαγγελματίες, οι οποίοι αναλύουν τις υπάρχουσες οργανωτικές διαδικασίες αλλά και τη δυνατότητα του οργανισμού να προσεγγίσει το βέλτιστο επίπεδο απόδοσης. Η αξιολόγηση αυτή δεν γίνεται με υποκειμενικά κριτήρια, αλλά χρησιμοποιεί κριτήρια αντικειμενικά που προκύπτουν από συναίνεση ύστερα από ομοφωνία (consensus) των επαγγελματικών ομάδων που παρέχουν τις υπηρεσίες υγείας.

Η διαδικασία της πιστοποίησης σύμφωνα με τον Τούντα (2003) είναι μια ιδιαίτερη μορφή παρέμβασης, η οποία προτείνεται στην αναγνώριση-αξιολόγηση από έναν ανεξάρτητο εξωτερικό φορέα πιστοποίησης ότι ένας οργανισμός ικανοποιεί συγκεκριμένα πρότυπα και κριτήρια. Η έννοια της πιστοποίησης διαφέρει από αυτή της έννοιας της αδειοδότησης, στο γεγονός ότι τα κριτήρια ή πρότυπα που θέτει αφορούν την οικονομική ευρωστία, την οργανωτική επάρκεια, την καταλληλότητα και εκπαίδευση του προσωπικού, την εκπλήρωση κριτηρίων ποιότητας και όχι απλά θεσμικές προϋποθέσεις. Διαφέρει επίσης στο ότι είναι μια διαδικασία με προαιρετικό-εθελοντικό χαρακτήρα. Η πληροφόρηση που δίνεται μέσω της λειτουργίας της πιστοποίησης, δεν επιτρέπει στον οργανισμό να επαναπαυτεί επειδή ξεπερνά το ελάχιστο, αλλά υποδεικνύει τα βήματα που απομένουν να γίνουν μέχρι να προσεγγισθεί το ποιοτικά μέγιστο, μια διαδικασία που είναι προφανώς αέναη.

Η λειτουργία της πιστοποίησης εφαρμόστηκε πρώτα στα αμερικάνικα νοσοκομεία εδώ και έναν αιώνα και εν συνεχεία σε όλο σχεδόν το φάσμα των υπηρεσιών υγείας. Η πιστοποίηση ως διεργασία δε μπορεί από μόνη της να επιτύχει τη διασφάλιση-βελτίωση της ποιότητας, γι' αυτό και θα πρέπει να αντιμετωπίζεται ως σημαντική μεν αλλά συμπληρωματική διαδικασία, που εντάσσεται στις σύγχρονες αντιλήψεις για τη διοίκηση ποιότητας. Κάθε φορά θα πρέπει να εφαρμόζεται με ιδιαίτερη προσοχή ώστε να μην θεωρείται εξωτερική απειλή και συνάμα εμπόδιο στην ανάπτυξη των πρωτοβουλιών και της καινοτομίας από τα εμπλεκόμενα μέρη.

Οι φορείς που την ασκούν μπορεί να είναι κρατικοί και να ασκούν ρυθμιστικό ρόλο, ή να αποτελούν πρωτοβουλία ενός φορέα παροχών υπηρεσιών υγείας, στο πλαίσιο ενός αυτορρυθμιζόμενου συστήματος, όπως η Μικτή Επιτροπή για την Πιστοποίηση Νοσηλευτικών Ιδρυμάτων και Οργανισμών Περίθαλψης, που ιδρύθηκε το 1951 στις ΗΠΑ (JCAH). Στον Καναδά λειτουργεί το Συμβούλιο για την Πιστοποίηση Υπηρεσιών Υγείας, στη Αυστραλία το Συμβούλιο Νοσοκομειακών Προτύπων και στα Γαλλία ο Εθνικός Φορέας Πιστοποίησης και Αξιολόγησης στην Υγεία.

Τα πιστοποιητικά ISO-9000 (International Standards Organization) είναι τα πλέον διαδεδομένα πρότυπα οργάνωσης και τεκμηρίωσης σε διεθνές επίπεδο. Ο Ελληνικός Οργανισμός Τυποποίησης (ΕΛΟΤ) έχει την ευθύνη για την εφαρμογή του θεσμού στη χώρα μας, με ελάχιστες όμως εφαρμογές στο χώρο των υπηρεσιών υγείας. Με το νόμο (Ν.

2519/97), έχει νομοθετηθεί η ίδρυση Ινστιτούτου Έρευνας και Ελέγχου της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας το 1997 ενώ με το νόμο 2231 του 1994 θεσμοθετείται ως προαιρετική η διαδικασία της πιστοποίησης.

ΚΕΦ. 5: Η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΛΙΚΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (TQM, Total Quality Management) είναι μία φιλοσοφία ή ένα σύνολο αρχών που αποτελεί τη βάση της συνεχούς βελτίωσης της λειτουργίας του οργανισμού. Σύμφωνα με την Παπανικολάου (1995), η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας συνθέτει τις θεμελιώδεις αρχές του management, τις προσπάθειες βελτίωσης καθώς και τα τεχνικά εργαλεία με σκοπό την αύξηση της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών. Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι το σύνολο των λειτουργιών και μεθόδων που εφαρμόζει ο οργανισμός-υπηρεσία και θέτει στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του έμψυχου και άψυχου δυναμικού του οργανισμού με το μικρότερο δυνατό κόστος. Είναι μια διαδικασία διαρκούς προγραμματισμού, εφαρμογής και αξιολόγησης των δομών, των συστημάτων, των διαδικασιών και των δραστηριοτήτων που εξασφαλίζουν την ποιότητα.

Όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας επικεντρώνεται στον ασθενή και προσανατολίζεται στο παραγόμενο προϊόν. Στα νοσοκομεία θα πρέπει να υπάρχει ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης της ποιότητας ως μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας που να περιλαμβάνει μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας πριν, κατά και μετά την παροχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Γι' αυτό οι παραπάνω μηχανισμοί θα πρέπει από τη μια να παράγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την καταγραφή, παρακολούθηση και αξιολόγηση των υπηρεσιών που προσφέρονται και από την άλλη να μπορούν να διαχειρίζονται και να βελτιώνουν την ίδια τη διοίκηση ποιότητας.

Στην πραγματοποίηση του βασικού στόχου της Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, δηλαδή της εξάλειψης των αποκλίσεων ανάμεσα σ' αυτό που επιθυμούν οι ασθενείς και σ' αυτό που τελικά λαμβάνουν αποτελεί η προτυποποίηση των διαδικασιών, όπως π.χ. των εγχειρήσεων, η οποία διευκολύνει την ομογενοποίηση των αποτελεσμάτων, μειώνοντας έτσι τις διαφοροποιήσεις που αποτελούν απειλή για την υγεία των ασθενών.

Η αποτελεσματική εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στηρίζεται στην αποδοχή και τήρηση τριών βασικών αρχών - αξιωμάτων σύμφωνα με τον Λογοθέτη (1992) και είναι οι εξής:

(α) Η δέσμευση της ηγεσίας. Η πλήρης δέσμευση της ανώτατης ηγεσίας και όλων των στελεχών του οργανισμού για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας κρίνεται απαραίτητη και πρέπει να επιβεβαιώνεται διαρκώς στην πράξη. Συνάμα καθήκον αλλά και υποχρέωση της ηγεσίας του οργανισμού είναι αφενός να διαθέσει όλα τα απαιτούμενα μέσα για την επίτευξη της βελτίωσης της ποιότητας και αφετέρου να δημιουργήσει τις κατάλληλες συνθήκες και περιβάλλον για την ανάπτυξη και διατήρησή της. Η ηγεσία ενός οργανισμού που έχει ως στόχο την τελειότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών του, χωρίς όμως να διαθέτει τα απαραίτητα μέσα για την επίτευξή της, συμβάλλει σε προσωπικούς ανταγωνισμούς μεταξύ των στελεχών, και στην απουσία ομαδικού πνεύματος, στοιχεία που αναμφισβήτητα παρεμποδίζουν οποιαδήποτε προσπάθεια για συνεχή βελτίωση.

(β) Επιστημονική γνώση. Στη σημερινή εποχή κρίνεται απαραίτητη η κατάλληλη εκπαίδευση και κατάρτιση του προσωπικού όλων των βαθμίδων. Οι εργαζόμενοι πρέπει να έχουν τις κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις και τεχνικές δεξιότητες προκειμένου το προϊόν της εργασίας τους να είναι υψηλής ποιότητας, να αναπτύσσουν τη δημιουργικότητά τους και να εφαρμόζουν νέες τεχνικές και ιδέες για συνεχή βελτίωση. Η διαρκής επιμόρφωση των εργαζομένων σε νέες μεθόδους και τεχνικές που καθημερινά πολλαπλασιάζονται, εξυπηρετεί αυτή την αναγκαιότητα. Επίσης τα ηγετικά στελέχη του οργανισμού θα πρέπει να ενημερώνονται διαρκώς για τις σύγχρονες μεθόδους και τεχνικές βελτίωσης της ποιότητας, αφού έχοντας τις απαραίτητες γνώσεις και χρησιμοποιώντας τις κατάλληλες επιστημονικές μεθόδους και εργαλεία, μπορούν προσδιορίσουν την αιτία μιας δυσλειτουργίας και να δώσουν έγκαιρα την ενδεδειγμένη λύση στο πρόβλημα προλαμβάνοντας την εξάπλωση του.

(γ) Συμμετοχή όλου του προσωπικού. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας δεν μπορεί να εφαρμοστεί χωρίς τη συμμετοχή και δέσμευση όλων των εργαζομένων. Η εφαρμογή της απαιτεί την ενεργό ανάμιξη όλων στη διαδικασία της συνεχούς βελτίωσης των προϊόντων ή υπηρεσιών. Γι' αυτό χαρακτηρίζεται και «ολική». Όλο το προσωπικό είναι στο σύνολό του υπεύθυνο για την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει ο οργανισμός, και προσωπικά ο καθένας από το προσωπικό για την ποιότητα της δικής του εργασίας. Παράλληλα, η ηγεσία

του οργανισμού πρέπει να γνωρίζει ότι οι εργαζόμενοι είναι οι πλέον κατάλληλοι για να υποδείξουν με ποιο τρόπο θα βελτιωθεί τόσο η εργασία τους, όσο και η ποιότητα του παραγόμενου προϊόντος.

Επειδή η διοίκηση ολικής ποιότητας εφαρμόστηκε σε τομείς με υψηλές ποιοτικές απαιτήσεις, που χρησιμοποιούν σύνθετες παραγωγικές διαδικασίες, στον τομέα της υγείας επιχειρήθηκε κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία στις αρχές της δεκαετίας του 1990. Μέχρι και σήμερα, ελάχιστος αριθμός νοσοκομείων διεθνώς την εφαρμόζει με συστηματικό τρόπο.

5.1 Η ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και τα οφέλη από τη βελτίωσή της

Έρευνες σε Καναδά, Ηνωμένο Βασίλειο και ΗΠΑ αναδεικνύουν την ανάγκη για αλλαγές στην λειτουργία των μονάδων υγείας. Παρά τις αλλαγές στην νομοθεσία, τις διατμηματικές συνεργασίες και τις προσπάθειες για επανασχεδιασμό των διαδικασιών, οι καταναλωτές είναι δυσαρεστημένοι σε θέματα ποιότητας, κόστους και αξιοπιστίας των μονάδων υγείας. Συγκεκριμένα το 18% των καταναλωτών σε ΗΠΑ και Ηνωμένο Βασίλειο και το 27% των καναδών καταναλωτών χαρακτηρίζουν τις υπηρεσίες υγείας από ισχνές έως φτωχές (Donelan 1999 & Donelan 2000).

Αποτελεί μεγάλη πρόκληση η απόδοση από την πλευρά των νοσοκομειακών οργανώσεων, τόσο της κατάλληλης θεραπείας όσο και του ευχάριστου και ικανοποιητικού περιβάλλοντος ανάρρωσης. Τα συχνότερα προβλήματα που εμφανίζονται στις νοσοκομειακές μονάδες είναι: (Forum for Health Care Quality Measurement and Reporting, 1997)

- Μερική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Underuse of Healthcare): η μη χρησιμοποίηση όλων των απαραίτητων μέσων για την θεραπεία των ασθενών από την πλευρά των θεραπειών είναι πιθανό να οδηγήσει σε σοβαρές επιπλοκές στην υγεία και την σωματική ακεραιότητα των ασθενών.
- Υπερβολική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Overuse of Healthcare): η υπερβολή τόσο στην χορήγηση φαρμακευτικών σκευασμάτων όσο και στην διενέργεια μη ενδεδειγμένων πρόσθετων εργαστηριακών ελέγχων εκ των θεραπειών έχει ως συνέπεια την αύξηση του κόστους της θεραπείας.

- Κακή χρήση των υπηρεσιών υγείας (Malpractice): σε αύξηση του κόστους αλλά και σε απώλειες ανθρωπίνων ζωών οδηγούν οι λανθασμένες διαγνώσεις ή καθυστερημένες νοσηλείες.
- Διαφοροποίηση στην παροχή των υπηρεσιών υγείας (Variation): η έντονη διαφοροποίηση στον τρόπο και στα μέσα ελέγχου που έχουν στην διάθεσή τους οι ιατροί σε όλον τον κόσμο.

Παράλληλα, ο Norma και συν. (2000) αναφέρουν ότι μερικά ενδεικτικά προβλήματα ποιότητας είναι:

- Λανθασμένη διάγνωση ασθένειας
- Καθυστερημένη διάγνωση της ασθένειας
- Πλημμελής θεραπεία

Συγκεκριμένα, τονίζουν ότι τα παραπάνω προβλήματα προκύπτουν: από λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις (αποτυχία του συστήματος του νοσοκομείου), έλλειψη λεπτομερούς εξέτασης από τους ιατρούς (ανθρώπινο λάθος), παρερμηνεία συμπτωμάτων ή αναποτελεσματική επικοινωνία ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (πρόβλημα οργάνωσης συστήματος). Είναι πολύ σημαντικό να διακρίνουμε τα ανθρώπινα λάθη (λάθος διάγνωση λόγω άγνοιας κ.ά.) από τα λάθη του συστήματος του νοσοκομείου (λάθος φάρμακο σε λάθος ασθενή).

Κάθε χρόνο στις ΗΠΑ πεθαίνουν 98.000 ασθενείς από ιατρικό λάθος μέσα στα νοσοκομεία. Τα λάθη σύμφωνα με την έρευνα του Institute of Medicine οφείλονται κυρίως σε οργάνωση των χώρων του νοσοκομείου, σε υπερκόπωση των θεράποντων ιατρών, σε δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.ά. Η ανάγκη για εδραίωση συστήματος διασφάλισης ποιότητας είναι μεγάλη και οδηγεί σε θεμελιώδεις αλλαγές στην κουλτούρα της υγείας και στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας.

5.2 Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας

Σύμφωνα με τον Donabedian (1996) υπάρχουν τρεις βασικοί τρόποι για την αξιολόγηση της ποιότητας σε μία νοσηλευτική μονάδα:

- Η μέτρηση των συντελεστών παραγωγής, δηλαδή αξιολόγηση των προϊόντων με την μέτρηση της ποιότητας των συντελεστών που χρησιμοποιούνται για την παραγωγική διαδικασία.
- Η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, δηλαδή η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας που παρέχεται μέσω ορισμένων παραμέτρων αυτής.
- Η μέθοδος της διαδικασίας, δηλαδή η χρήση συγκεκριμένων διαδικασιών «ρουτίνας» για περιπτώσεις διάγνωσης ή και θεραπείας. Σήμερα στον τομέα της ποιότητας στην υγεία του συνόλου, όσο τονίζεται και η σημαντικότητα της ατομικής ευθύνης στον οργανισμό κυριαρχεί η έννοια της συνεχούς βελτίωσης ποιότητας (Continuous Quality Improvement), η οποία ξεπερνά την απλή μέτρηση και την προσπάθεια συμμόρφωσης σε κάποια προκαθορισμένα πρότυπα. Η Βελτίωση ποιότητας παίζει σημαντικό ρόλο στη διασφάλιση της ποιότητας σε έναν πολύπλοκο οργανισμό, όπως για παράδειγμα είναι τα νοσοκομεία. Η βελτίωση ποιότητας υποστηρίζει τόσο την προσπάθεια.

Η Συνεχής Βελτίωση Ποιότητας (CQI) αφορά όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης, από τις στρατηγικές αποφάσεις μέχρι την εργασία σε έναν σταθμό. Προέρχεται από την πεποίθηση ότι τα λάθη μπορούν να αποφευχθούν και τα ελαττωματικά να μηδενιστούν. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την συνεχή βελτίωση των ικανοτήτων των εργαζομένων, των λειτουργιών της επιχείρησης, της τεχνολογίας και των παραγωγικών δυνατοτήτων (Donabedian, 1996).

Κατά τον Gilbert (1992), η πρόληψη είναι θεμέλιο Βελτίωσης της Ποιότητας. Η πρόληψη από την επανάληψη λαθών μέσω των ακόλουθων μηχανισμών:

- *Πρόληψη λαθών*
- *Πρόληψη από την διάδοση των λαθών στα επόμενα στάδια της παραγωγής*
- *Διακοπή παραγωγής μέχρι την εξακρίβωση του λάθους.*

Η Βελτίωση ποιότητας είναι ο κυριότερος στόχος για όλες τις κλινικές εφαρμογές. Βασικά στοιχεία της είναι η δέσμευση του προσωπικού, η συστηματική συλλογή και ανάλυση δεδομένων των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων και η ενεργή υποστήριξη της διοίκησης. Με την εκτίμηση των τάσεων και των αιτιών των προβλημάτων γεφυρώνεται το κενό και

προσφέρεται ο απαραίτητος σύνδεσμος για την λήψη αναγκαίων μέτρων (Weinberg et al., 1998).

5.3 Οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας

Τα οφέλη από τη Βελτίωση της Ποιότητας και τη διατήρησή της σε ένα ικανοποιητικό - υψηλό επίπεδο είναι πολυδιάστατα, πιο συγκεκριμένα, διακρίνουμε τις ακόλουθες κατηγορίες:

1. Οφέλη για τον ασθενή

- **Υγειονομικά οφέλη.** Σχετίζονται με την έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος της υγείας του ασθενούς και την αποτελεσματική αντιμετώπισή του, την αποφυγή επιπλοκών λόγω καθυστερημένης ή λανθασμένης αγωγής κ.ά.
- **Ψυχολογικά οφέλη.** Έχουν σχέση τόσο με το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, στο οποίο θα αντιμετωπιστεί το πρόβλημα υγείας του ασθενούς όσο και με τη διάρκεια παραμονής του σ' αυτό. Αναμφισβήτητα, η καλή ψυχολογική κατάσταση του ασθενούς έχει θετική επίδραση στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής στην οποία υπόκειται. Όσο, λοιπόν, περισσότερο ποιοτικές είναι συνθήκες διαμονής του ασθενούς και γενικότερα, το περιβάλλον της μονάδας παροχής υπηρεσιών υγείας, τόσο εμφανέστερα είναι τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει αυτός. Επίσης, μεγάλο ψυχολογικό όφελος αντλεί ο ασθενής, από τη μείωση του χρόνου παραμονής του στη μονάδα, η οποία μπορεί να επιτευχθεί με τη σωστή και γρήγορη αντιμετώπιση του υγειονομικού του προβλήματος.
- **Οικονομικά οφέλη.** Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα συμβάλει, ώστε το πρόβλημα υγείας του ασθενούς να διαγνωστεί έγκαιρα και να αντιμετωπιστεί, αφενός μεν αποτελεσματικά αφετέρου σε σύντομο χρονικό διάστημα. Είναι προφανές ότι στην συγκεκριμένη περίπτωση η οικονομική επιβάρυνση που θα υποστεί ο ασθενής θα είναι σημαντικά μικρότερη (Σιγάλας, 1999).

2. Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας

Τα οφέλη από την ποιότητα υπηρεσιών υγείας για τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.ά) συνίστανται σε:

- Στο σεβασμό και την εμπιστοσύνη εκ μέρους των ασθενών και των οικογενειών τους·
- Στην απαλλαγή τους από αδικαιολόγητο καθημερινό εκνευρισμό και άγχος·

- Στην ικανοποίηση που απολαμβάνουν από την εργασία τους
- Στη μεγαλύτερη κοινωνική ανοχή σε λάθη και σφάλματα, την οποία καλλιεργεί η ποιότητα (Σιγάλας, 1999).

3. **Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας**

- **Οικονομικά οφέλη.** Η μείωση του λειτουργικού κόστους, η οποία εξασφαλίζεται κατόπιν έγκαιρης διαγνώσεως και αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενών, ως συνέπεια της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιτρέπει την εξοικονόμηση σημαντικών πόρων, οι οποίοι μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την κάλυψη των αναγκών άλλων ασθενών, για τη βελτίωση των συνθηκών εργασίας του προσωπικού, για κλινική έρευνα κ.ά.
- **Λειτουργικά οφέλη.** Συνοδεύουν τον δικαιολογημένο περιορισμό της χρησιμοποίησης της μονάδας (μείωση της επιβάρυνσης όλων των υπηρεσιών και τμημάτων της μονάδας).
- **Αναγνώριση και φήμη** (Σιγάλας, 1999).

4. **Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία**

- **Οικονομικά οφέλη.** Αναφέρονται στη μείωση του ύψους των δαπανών τους, δηλαδή των χρηματικού ποσού που καταβάλλεται στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας για την υγειονομική περίθαλψη των ασφαλισμένων τους.
- **Κοινωνικά οφέλη.** Έχουν σχέση με τη μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασφαλισμένων, ως απόρροια υψηλού επιπέδου της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.
- **Υγειονομικά οφέλη.** Έχουν σχέση με τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών (Σιγάλας, 1999).

5. **Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο**

- **Οικονομικά οφέλη.** Έχουν σχέση με τον περιορισμό της μείωσης της παραγωγικότητας των πολιτών, ως αποτέλεσμα της μείωσης του χρόνου παραμονής τους σαν ασθενείς στις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την περιστολή των αδικαιολόγητων δαπανών, τόσο δημόσιων, όσο και ιδιωτικών, στον τομέα της υγείας.

- **Υγειονομικά οφέλη.** Διακρίνεται αύξηση της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας, γενικότερα του υγειονομικού συστήματος, συνεπώς τη μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών έτσι ώστε να εξυπηρετηθούν και γενικότερα, τον υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των χρηστών – καταναλωτών των υπηρεσιών υγείας.
- **Βελτίωση της εικόνας του κράτους και αύξηση της εμπιστοσύνης των πολιτών απέναντι στις κοινωνικές παροχές και υπηρεσίες.** Η γενικότερη εικόνα της χώρας βελτιώνεται, τόσο σε εθνικό, όσο και σε διεθνές επίπεδο (Σιγάλας, 1999).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦ. 6: Η ΤΑΥΤΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα χειρουργικών ασθενών του ΓΝ Σπάρτης μέσω της διερεύνησης των κάτωθι ερωτημάτων: “ποια η αντίληψη των ασθενών για την προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα;», «υπάρχει διαφορά μεταξύ των απόψεων;», “ποια η διαφορά μεταξύ των απόψεων;”, “υπάρχει συσχέτιση με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες;”. Στο πρώτο μέρος της μελέτης παρουσιάζεται το μεθοδολογικό πλαίσιο που χρησιμοποιήθηκε, προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, καθώς και τα κριτήρια επιλογής του χρησιμοποιηθέντος δείγματος. Στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της μελέτης, ενώ πραγματοποιείται και συγκριτική τους ανάλυση. Η μελέτη ολοκληρώνεται με την εξαγωγή βασικών συμπερασμάτων και τη σύγκρισή τους με ανάλογες διεθνείς μελέτες μέτρησης της ικανοποίησης. Τα ευρήματα της μελέτης προσδοκούμε να χρησιμοποιηθούν για την εξαγωγή συμπερασμάτων χρήσιμων για τη βελτίωση των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

6.1 Υλικό και Μέθοδος

Ο σχεδιασμός της μελέτης ήταν διερευνητικός – περιγραφικός. Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών του νοσοκομείου επιλέχθηκε ένα δείγμα 93 ατόμων, ύστερα από συνεννόηση με τη διοίκησή του και κατόπιν χορηγήσεως άδειας από το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Η παρούσα μελέτη απευθυνόταν στις εξής κλινικές του εν λόγω νοσοκομείου: Χειρουργική Κλινική, Ορθοπαιδική Κλινική, Ουρολογική Κλινική και Μαιευτική Κλινική. Ο λόγος ήταν ότι στις παραπάνω κλινικές νοσηλεύονταν ασθενείς που επρόκειτο να υποβληθούν σε κάποιου είδους χειρουργική επέμβαση. Ως μέθοδος δειγματοληψίας της έρευνας εφαρμόστηκε η στρωματοποιημένη τυχαία δειγματοληψία, η οποία προσδίδει υψηλό βαθμό αντιπροσωπευτικότητας δείγματος και ποιότητας δεδομένων.

Οι ασθενείς που νοσηλεύονταν στο ΓΝ Σπάρτης ήταν άτομα από το γενικό πληθυσμό του νομού Λακωνίας και προέρχονταν από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις γεγονός που μπορεί να αποδοθεί στις γενικές εφημερίες του νοσοκομείου.

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε η Κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών με τη νοσηλευτική φροντίδα (MPSS), η οποία έχει σταθμιστεί από τον Αναπληρωτή Καθηγητή του Τεχνολογικού Πανεπιστημίου Κύπρου Δρ Αναστάσιο Μερκούρη, ο οποίος παρείχε και τη σχετική άδεια χρήσης της κλίμακας. Η συγκεκριμένη κλίμακα περιελάμβανε τόσο ποιοτικές όσο και ποσοτικές μεταβλητές που συνδέονται με τη χρήση των υπηρεσιών και την αξιολόγησή τους και αποτελείτο από 18 ερωτήσεις.

Οι συγκεκριμένες ερωτήσεις κατηγοριοποιήθηκαν, ανάλογα με το σκοπό τον οποίο επιτελούσαν, στις ακόλουθες ενότητες:

- ▲ Χαρακτηριστικά δείγματος
- ▲ Αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών ανά κατηγορία υπηρεσίας
- ▲ Γενικές απόψεις των χειρουργημένων ασθενών για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου

Η αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών αφορούσε στο προσωπικό του νοσοκομείου και ειδικότερα το νοσηλευτικό προσωπικό. Η αξιολόγηση των ανωτέρω τομέων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert, η οποία περιελάμβανε τις εξής βαθμίδες: «καθόλου ικανοποιημένος», «λίγο ικανοποιημένος», «αρκετά ικανοποιημένος», «πολύ ικανοποιημένος» και «πάρα πολύ ικανοποιημένος». Όσον αφορά στην καταγραφή της γενικής άποψης των ερωτηθέντων στο νοσοκομείο, πραγματοποιήθηκε με την υποβολή μίας ανοικτής ερώτησης, στην οποία ο ασθενής είχε τη δυνατότητα να αναφέρει οτιδήποτε, κατά την άποψή του, θα συνεισέφερε στη βελτίωση των υπηρεσιών του νοσοκομείου.

Επίσης χρησιμοποιήθηκε ειδικά σχεδιασμένο για την παρούσα έρευνα ερωτηματολόγιο κοινωνικοδημογραφικών δεδομένων. Η συλλογή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε με τη μέθοδο της προσωπικής συνέντευξης (face-to-face interview), αφού ενημερώθηκαν προφορικά και αφού υπέγραψαν τη δήλωση συγκατάθεσης οι ασθενείς.

Μετά από την ολοκλήρωση της διαδικασίας δόμησης του ερωτηματολογίου, ως ερευνητές με ειδική άδεια του νοσοκομείου, καλύπταμε σε καθημερινή βάση συγκεκριμένους τομείς του νοσοκομείου για διάρκεια 3 μηνών (Αύγουστος-Οκτώβριος 2011), ώστε τελικά να αποκτηθεί

ένα αντιπροσωπευτικό δείγμα χειρουργικών ασθενών του νοσοκομείου. Τέλος, για την επεξεργασία των ερωτηματολογίων σχεδιάστηκε ειδική βάση δεδομένων με τη χρήση του στατιστικού προγράμματος SPSS (statistical package for social sciences), στην οποία εισήχθησαν τα δεδομένα, προκειμένου αρχικά να πραγματοποιηθεί στατιστικός έλεγχος της ομοιογένειάς τους και στη συνέχεια στατιστική επεξεργασία και ανάλυσή τους.

6.2 Βαθμός Αξιοπιστίας της Κλίμακας Likert

Πριν ξεκινήσουμε τη στατιστική ανάλυση, ελέγξαμε τις μεταβλητές που χρησιμοποιήσαμε για εσωτερική αξιοπιστία. Ο έλεγχος αυτός έγινε με τον δείκτη Cronbach alpha (α) ή δείκτης εσωτερικής συνάφειας. Όσο πιο υψηλός είναι ο δείκτης αυτός – και συγκεκριμένα όσο πιο κοντά στη μονάδα – τόσο πιο αξιόπιστα θεωρούνται τα αποτελέσματα.

Ενδεικτικές τιμές αξιοπιστίας:

< 0.6 : η κλίμακα είναι αναξιόπιστη

0.6 : το ελάχιστο αποδεκτό όριο (μη αποδεκτό για κλίμακες με πολλά items)

0.7 : επαρκές, αλλά όχι καλό

0.8 : καλύτερο

0.95 : πολύ υψηλή αξιοπιστία

Ο βαθμός αξιοπιστίας θα υπολογιστεί για την πενταβάθμια κλίμακα Likert που χρησιμοποιήθηκε. Συνεπώς, δεν υπολογίζεται για τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων.

Με τη βοήθεια του SPSS προέκυψε το παρακάτω αποτέλεσμα για τον δείκτη Cronbach alpha.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
,964	32

Πίνακας 2: Δείκτης Cronbach's Alpha

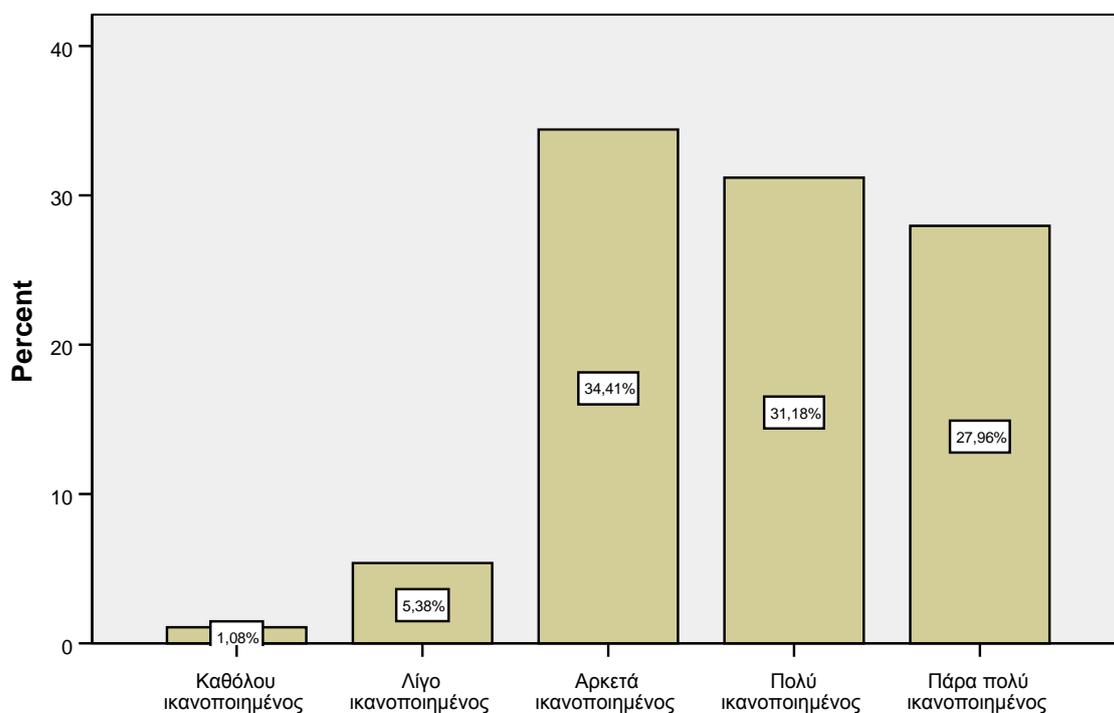
Όπως παρατηρούμε από τον παραπάνω πίνακα, ο δείκτης είναι 0,964 και βρίσκεται πάρα πολύ κοντά στη μονάδα. Αυτό σημαίνει ότι τα δεδομένα που έχουμε χρησιμοποιήσει στην ανάλυσή μας είναι σε πολύ υψηλό βαθμό αξιόπιστα.

ΚΕΦ. 7: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

7.1 Βοήθεια για τις καθημερινές ανάγκες

Η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα σε ποσοστό 34,4% δήλωσαν ότι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τη βοήθεια που τους παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά τις καθημερινές τους ανάγκες, όπως προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος. Το 31,2% και το 28% των ασθενών δήλωσε ότι η βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού τους άφησε πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένους, αντίστοιχα. Πέντε άτομα (5,4%) απάντησαν ότι έμειναν σε μικρό βαθμό ικανοποιημένοι, ενώ μόλις ένα άτομο (1,1%) απάντησε ότι η βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για τις καθημερινές ανάγκες δεν τον άφησε καθόλου ικανοποιημένο.

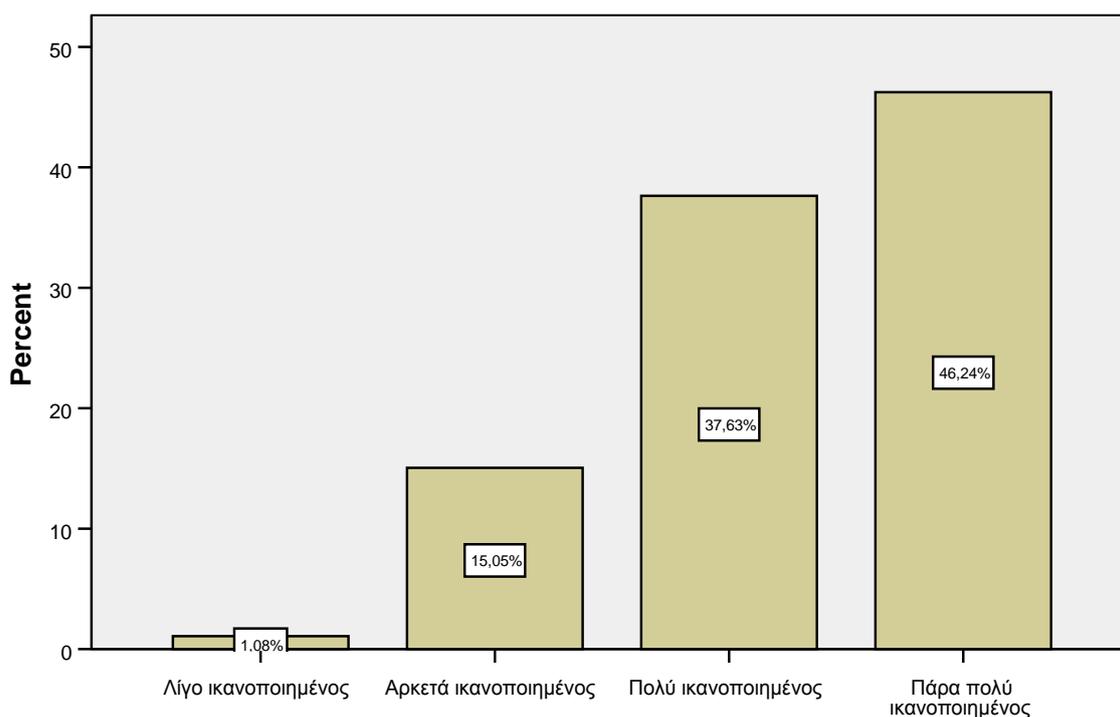


Γ
ράφημα 1: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για τις καθημερινές ανάγκες

7.2 Νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις

α) Επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις

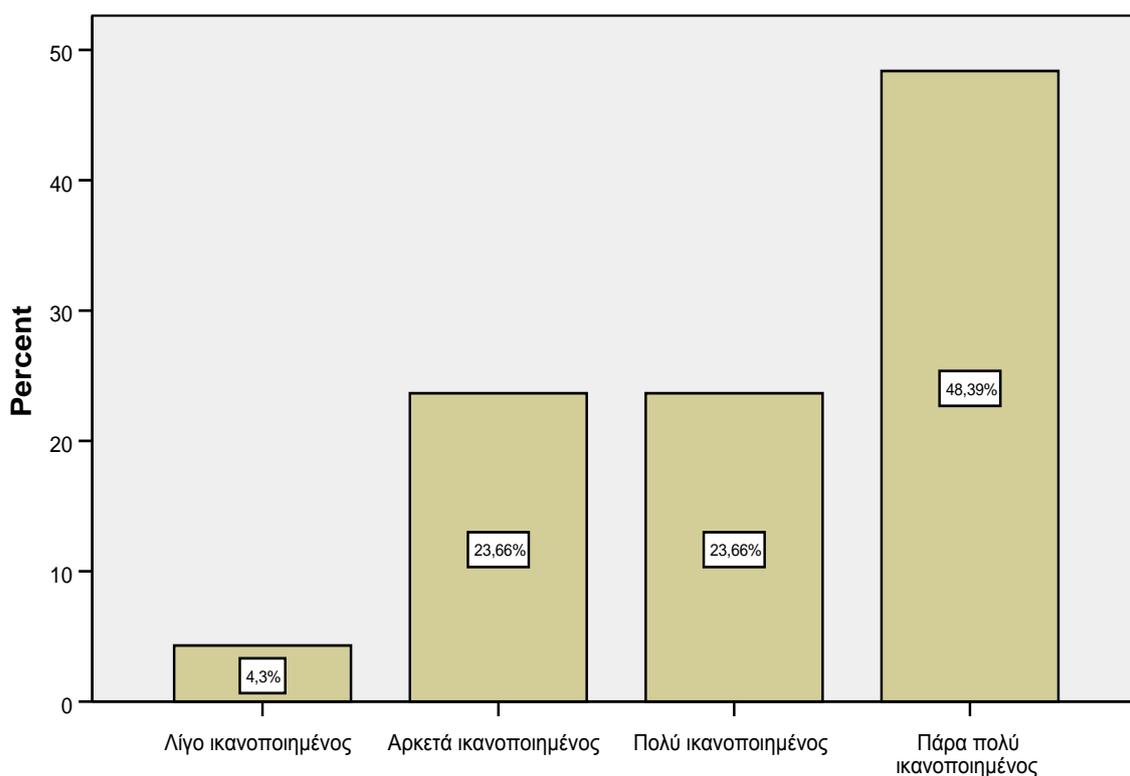
Η επιδεξιότητα με την οποία εκτελούνται νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις, όπως για παράδειγμα χορήγηση φαρμάκων, αλλαγή ορών και περιποίηση τραυμάτων, άφησε σε πάρα πολύ και πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένους τους ασθενείς, σε ποσοστό 46,2% και 37,6% αντίστοιχα. Το 15,1% δήλωσε ότι έμεινε αρκετά ικανοποιημένο, ενώ μόνο ένας ασθενής (1,1%) απάντησε ότι έμεινε λίγο ικανοποιημένος από την επιδεξιότητα εκτέλεσης των νοσηλευτικών διαδικασιών.



Γράφημα 2: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την επιδεξιότητα εκτέλεσης των νοσηλευτικών διαδικασιών

β) Συνέπεια με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις

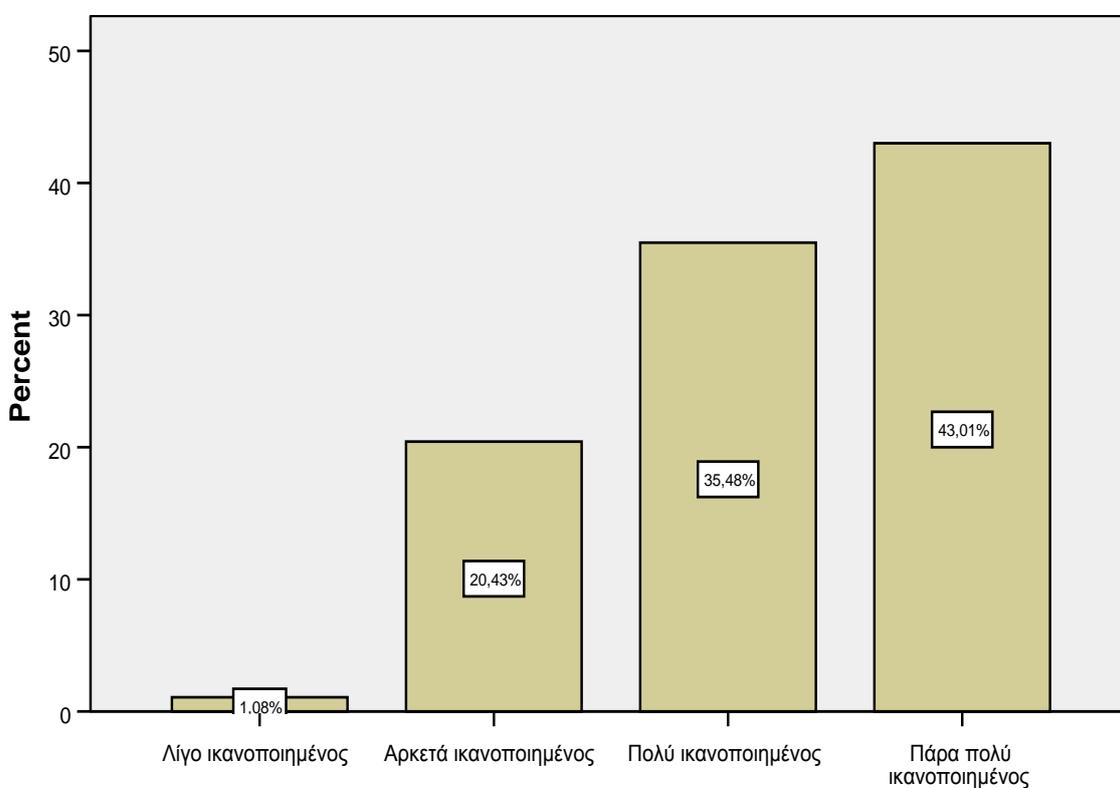
Το 48,4% των ασθενών δήλωσε ότι έμεινε πάρα πολύ ικανοποιημένο από την συνέπεια με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό εκτελεί διαδικασίες όπως οι παραπάνω. Το 23,7% δήλωσε 'αρκετά' και 'πολύ' ικανοποιημένο, ενώ μόνο τέσσερα άτομα (4,3%) απάντησαν ότι η συνέπεια εκτέλεσης των νοσηλευτικών πράξεων τους άφησε σε μικρό βαθμό ικανοποιημένους.



Γράφημα 3: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την συνέπεια εκτέλεσης των νοσηλευτικών διαδικασιών

7.3 Ανακούφιση του πόνου

Η εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου άφησε την πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 43% πάρα πολύ ικανοποιημένη. Ακολουθεί ένα ποσοστό της τάξης του 35,5% που δήλωσε πολύ ικανοποιημένο και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 20,4% που δήλωσε μέτρια ικανοποιημένο. Μόνο ένα άτομο (1,1%) απάντησε ότι η εφαρμογή αυτών των μέτρων τον ικανοποίησε σε πολύ μικρό βαθμό.

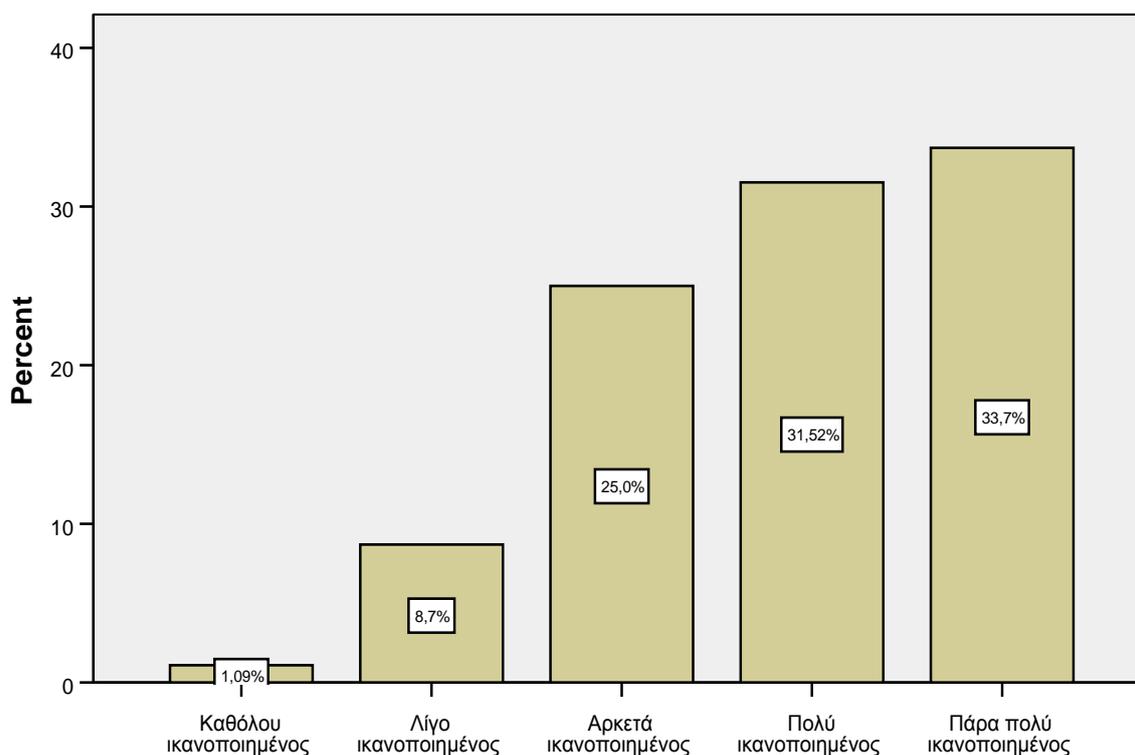


Γράφημα 4: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την εφαρμογή μέτρων για την ανακούφιση του πόνου

7.4 Πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό

α) για τον προσανατολισμό στη μονάδα, στο τμήμα την πρώτη μέρα που ο ασθενής έρχεται στο θάλαμο

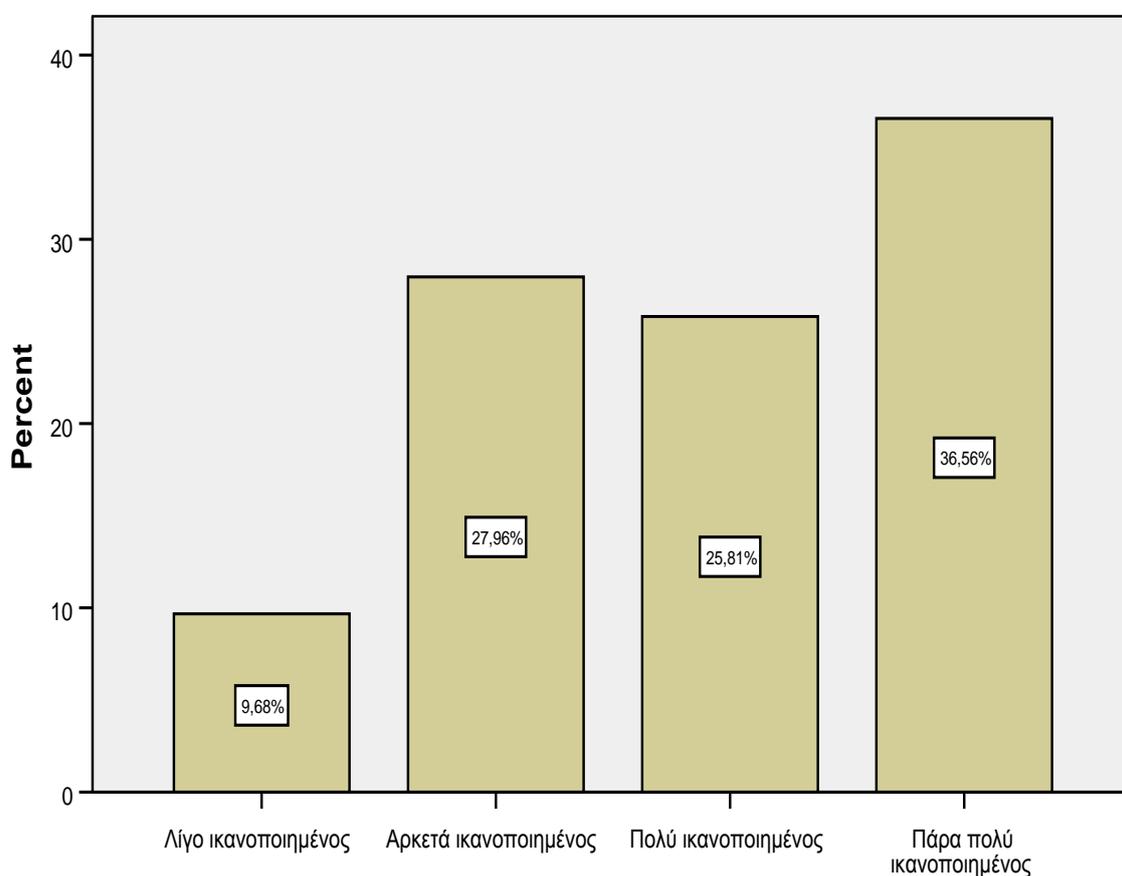
Η πληροφόρηση που παρέχεται στους ασθενείς την πρώτη μέρα που προσέρχονται στο νοσοκομείο και που αφορά τον προσανατολισμό στο τμήμα αφήνει ικανοποιημένους τους ασθενείς σε πολύ και πάρα πολύ μεγάλο βαθμό (31,2% και 33,3% αντίστοιχα). Αρκετά ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς σε ποσοστό 24,7%, ενώ μόνο ένας ασθενής δήλωσε ότι δεν ήταν καθόλου ικανοποιημένος (1,1%).



Γράφημα 5: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την πληροφόρηση για τον προσανατολισμό στη μονάδα

β) για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες

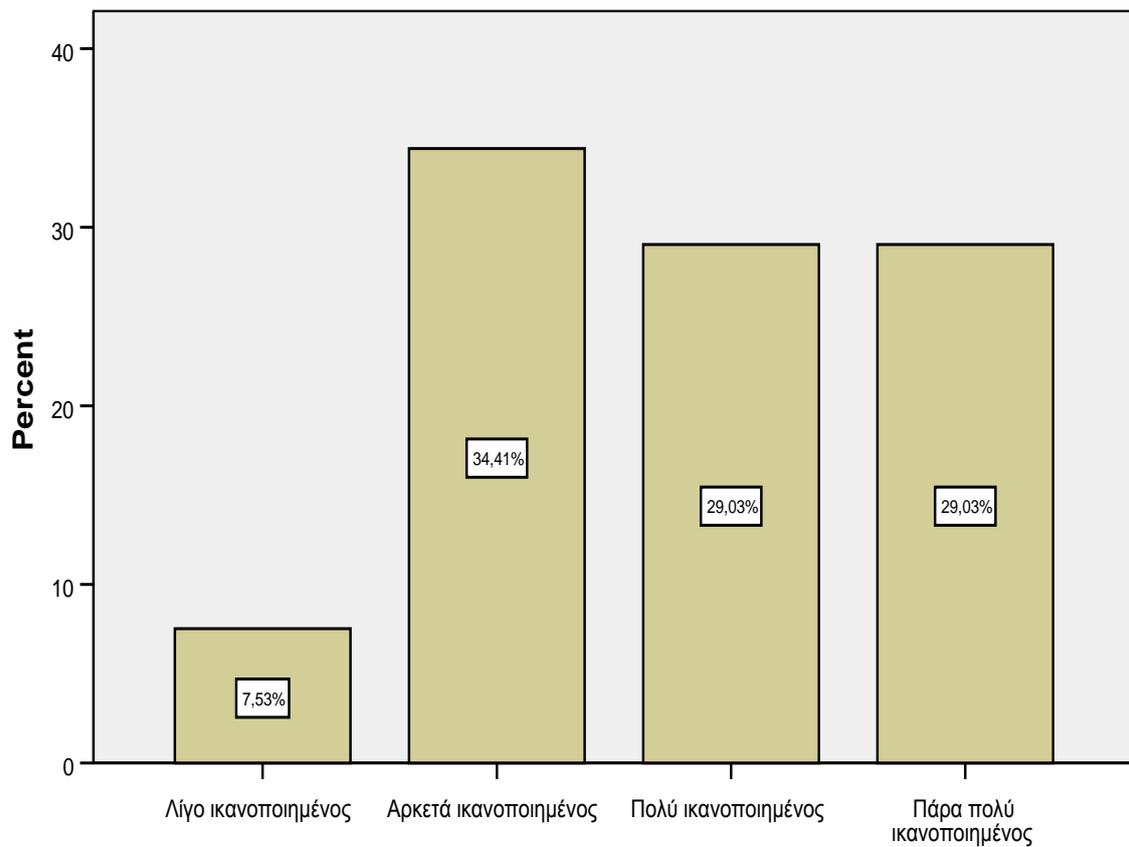
Όπως μπορεί κανείς να παρατηρήσει από το παρακάτω γράφημα, πάρα πολύ ικανοποιημένοι δηλώνουν οι ασθενείς σε ποσοστό 36,6% από την πληροφόρηση που τους παρέχεται από το νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες. Το 25,8% δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, ενώ αρκετά ικανοποιημένο δηλώνει το 28%. Τέλος, ένα ποσοστό της τάξης του 9,7% δήλωσε ότι αυτού του είδους η πληροφόρηση τους ικανοποίησε σε μικρό βαθμό, ενώ κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε ‘καθόλου’.



Γράφημα 6: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την πληροφόρηση για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες

γ) των συγγενών ή άλλων κοντινών προσώπων του ασθενούς

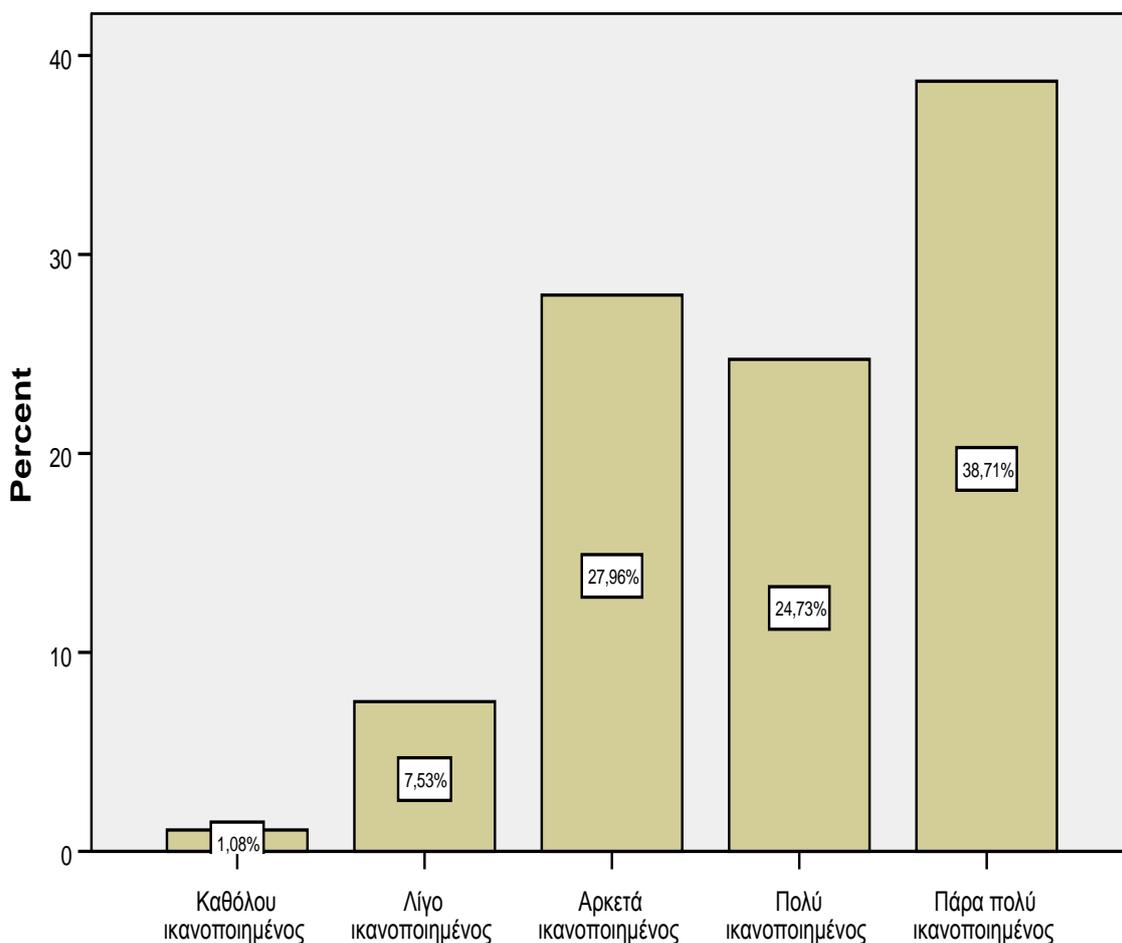
Πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένοι δηλώνει η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 58% (29% έκαστη απάντηση) αναφορικά με την πληροφόρηση που παρέχεται στους συγγενείς των ασθενών. Ωστόσο, αν λάβουμε υπόψη μας τις μεμονωμένες απαντήσεις, θα παρατηρήσουμε ότι το 34% δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο.



Γράφημα 7: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την πληροφόρηση των συγγενών των ασθενών

7.5 Εκπαίδευση – Οδηγίες

Η εκπαίδευση και οι οδηγίες που παρέχονται από το νοσηλευτικό προσωπικό για την απαιτούμενη φροντίδα εντός και εκτός νοσοκομείου αφήνει το 38,7% των ερωτηθέντων πάρα πολύ ικανοποιημένο, το 28% αρκετά ικανοποιημένο, το 24,7% πολύ ικανοποιημένο, το 7,5% λίγο ικανοποιημένο και το 1,1% (ένας ασθενής) καθόλου ικανοποιημένο.

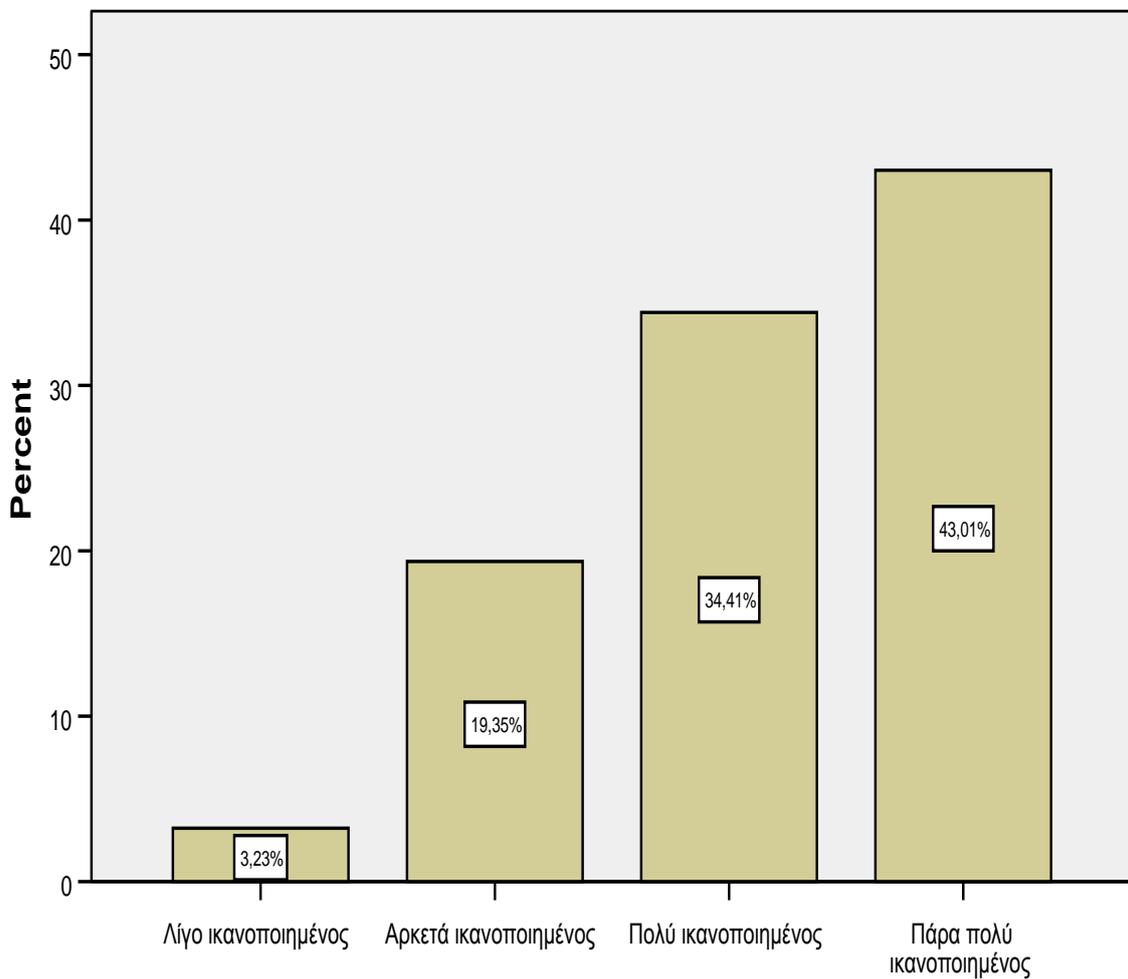


Γράφημα 8: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την εκπαίδευση και τις οδηγίες που τους δόθηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό

7.6 Ανταπόκριση – Ταχύτητα

α) πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα για βοήθεια

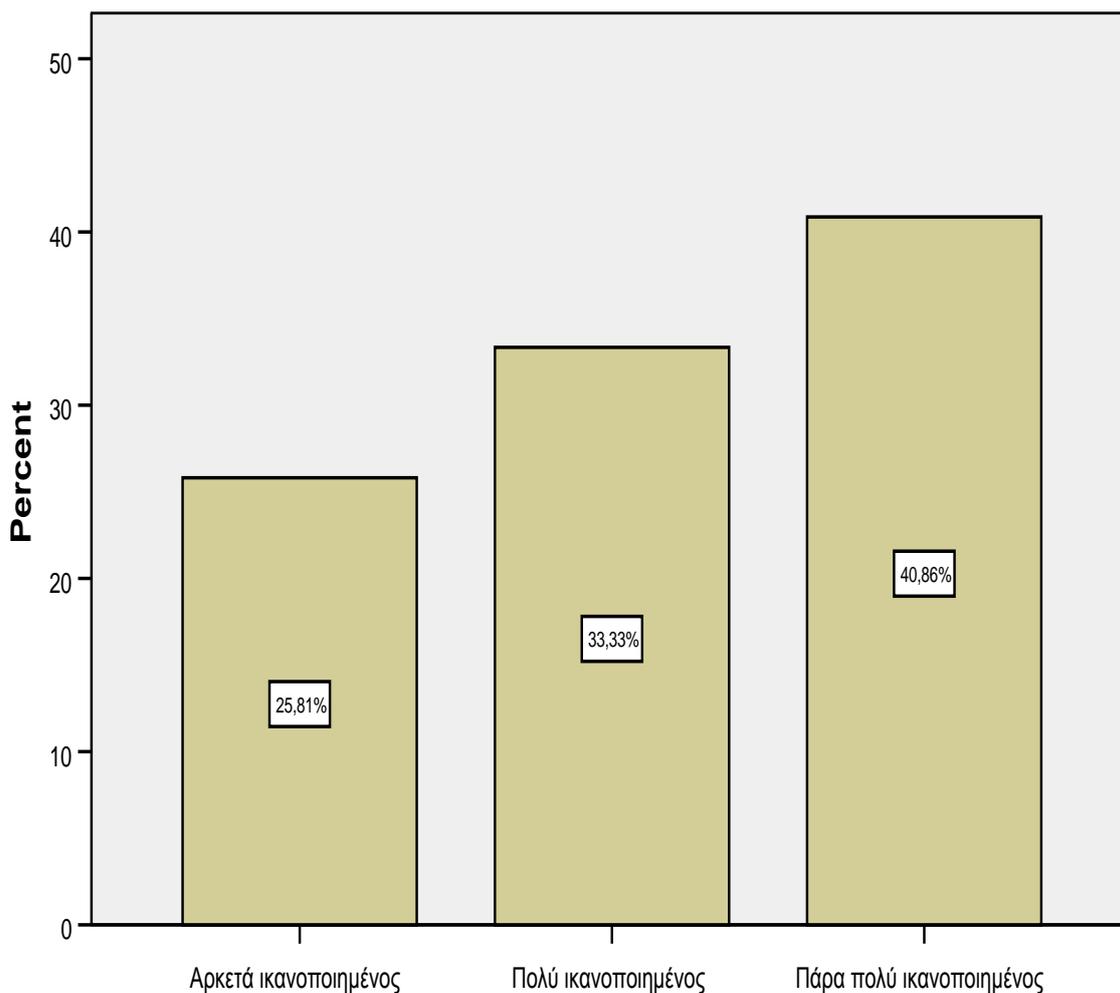
Η ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού στις ανάγκες των ασθενών άφησε τους τελευταίους πάρα πολύ ικανοποιημένους σε ποσοστό 43%. Επίσης, το 34,4% δήλωσε ότι έμεινε σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένο.



Γράφημα 9: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση – ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού

β) πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να βοηθήσει

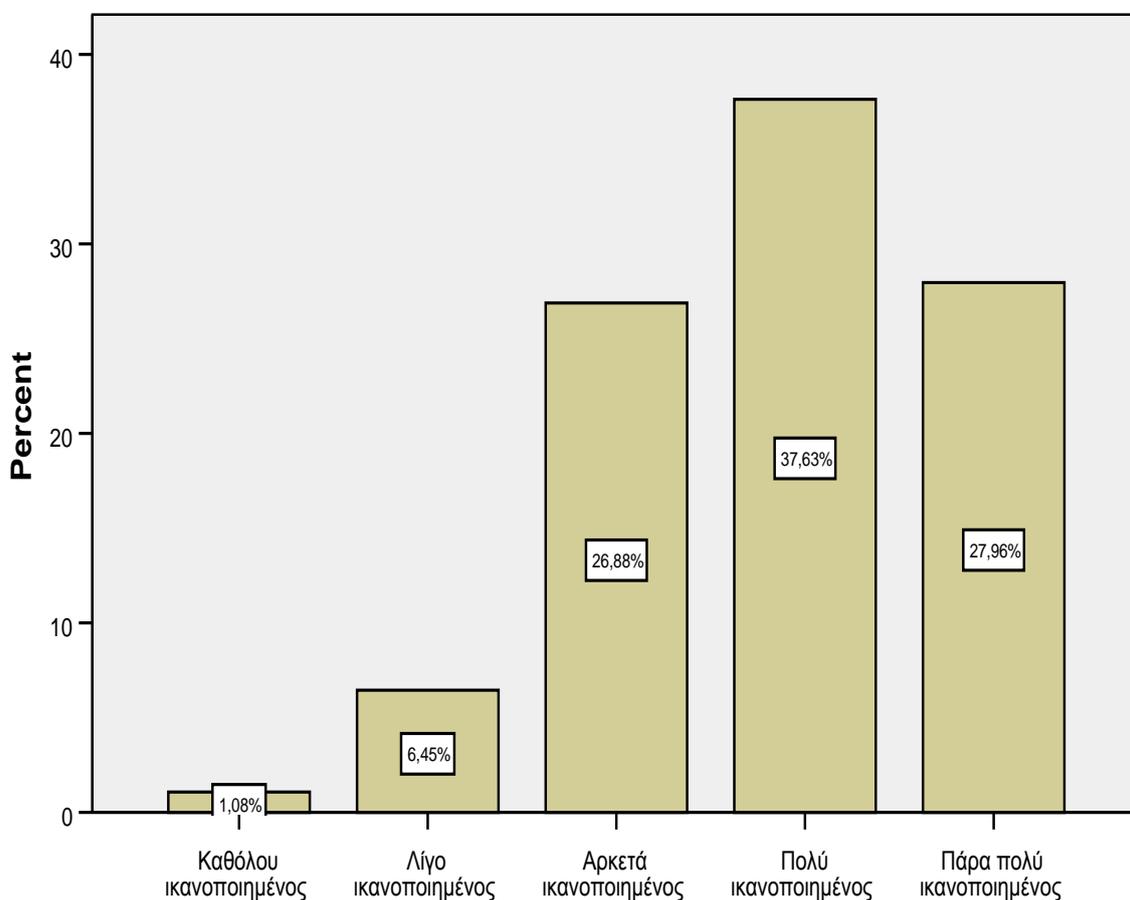
Το 40,9% και το 33,3% των ασθενών δήλωσαν ότι έμειναν πάρα πολύ και πολύ ικανοποιημένοι αντίστοιχα από το πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να βοηθήσει, ενώ το 25,8% έμεινε αρκετά ικανοποιημένο.



Γράφημα 10: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να βοηθήσει

7.7 Διαθέσιμος χρόνος

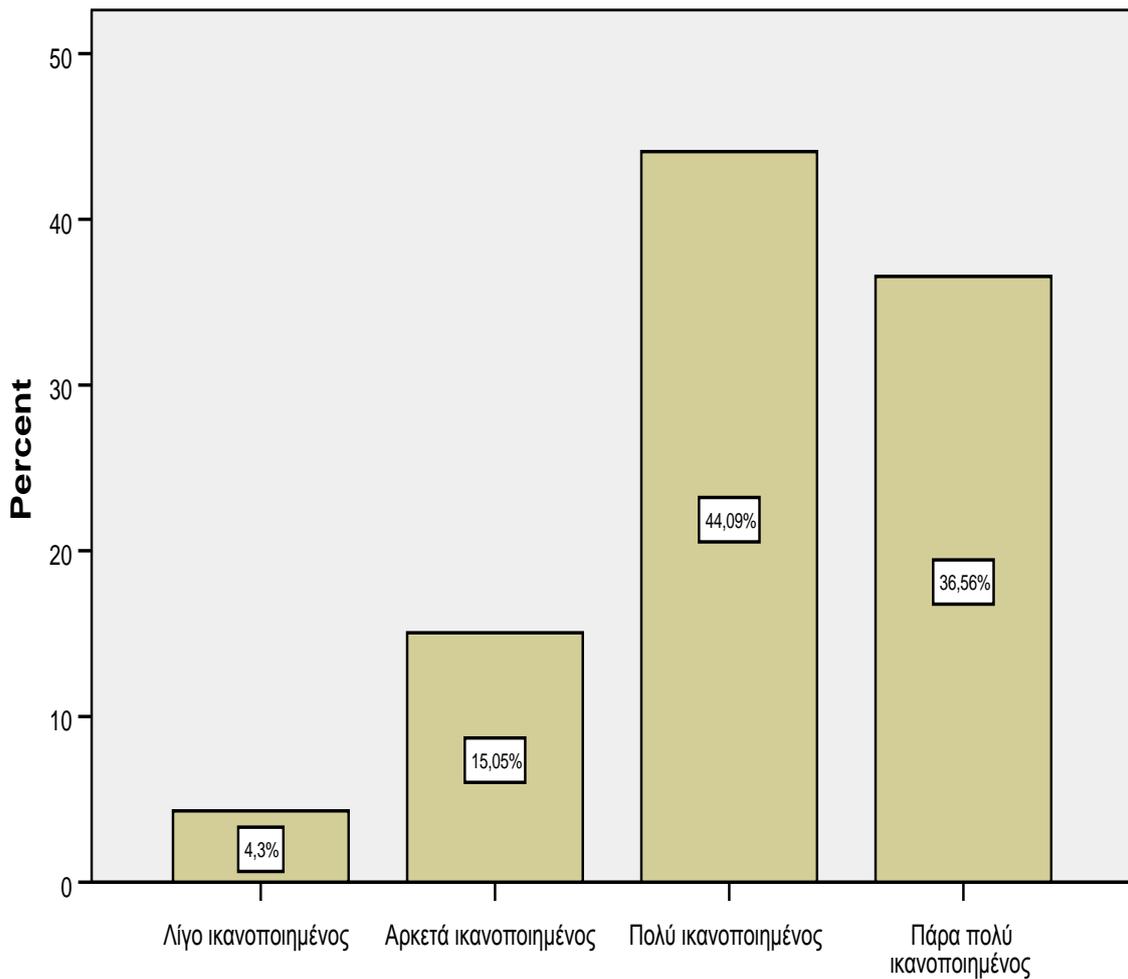
Ο διαθέσιμος χρόνος που αφιερώνει το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα των ασθενών άφησε τους τελευταίους πολύ και πάρα πολύ ικανοποιημένους, 37,6% και 28% αντίστοιχα. Ωστόσο, ένα ποσοστό της τάξης του 26,9% δήλωσε ότι έμεινε αρκετά ικανοποιημένο, ενώ έξι άτομα (6,5%) έμειναν λίγο ικανοποιημένα και ένα άτομο (1,1%) καθόλου ικανοποιημένο.



Γράφημα 11: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το διαθέσιμο χρόνο του νοσηλευτικού προσωπικού

7.8 Συνέχεια νοσηλευτικής φροντίδας

Η πλειοψηφία των ασθενών δήλωσε ότι έμεινε πολύ ικανοποιημένη από τη συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας σε ποσοστό 44,1%, ενώ σε ποσοστό 36,6% έμεινε πάρα πολύ ικανοποιημένη. Αρκετά ικανοποιημένο δήλωσε το 15,1% και λίγο ικανοποιημένο το 4,3%.

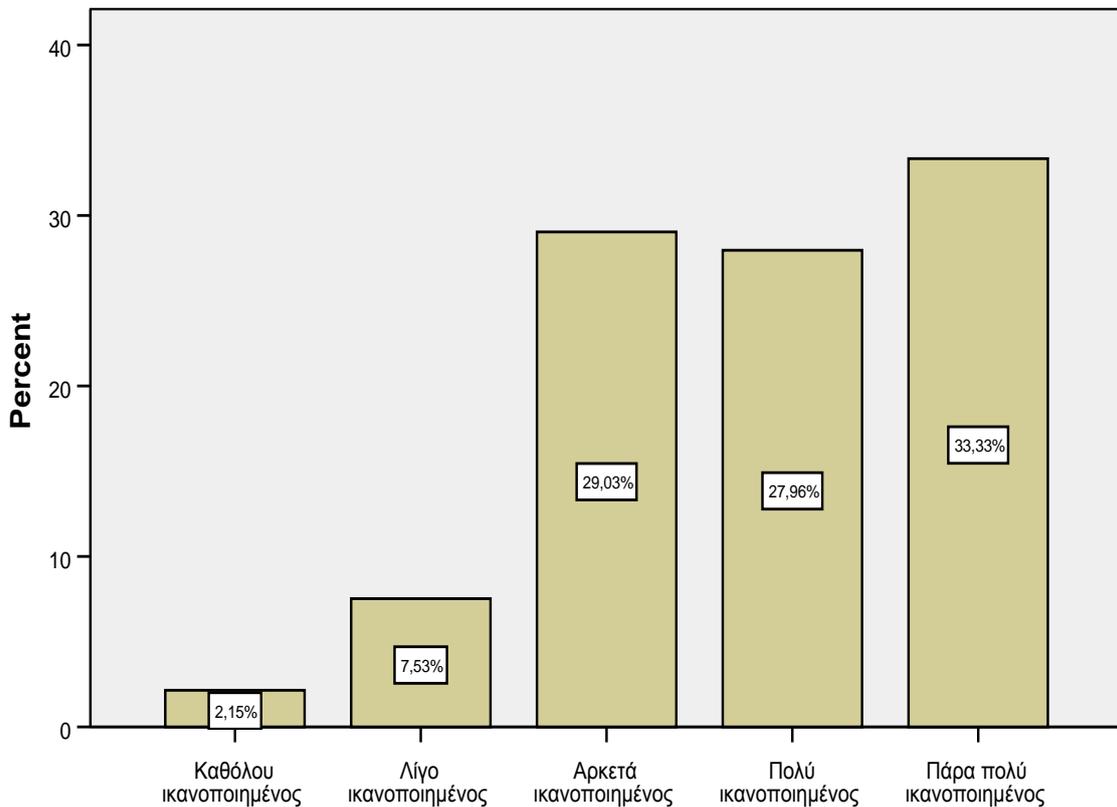


Γράφημα 12: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας

7.9 Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο

α) εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για μείωση του θορύβου

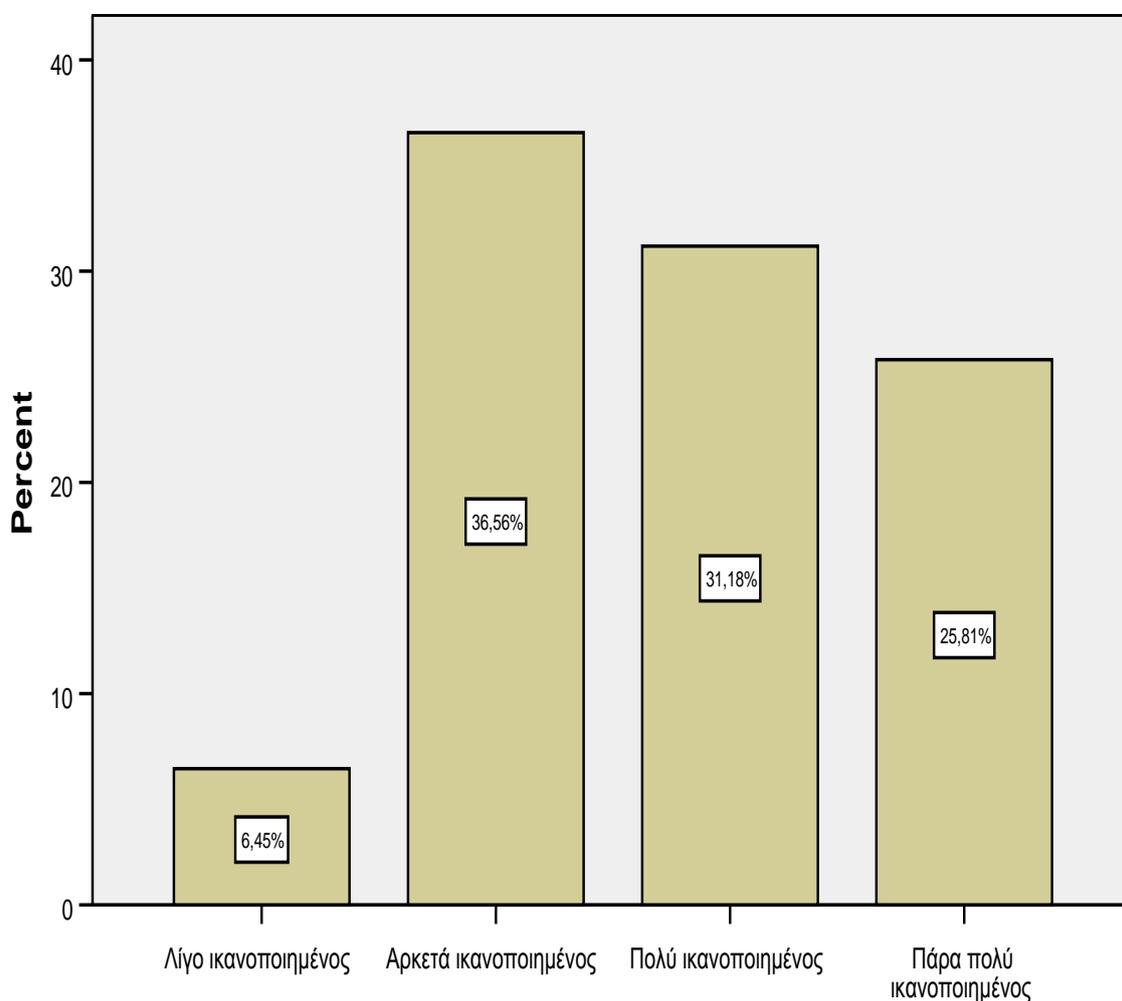
Όπως μπορούμε να δούμε και από το παρακάτω γράφημα, το 33,3% των ασθενών δηλώνει πάρα πολύ ικανοποιημένο από την εφαρμογή των μέτρων από μέρους του νοσηλευτικού προσωπικού για τη μείωση του θορύβου, το 29% αρκετά ικανοποιημένο, το 28% πολύ ικανοποιημένο και μόλις το 7,5% και 2,2% λίγο και καθόλου ικανοποιημένο.



Γράφημα 13: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για μείωση του θορύβου

β) επιλογή από το νοσηλευτικό προσωπικό της κατάλληλης ώρας ή επιλογή από τον ασθενή της ώρας για το πρωινό ξύπνημα

Η επιλογή από το νοσηλευτικό προσωπικό της κατάλληλης ώρας ή επιλογή από τον ασθενή της ώρας για το πρωινό ξύπνημα ικανοποίησε σε αρκετό βαθμό την πλειοψηφία των ασθενών (36,6%). Πολύ ικανοποιημένο δήλωσε το 31,2% και πάρα πολύ ικανοποιημένο το 25,8%, ενώ υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξης του 6,5% που έμεινε σε μικρό βαθμό ικανοποιημένο.



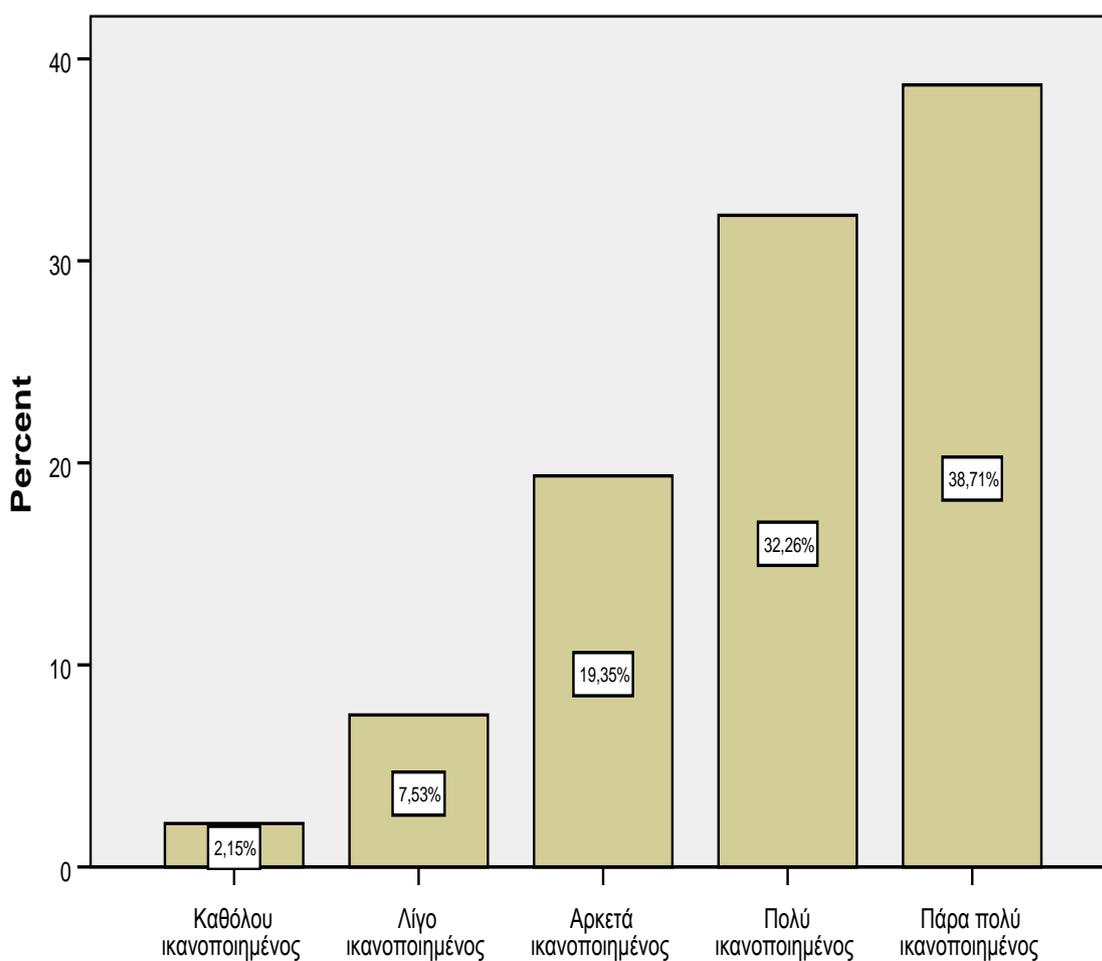
Γράφημα 14: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την επιλογή από το νοσηλευτικό προσωπικό της κατάλληλης ώρας ή επιλογή από τον ασθενή της ώρας για το πρωινό ξύπνημα

ΚΕΦ. 8: ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΑΛΛΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

8.1 Καθαριότητα

α) δωματίου

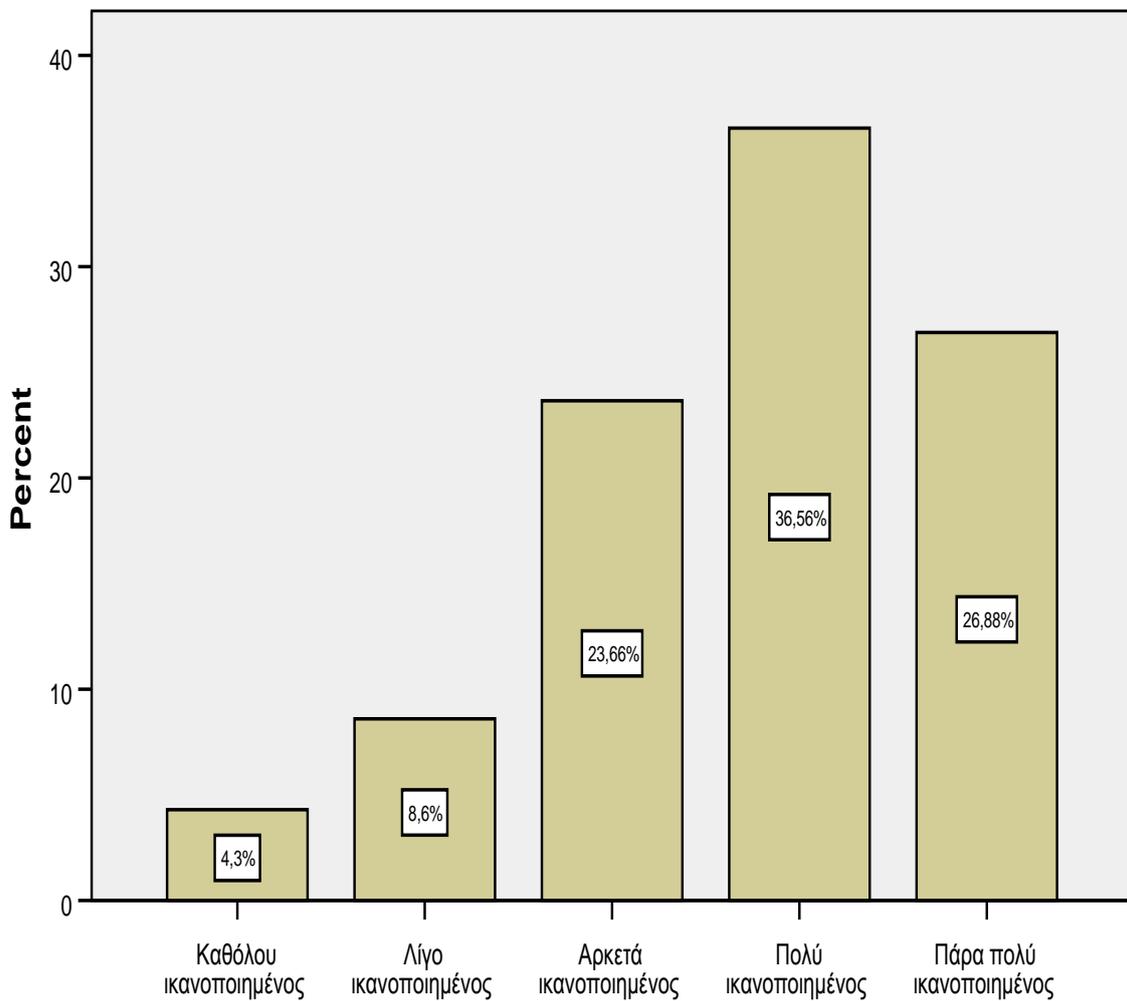
Αναφορικά με την καθαριότητα του δωματίου, το μεγαλύτερο μέρος των ασθενών έμεινε πάρα πολύ και πολύ ικανοποιημένο (38,7% και 32,3% αντίστοιχα). Το 19,4% έμεινε αρκετά ικανοποιημένο, ενώ τέλος λίγο και καθόλου ικανοποιημένο απάντησε το 7,5% και το 2,2% αντίστοιχα.



Γράφημα 15: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την καθαριότητα του δωματίου

β) κοινόχρηστων χώρων

Το 36,6% των ασθενών δήλωσαν ότι έμειναν πολύ ικανοποιημένοι από την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων, το 26,9% πάρα πολύ ικανοποιημένοι και το 23,7% αρκετά ικανοποιημένοι. Παρόλα αυτά, υπήρχε και ένα μικρό ποσοστό ασθενών που δήλωσαν σε μικρό βαθμό ικανοποιημένοι (8,6%) και καθόλου ικανοποιημένοι (4,3%).



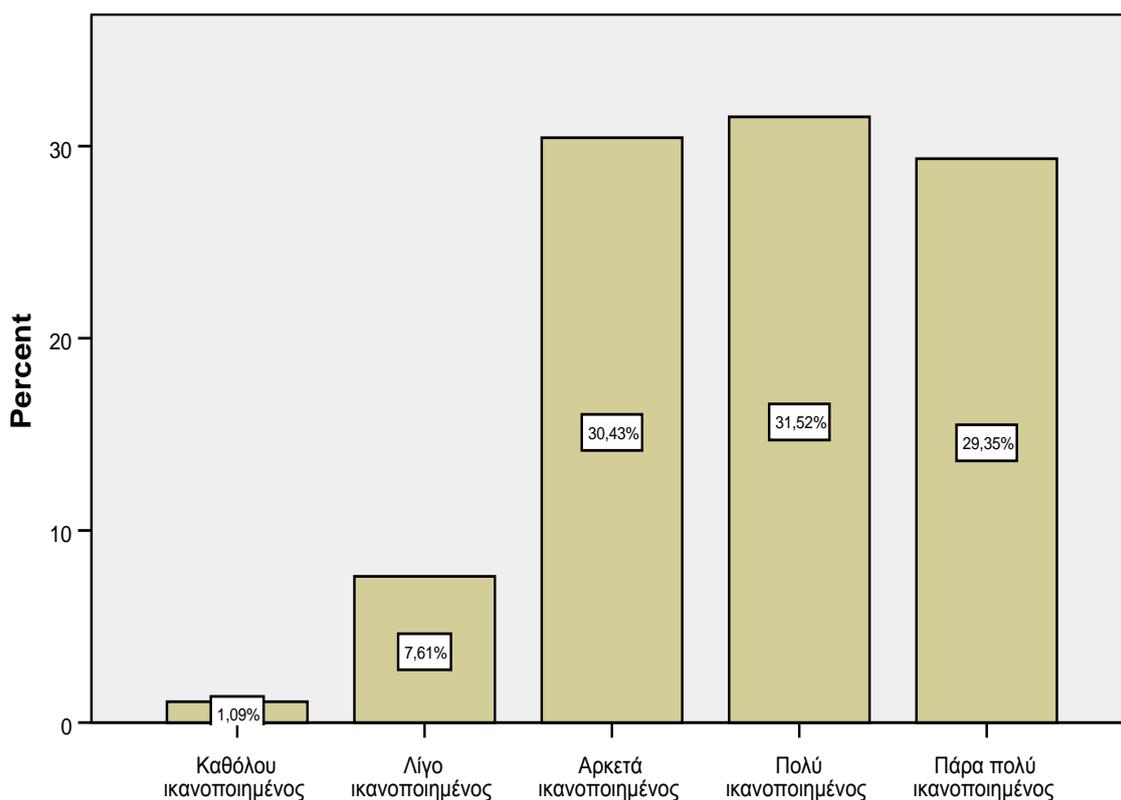
Γράφημα 16: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων

8.2 Φαγητό

Πριν παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης σχετικά με το φαγητό, θα πρέπει να διευκρινιστεί ότι σε αυτήν την ομάδα ερωτήσεων ένας ασθενής δεν απάντησε, καθώς δεν του επιτρεπόταν να φάει κατά τη διάρκεια διεξαγωγής της έρευνας.

α) ποιότητα

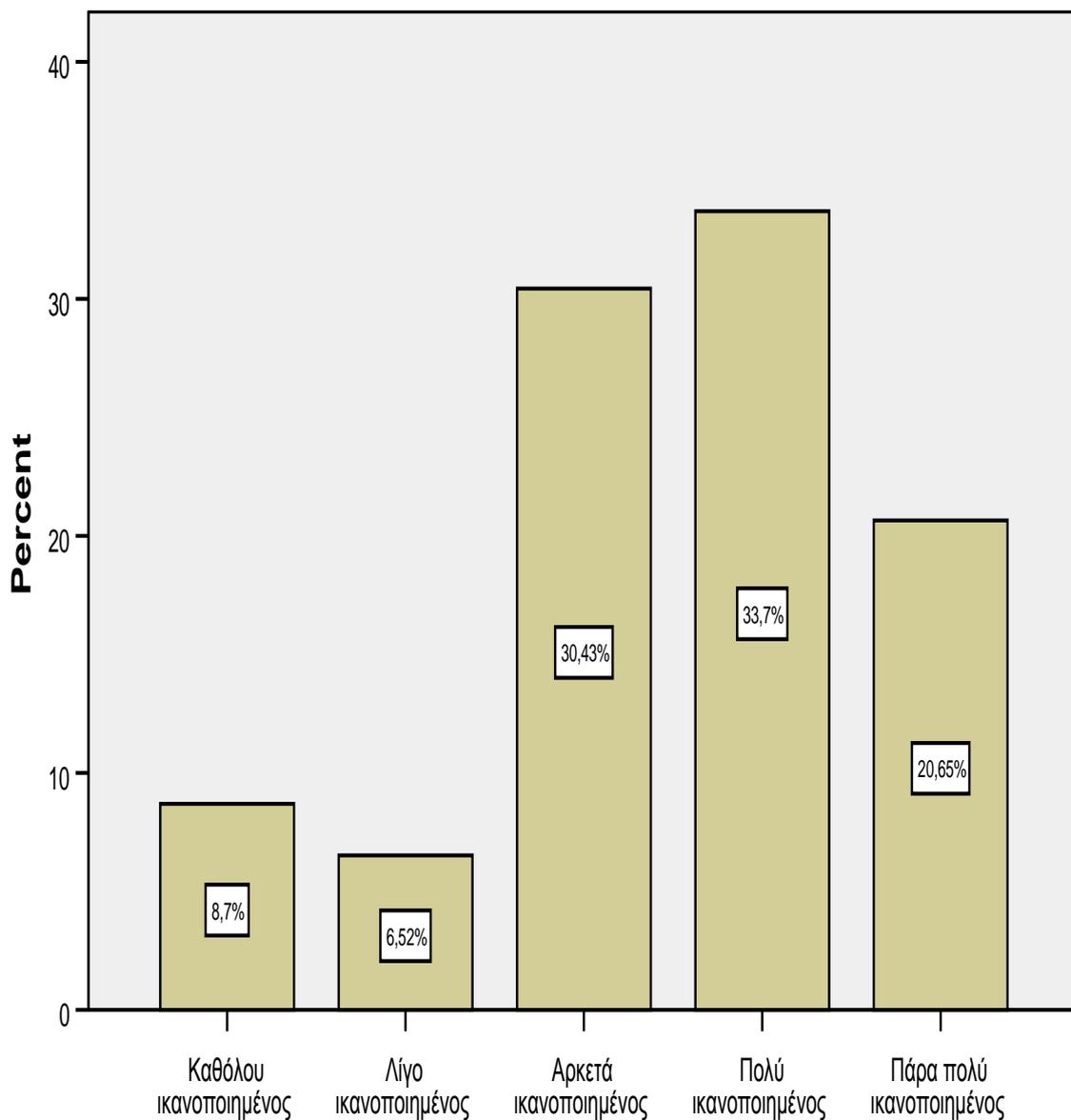
Η ποιότητα του φαγητού άφησε σε έναν καλό βαθμό ικανοποίησης τους ασθενείς, αφού το 31,2% απάντησε ότι έμεινε πολύ ικανοποιημένο, το 30,1% αρκετά ικανοποιημένο και το 29% πάρα πολύ ικανοποιημένο.



Γράφημα 17: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα του φαγητού

β) επιλογή φαγητού (ικανοποίηση προσωπικών προτιμήσεων)

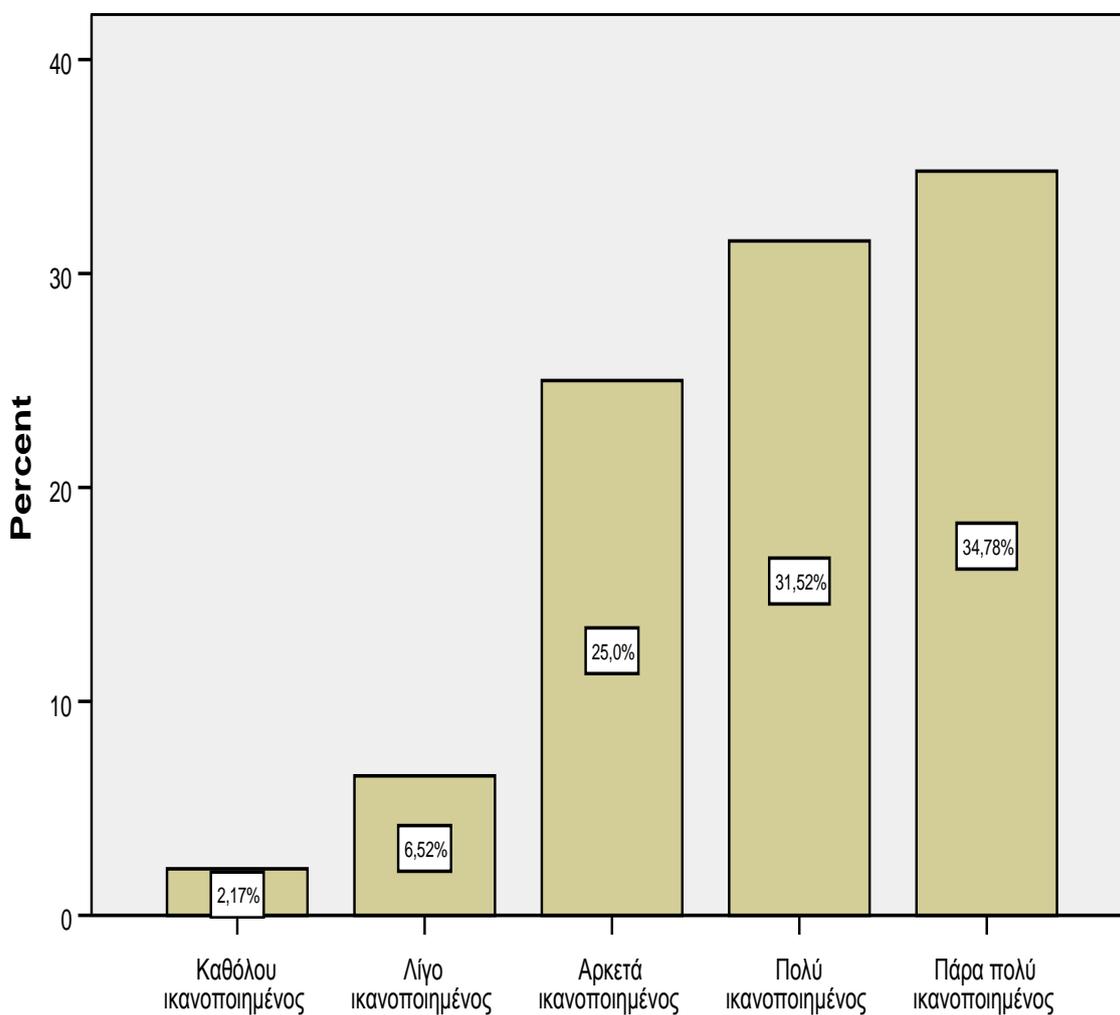
Σε παρόμοια επίπεδα κυμάνθηκε και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την επιλογή του φαγητού, με το 33,3% να δηλώνει πολύ ικανοποιημένο, το 30,1% αρκετά ικανοποιημένο και το 20,4% πάρα πολύ ικανοποιημένο.



Γράφημα 18: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την επιλογή του φαγητού

γ) θερμοκρασία

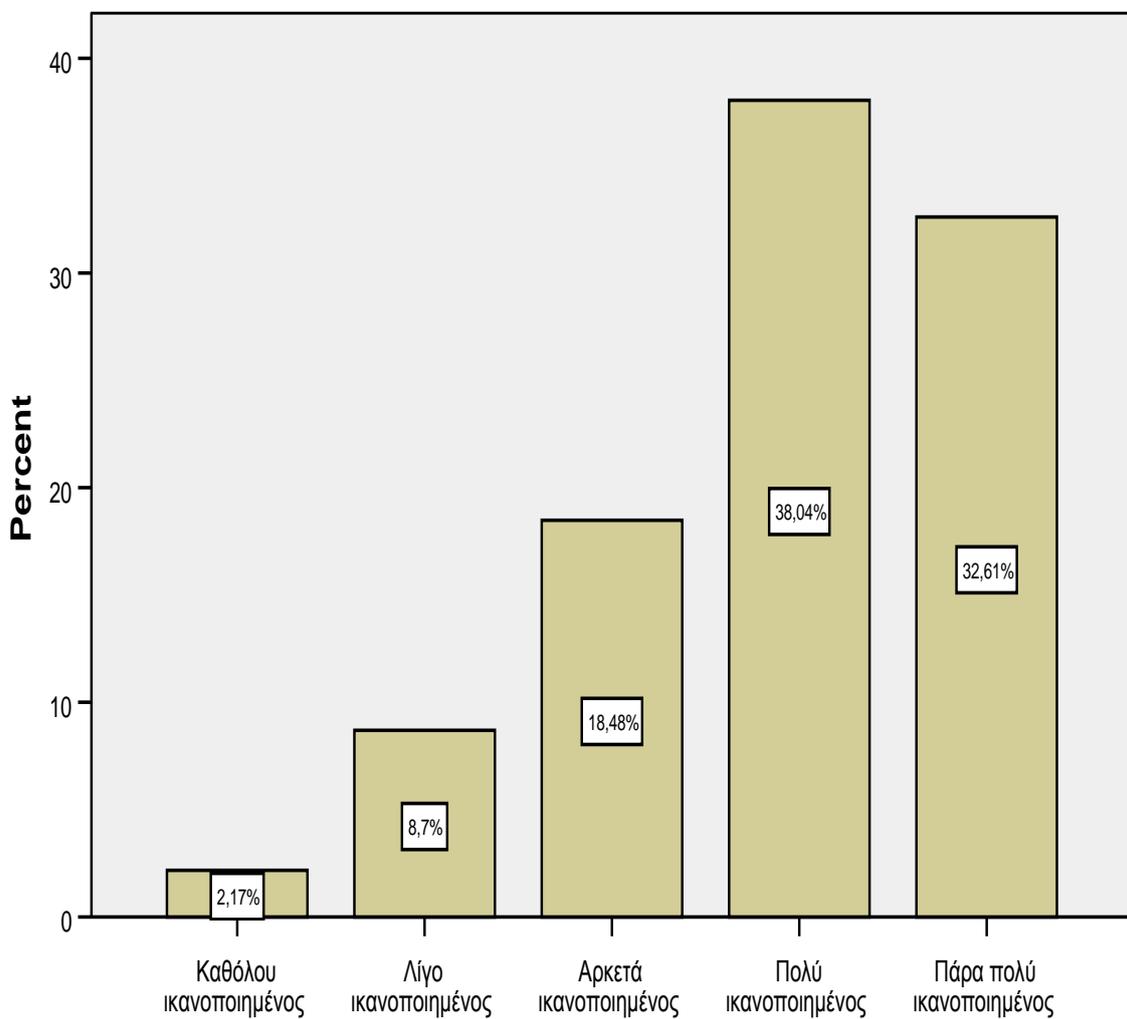
Η πλειοψηφία των ασθενών έμεινε σε πάρα πολύ και πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένη (34,4% και 31,2% αντίστοιχα) από τη θερμοκρασία στην οποία σερβιριζόταν το φαγητό, ενώ το 24,7% δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο.



Γράφημα 19: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη θερμοκρασία του φαγητού

δ) τρόπος και ώρα σερβιρίσματος

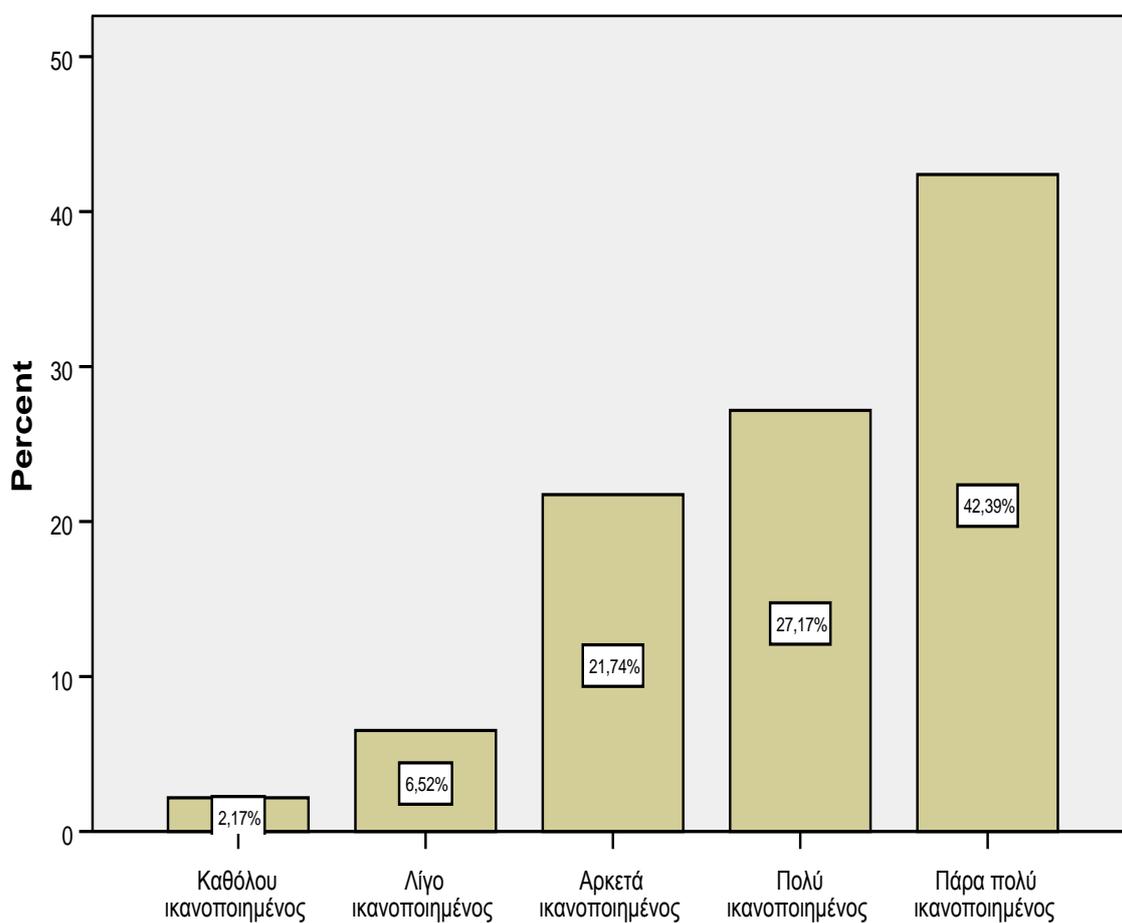
Το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (37,6%) δήλωσε ότι έμεινε σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένο από τον τρόπο και την ώρα σερβιρίσματος του φαγητού. Ακολουθεί ένα ποσοστό της τάξης του 32,3% που έμεινε πάρα πολύ ικανοποιημένο και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 18,3% που έμεινε αρκετά ικανοποιημένο.



Γράφημα 20: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τον τρόπο και την ώρα σερβιρίσματος του φαγητού

ε) βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό

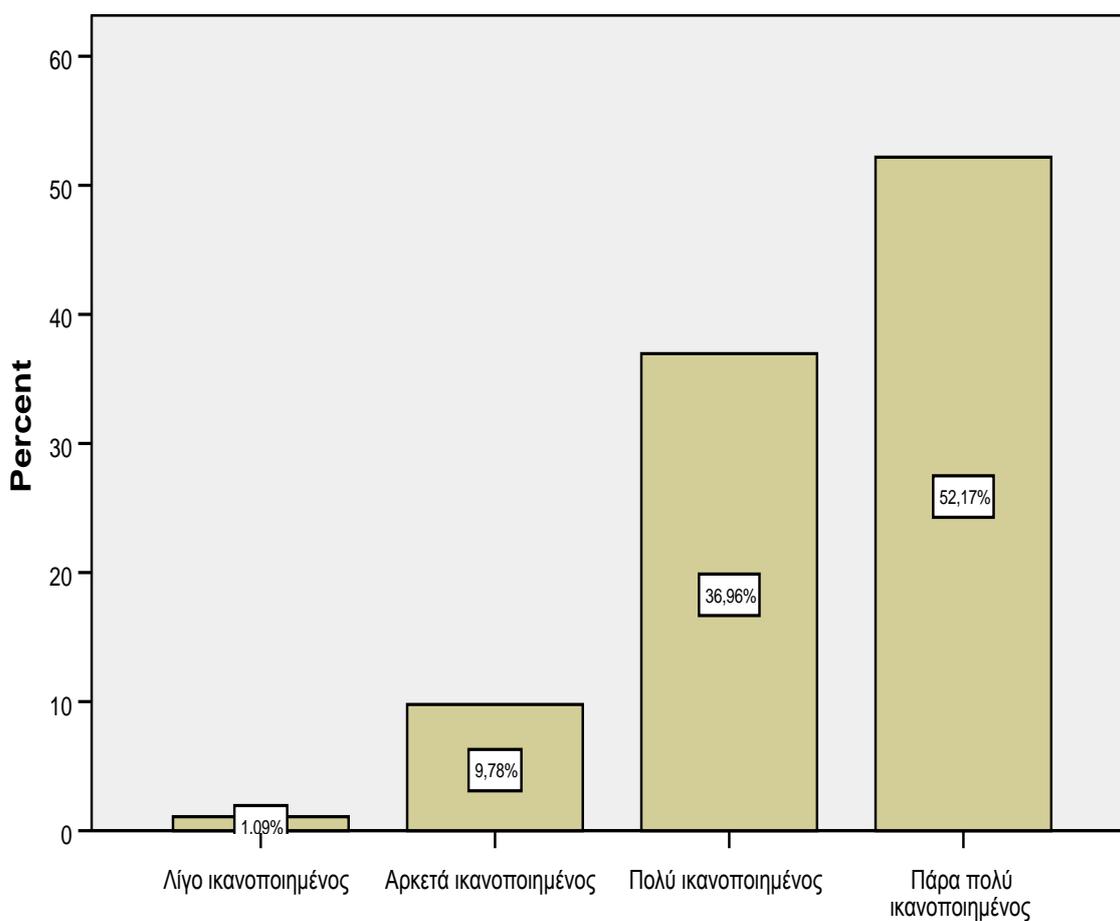
Το 41,9% των ασθενών δήλωσε ότι έμειναν σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά στο φαγητό. Ακολουθεί με σχετικά μεγάλη διαφορά το ποσοστό εκείνων που δήλωσαν πολύ και αρκετά ικανοποιημένοι (26,9% και 21,5% αντίστοιχα).



Γράφημα 21: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού

8.3 Ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού

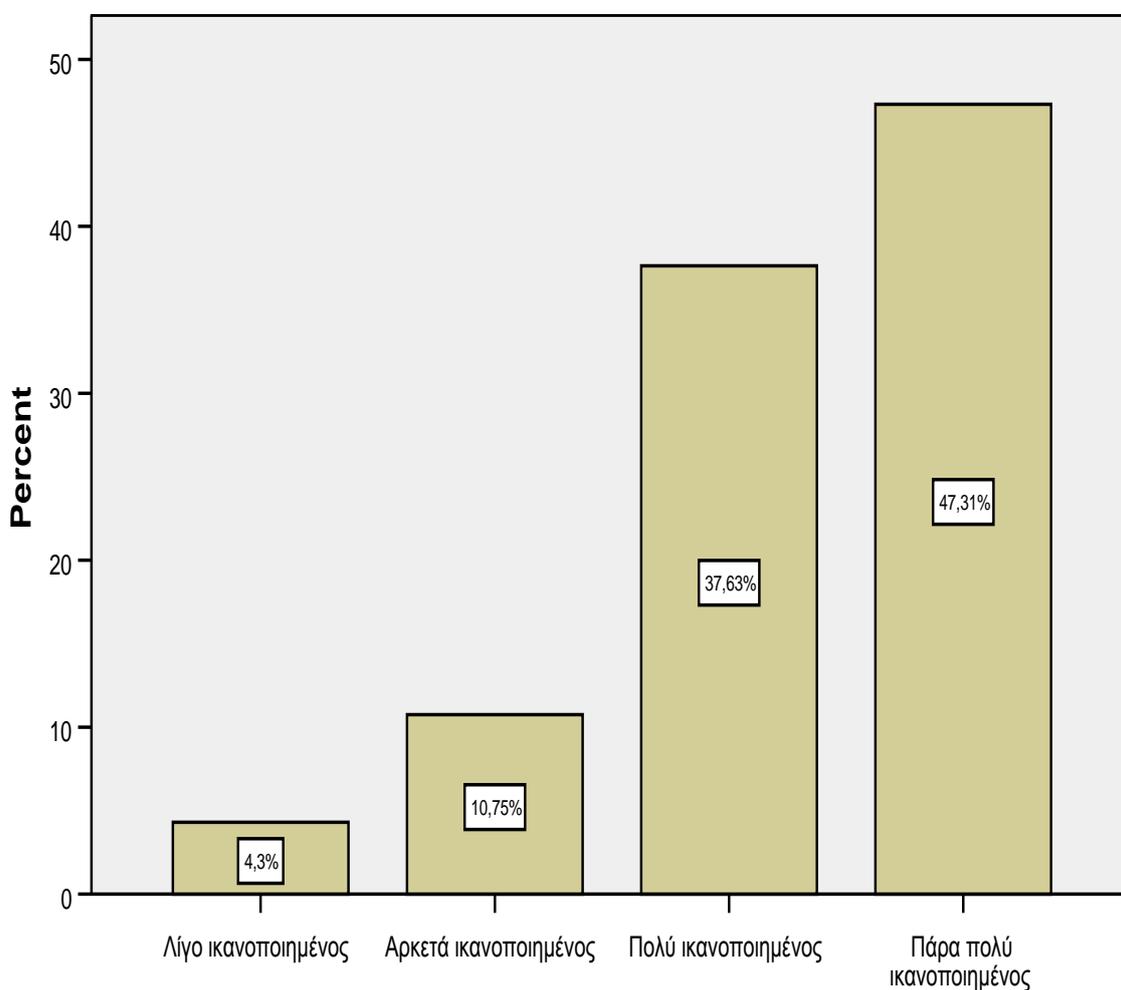
Η ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού ικανοποίησε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό το 51,6% των ασθενών, σε πολύ μεγάλο βαθμό το 36,6% των ασθενών, ενώ ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 9,7% και 1,1% έμεινε σε αρκετά και μικρό βαθμό αντίστοιχα ικανοποιημένο.



Γράφημα 22: *Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού*

8.4 Σεβασμός

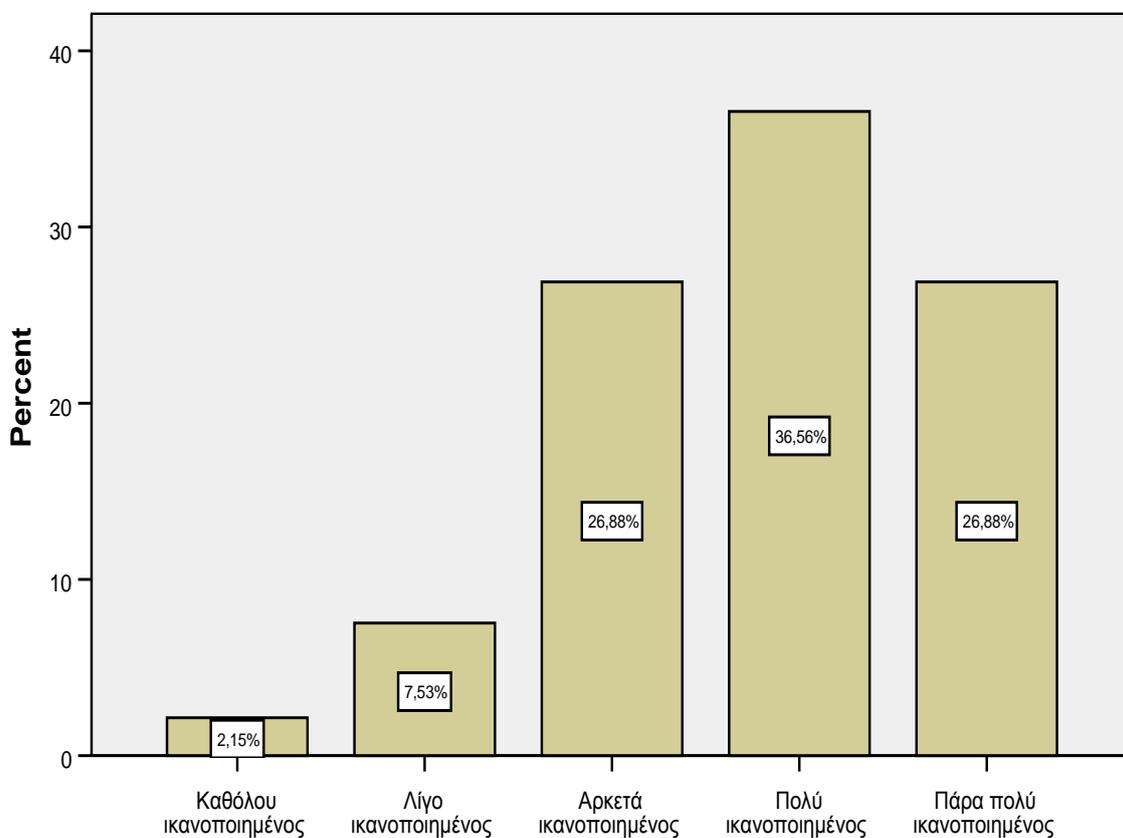
Η πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 47,3% δήλωσε ότι ο σεβασμός που τους επιδείκνυε το νοσηλευτικό προσωπικό τους άφησε σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένους. Το 37,6% έμεινε σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένο, το 10,8% σε αρκετό και μόλις το 4,3% σε μικρό βαθμό.



Γράφημα 23: **Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τον σεβασμό που τους επέδειξε το νοσηλευτικό προσωπικό**

8.5 Ενδιαφέρον – Επικοινωνία

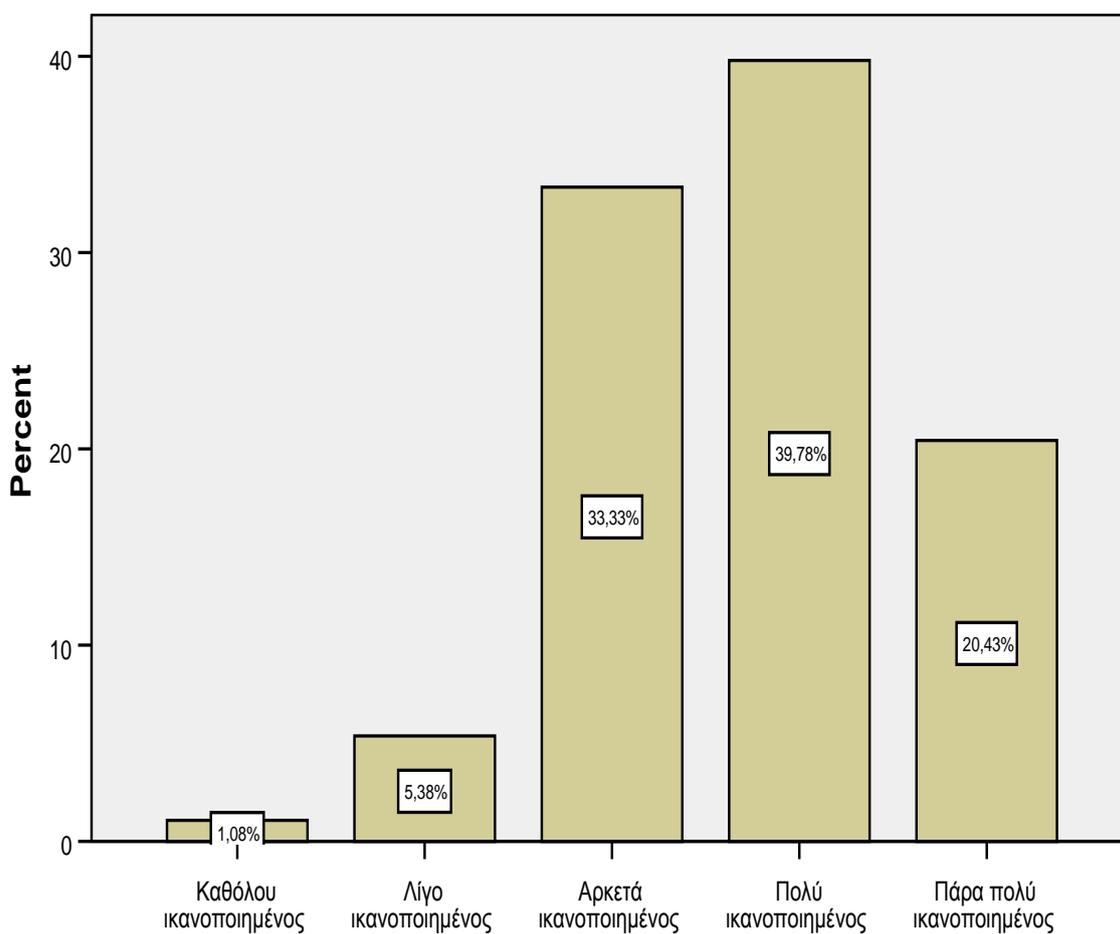
Πολύ ικανοποιημένο δηλώνει το 36,6% των ασθενών από το ενδιαφέρον και την επικοινωνία που επέδειξε το νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο. Οι απαντήσεις ‘αρκετά’ και ‘πάρα πολύ’ συγκέντρωσαν το ίδιο ποσοστό απαντήσεων (26,9%). Τέλος, το 7,5% των ασθενών δήλωσαν ότι έμειναν σε μικρό βαθμό ικανοποιημένοι ενώ το 2,2% δεν έμειναν καθόλου ικανοποιημένοι.



Γράφημα 24: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το ενδιαφέρον και την επικοινωνία που τους επέδειξε το νοσηλευτικό προσωπικό

8.6 Προσωπικές προτιμήσεις

Το 39,8% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν ότι έμειναν πολύ ικανοποιημένοι από το βαθμό στον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό λάμβανε υπόψη του τις προσωπικές τους επιθυμίες. Ωστόσο, το 33,3% δήλωσε σε αρκετό βαθμό ικανοποιημένο, ενώ το 20,4% πάρα πολύ ικανοποιημένο.

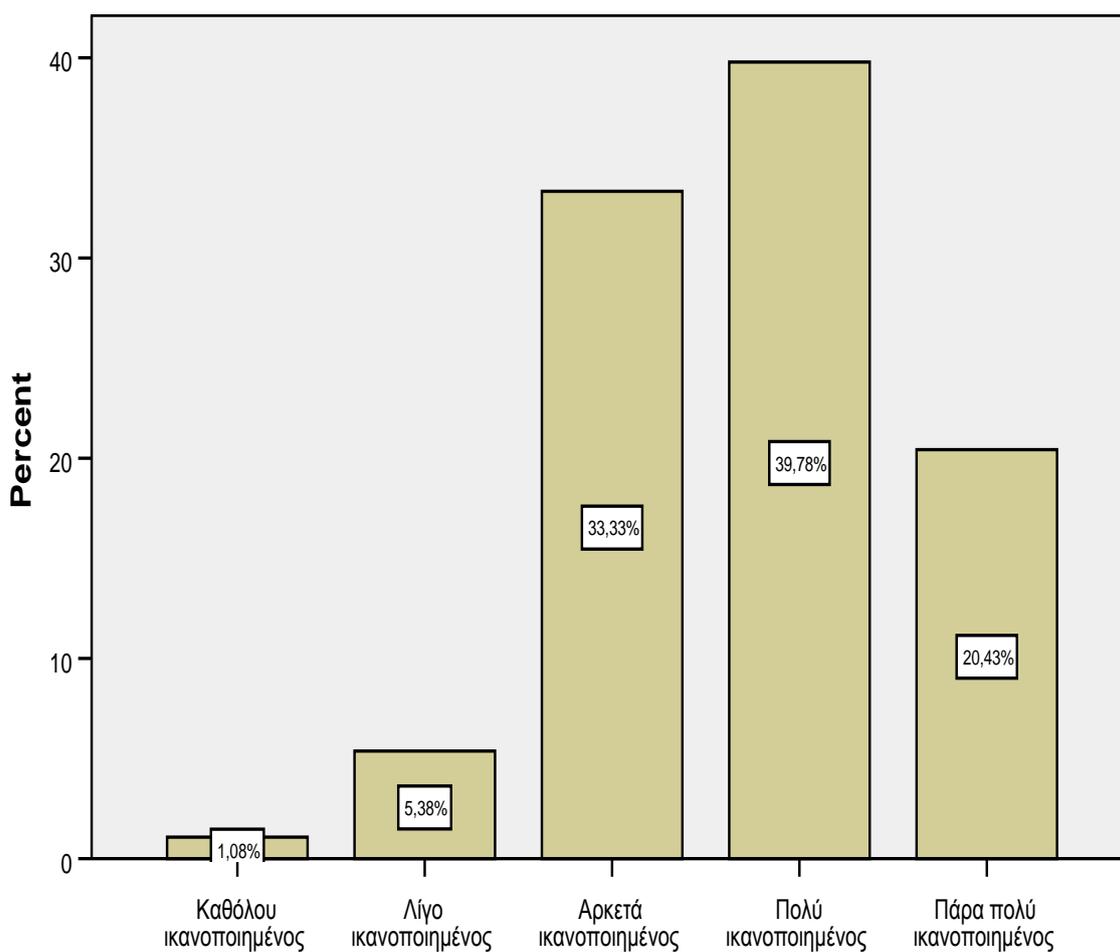


Γράφημα 25: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το βαθμό στον οποίο το νοσηλευτικό προσωπικό λάμβανε υπόψη του τις προσωπικές τους επιθυμίες

8.7 Συμμετοχή στη φροντίδα

α) ευκαιρίες που δίνει το νοσηλευτικό προσωπικό στους ασθενείς να αποφασίσουν για την φροντίδα τους

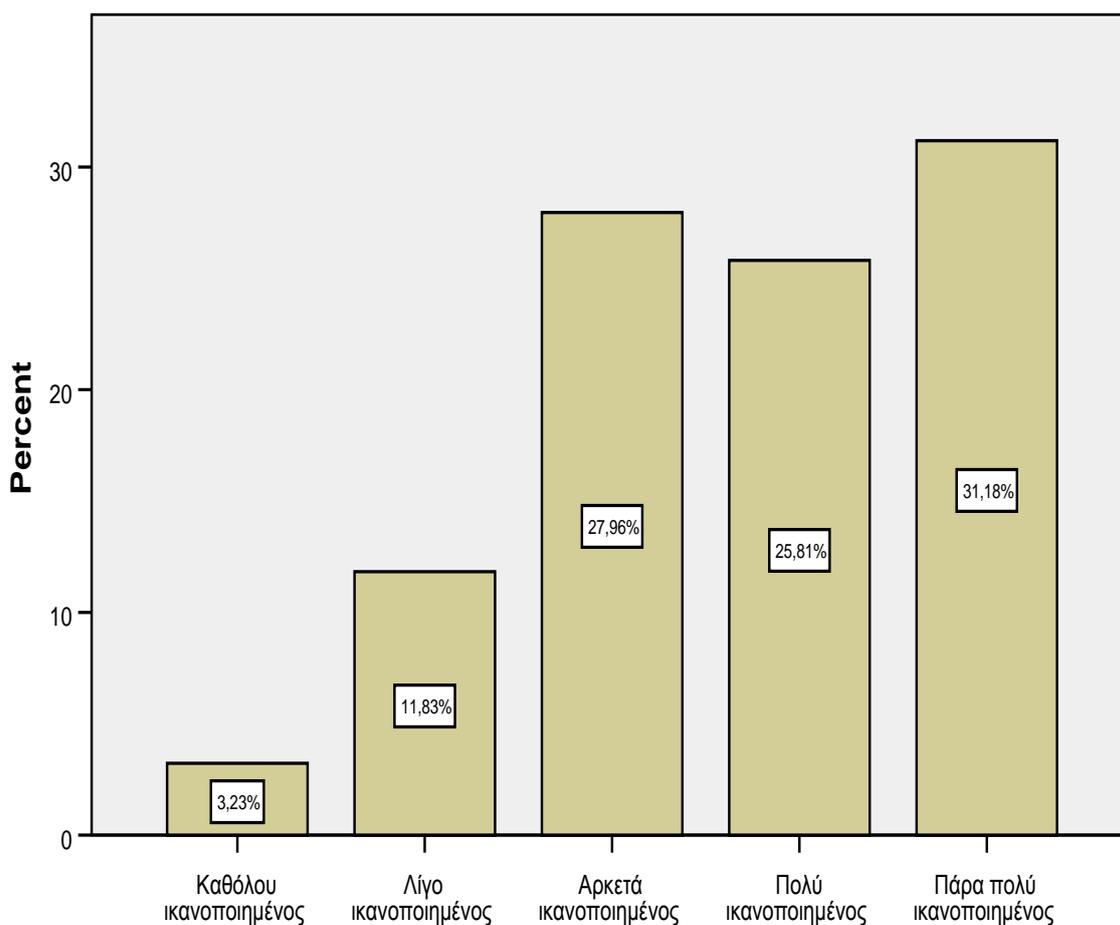
Η πλειοψηφία των ασθενών (38,7%) απάντησε ότι έμεινε πολύ ικανοποιημένη από τις ευκαιρίες που τους έδωσε το νοσηλευτικό προσωπικό να αποφασίσουν για την φροντίδα τους. Ακολουθεί ένα ποσοστό της τάξης του 28% που δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο, ένα ποσοστό 24,7% που δήλωσε πάρα πολύ ικανοποιημένο και τέλος ένα ποσοστό της τάξης του 8,6% που δήλωσε σε μικρό βαθμό ικανοποιημένο.



Γράφημα 26: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από ευκαιρίες που τους έδωσε το νοσηλευτικό προσωπικό να αποφασίσουν για την φροντίδα τους

β) το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά την άδεια του ασθενούς για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετικά με τη φροντίδα

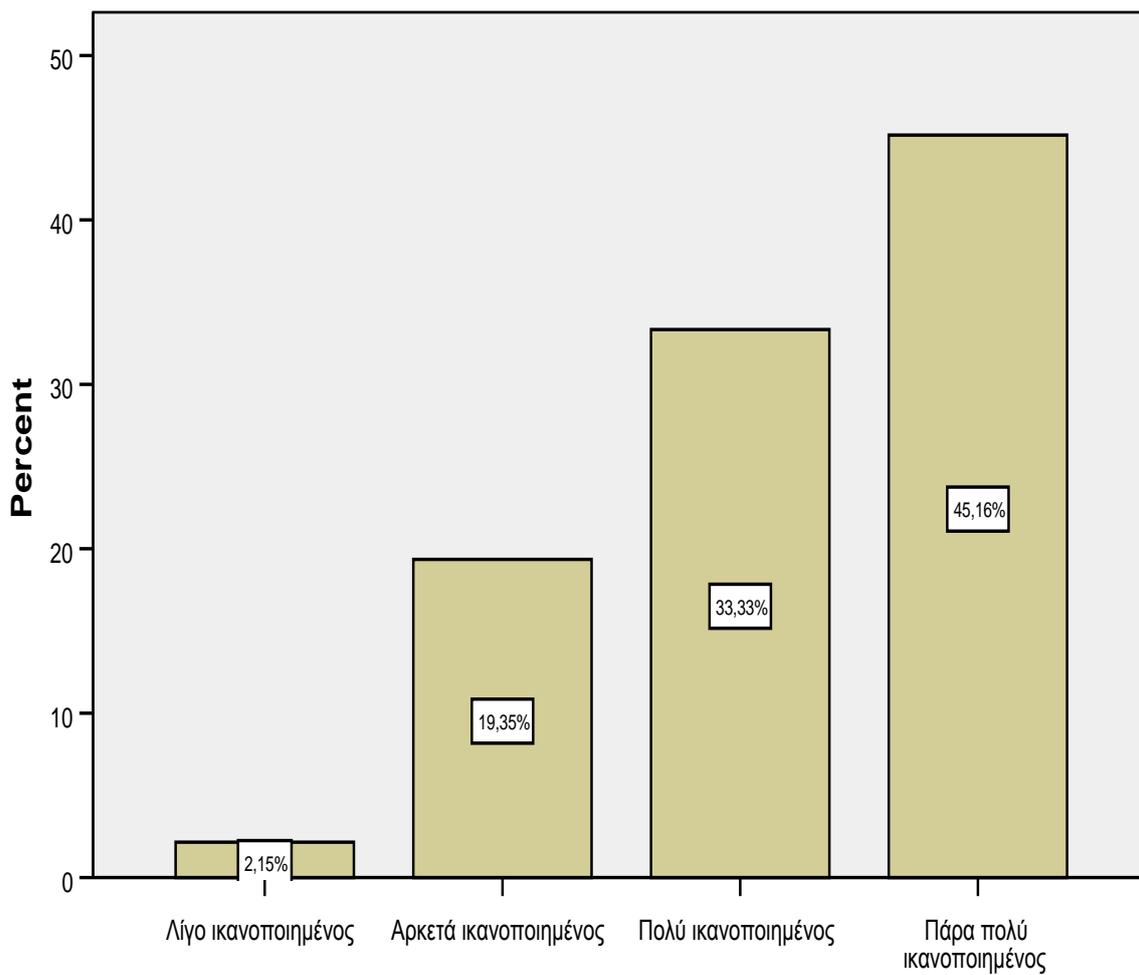
Πάρα πολύ ικανοποιημένοι δήλωσαν οι περισσότεροι ασθενείς (31,2%) από το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ζήτησε την άδειά τους για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετικά με τη φροντίδα. Επίσης, το 28% απάντησε ότι έμεινε σε αρκετό βαθμό ικανοποιημένο, ενώ το 25,8% έμεινε σε πολύ μεγάλο βαθμό. Ωστόσο, υπήρξε και ένα ποσοστό της τάξης του 11,8% που έμεινε σε μικρό βαθμό ικανοποιημένο και τέλος ένα ποσοστό 3,2% που δεν έμεινε καθόλου ικανοποιημένο.



Γράφημα 27: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ζήτησε την άδειά τους για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετικά με τη φροντίδα

8.8 Επαγγελματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού

Ο επαγγελματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού ικανοποίησε την πλειοψηφία των ασθενών σε πάρα πολύ μεγάλο βαθμό (45,2%). Επιπλέον, το 33,3% έμεινε σε πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένο, ενώ το 19,4% σε αρκετό βαθμό. Τέλος, μόνο δύο άτομα (2,2%) απάντησαν ότι έμειναν λίγο ικανοποιημένοι από τον επαγγελματισμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

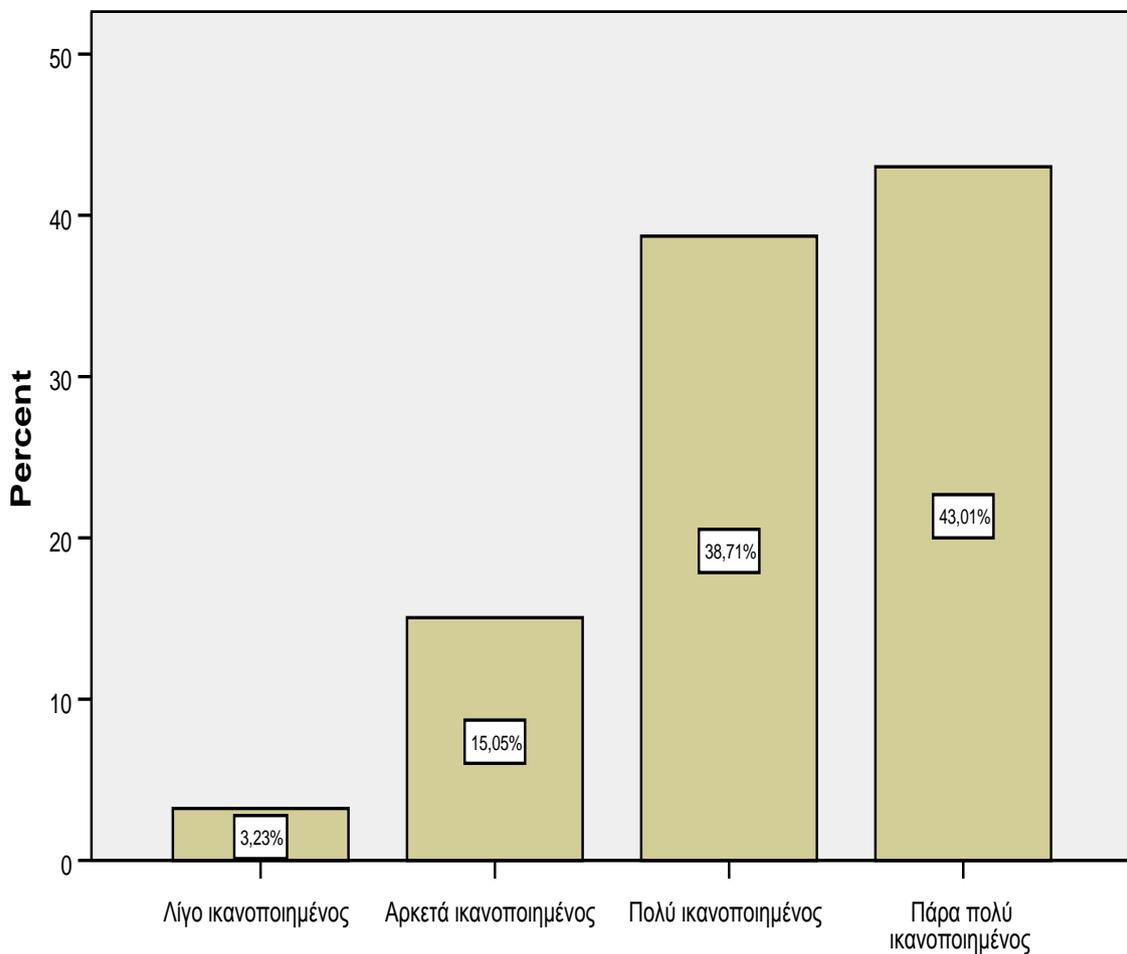


Γράφημα

28: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τον επαγγελματισμό του νοσηλευτικού προσωπικού.

8.9 Αποτελεσματικότητα

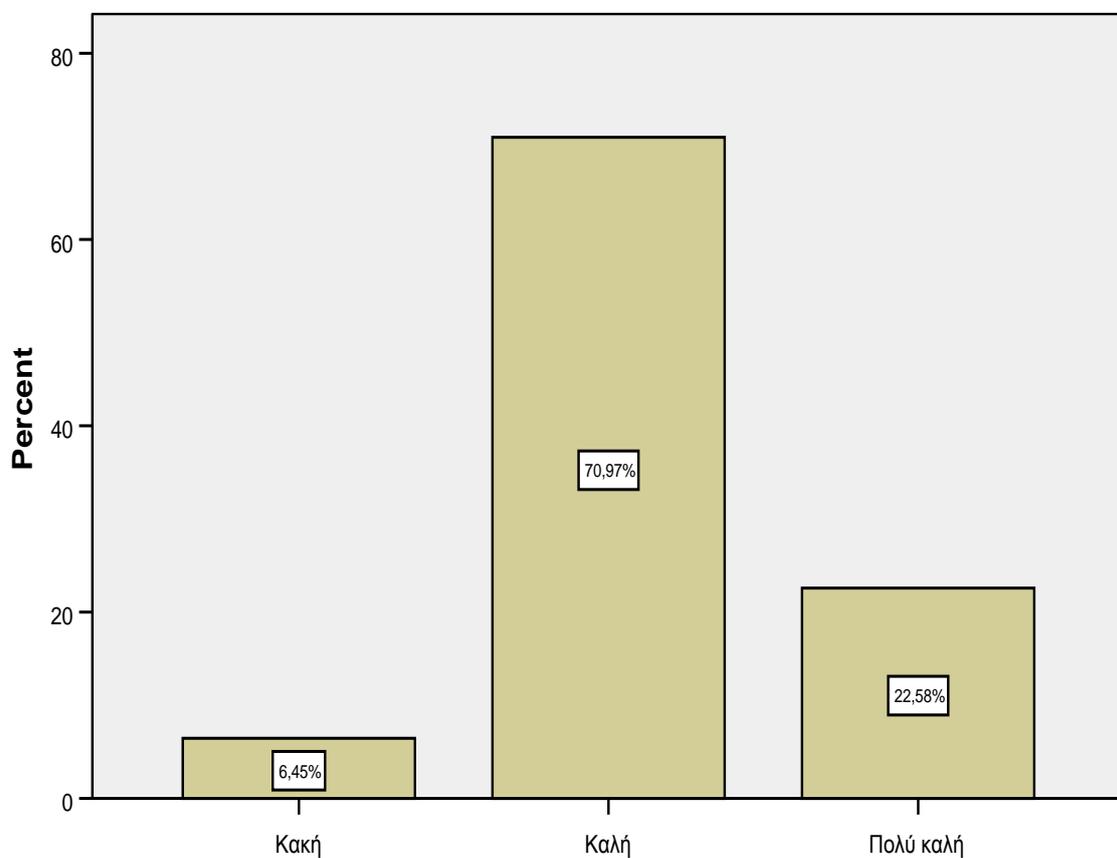
Στην πλειοψηφία τους οι ασθενείς έμειναν πάρα πολύ και πολύ ικανοποιημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν σε ποσοστό 43% και 38,7% αντίστοιχα. Το 15,1% δήλωσε αρκετά ικανοποιημένο, ενώ το 3,2%, ποσοστό που αντιστοιχεί σε τρία άτομα, έμεινε σε μικρό βαθμό ικανοποιημένο. Ωστόσο, κανένας από τους ερωτηθέντες δεν απάντησε ‘καθόλου’.



Γράφημα 29: Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών

8.9.1 Αποτελεσματικότητα που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία

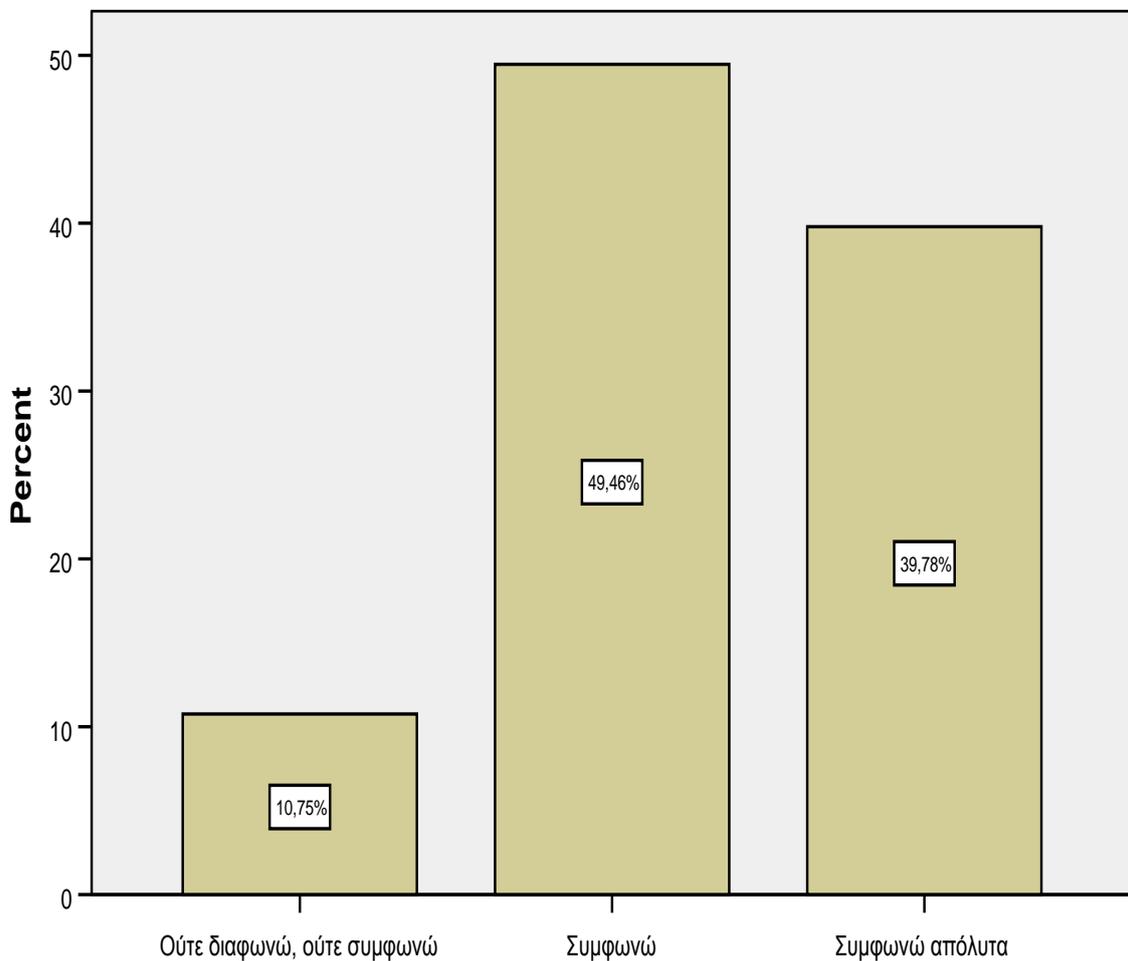
Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία χαρακτηρίζεται από την πλειοψηφία των ασθενών σε ποσοστό 71% ως καλή. Ένα μικρό ποσοστό της τάξης του 22,6% τη χαρακτηρίζει ως πολύ καλή, ενώ μόνο το 6,5% όσων συμμετείχαν στην έρευνα τη χαρακτηρίζει ως κακή.



Γράφημα 30: Αποτελεσματικότητα υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία

8.9.2 Κατά πόσο οι ασθενείς θα ήθελαν να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό αν χρειαστούν ξανά νοσηλευτική φροντίδα

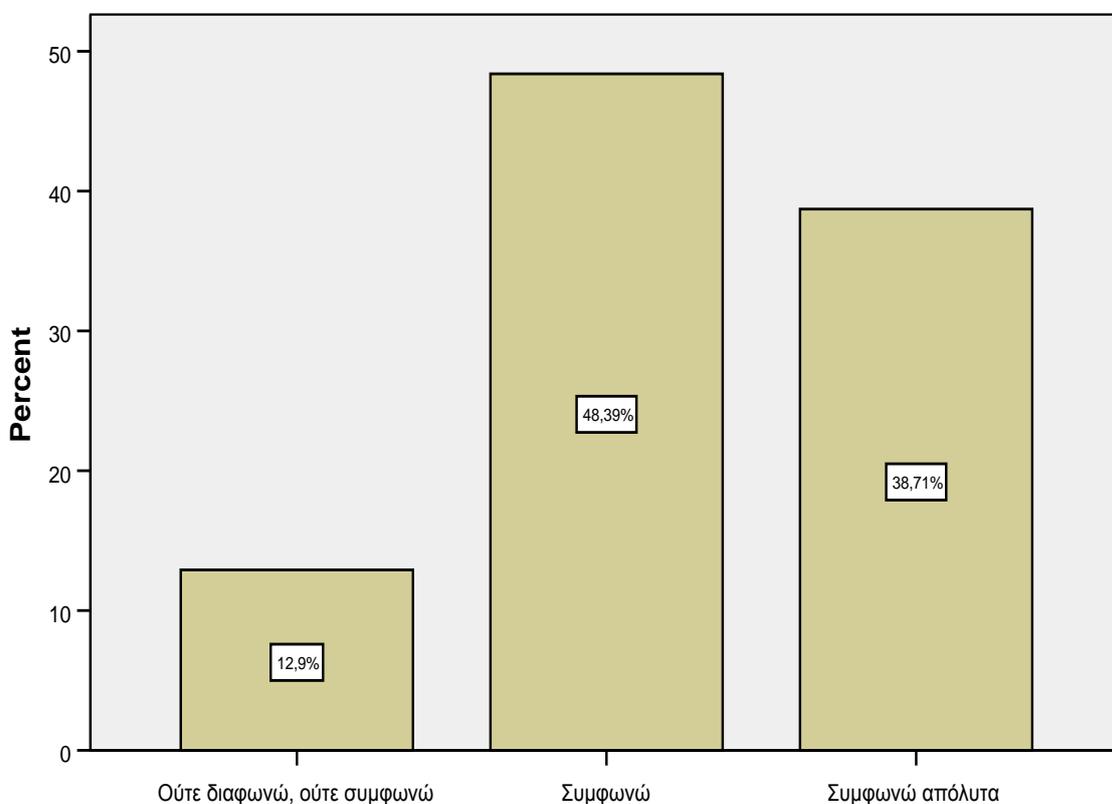
Το 49,5% των ασθενών συμφωνεί με την άποψη ότι θα ήθελαν να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό αν χρειαστούν ξανά νοσηλευτική φροντίδα. Ένα ποσοστό της τάξης του 39,8% συμφωνεί απόλυτα, ενώ το 10,8% των ασθενών ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί με την παραπάνω πρόταση.



Γράφημα 31: Πόσο συμφωνούν οι ασθενείς με την άποψη ότι θα ήθελαν να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό αν χρειαστούν ξανά νοσηλευτική φροντίδα

8.9.3 Κατά πόσο οι ασθενείς θα συνιστούσαν το τμήμα ή την κλινική σε άλλους με σημείο αναφοράς το νοσηλευτικό προσωπικό

Το 48,4% των ασθενών που έλαβαν μέρος στην έρευνα συμφωνούν με την άποψη ότι θα συνιστούσαν το τμήμα ή την κλινική σε άλλους με σημείο αναφοράς το νοσηλευτικό προσωπικό. Το 38,7% συμφωνεί απόλυτα με την παραπάνω άποψη, ενώ το 12,9% ούτε συμφωνεί ούτε διαφωνεί.

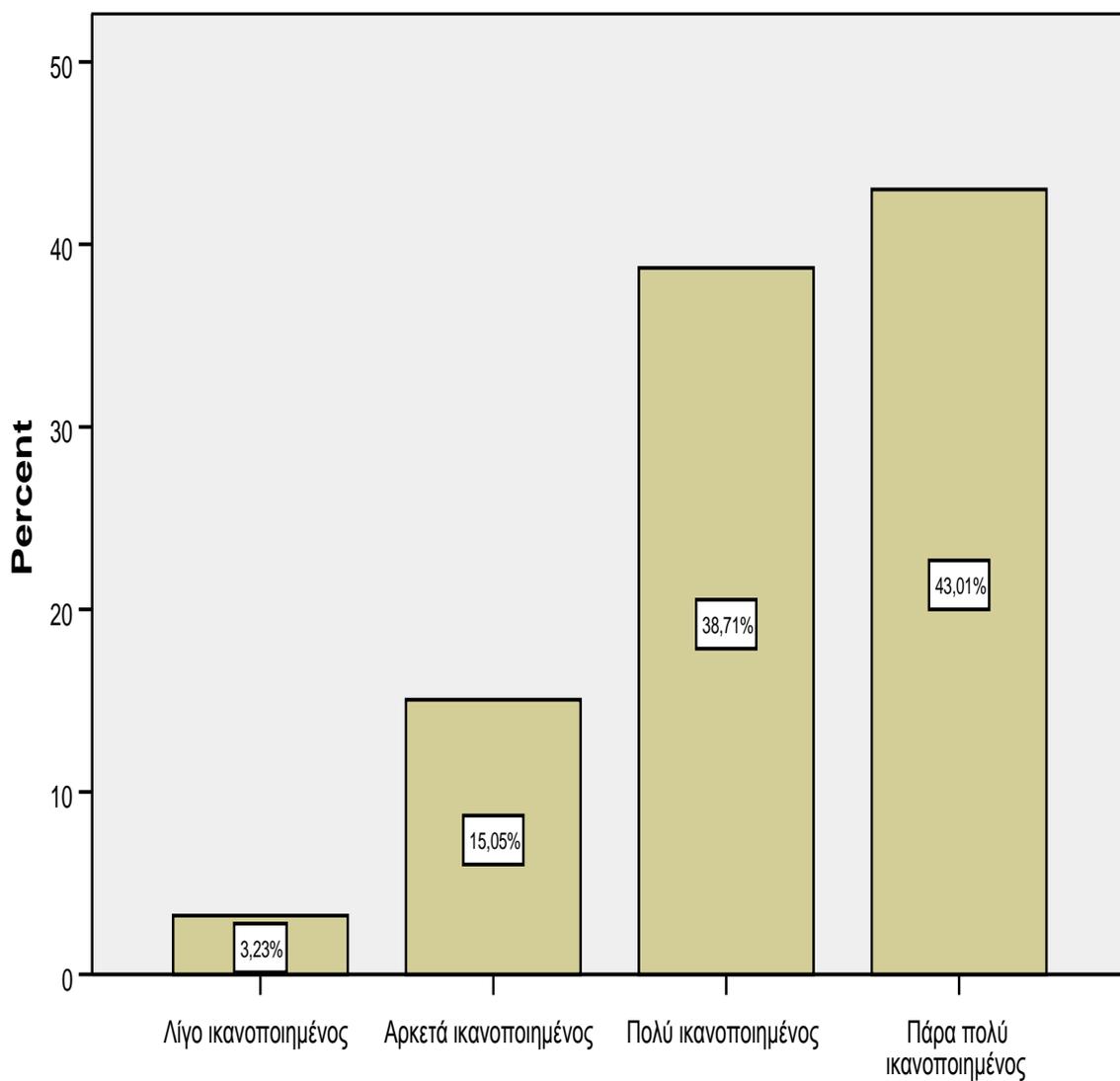


Γράφημα 32: Πόσο συμφωνούν οι ασθενείς με την άποψη ότι θα συνιστούσαν το τμήμα ή την κλινική σε άλλους με σημείο αναφοράς το νοσηλευτικό προσωπικό

ΚΕΦ. 9: ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

1) Τμήμα

Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα παρέμεινε στην χειρουργική κλινική (82,8%), από 7,5% μοιράζονται τα τμήματα μαιευτικής και ορθοπεδικό, ενώ δύο άτομα (2,2%) στο ουρολογικό τμήμα.



Γράφημα 33: Κατανομή των ασθενών βάσει τμήματος παραμονής

2) Ηλικία

Αναφορικά με την ηλικία, ο νεαρότερος ασθενής ήταν 12 ετών και ο γηραιότερος 96 ετών. Ο μέσος όρος ηλικίας των ασθενών ήταν τα 49 έτη.

	Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
12	1	1,1	1,1	1,1
14	1	1,1	1,1	2,2
15	2	2,2	2,2	4,3
16	1	1,1	1,1	5,4
17	3	3,2	3,2	8,6
18	1	1,1	1,1	9,7
19	2	2,2	2,2	11,8
21	1	1,1	1,1	12,9
22	2	2,2	2,2	15,1
23	2	2,2	2,2	17,2
24	1	1,1	1,1	18,3
25	2	2,2	2,2	20,4
26	1	1,1	1,1	21,5
27	1	1,1	1,1	22,6
30	1	1,1	1,1	23,7
31	5	5,4	5,4	29

	32	3	3,2	3,2	32,3
	33	2	2,2	2,2	34,4
	34	2	2,2	2,2	36,6
	35	4	4,3	4,3	40,9
	36	2	2,2	2,2	43,0
	38	1	1,1	1,1	44,1
	40	4	4,3	4,3	48,4
	42	1	1,1	1,1	49,5
	44	2	2,2	2,2	51,6
	45	2	2,2	2,2	53,8
	46	2	2,2	2,2	55,9
	47	2	2,2	2,2	58,1
	54	1	1,1	1,1	59,1
	56	2	2,2	2,2	61,3
	58	3	3,2	3,2	64,5
	60	1	1,1	1,1	65,6
	65	1	1,1	1,1	66,7
	70	1	1,1	1,1	67,7
	71	2	2,2	2,2	69,9
	73	2	2,2	2,2	72,0
	75	4	4,3	4,3	76,3
	76	3	3,2	3,2	79,6
	78	3	3,2	3,2	82,8
	79	1	1,1	1,1	83,9
	80	4	4,3	4,3	88,2
	81	3	3,2	3,2	91,4
	83	3	3,2	3,2	94,6
	84	1	1,1	1,1	95,7
	85	1	1,1	1,1	96,8
	86	1	1,1	1,1	97,8
	91	1	1,1	1,1	98,9
	96	1	1,1	1,1	100,0
	Σύνολο	93	100,0	100,0	

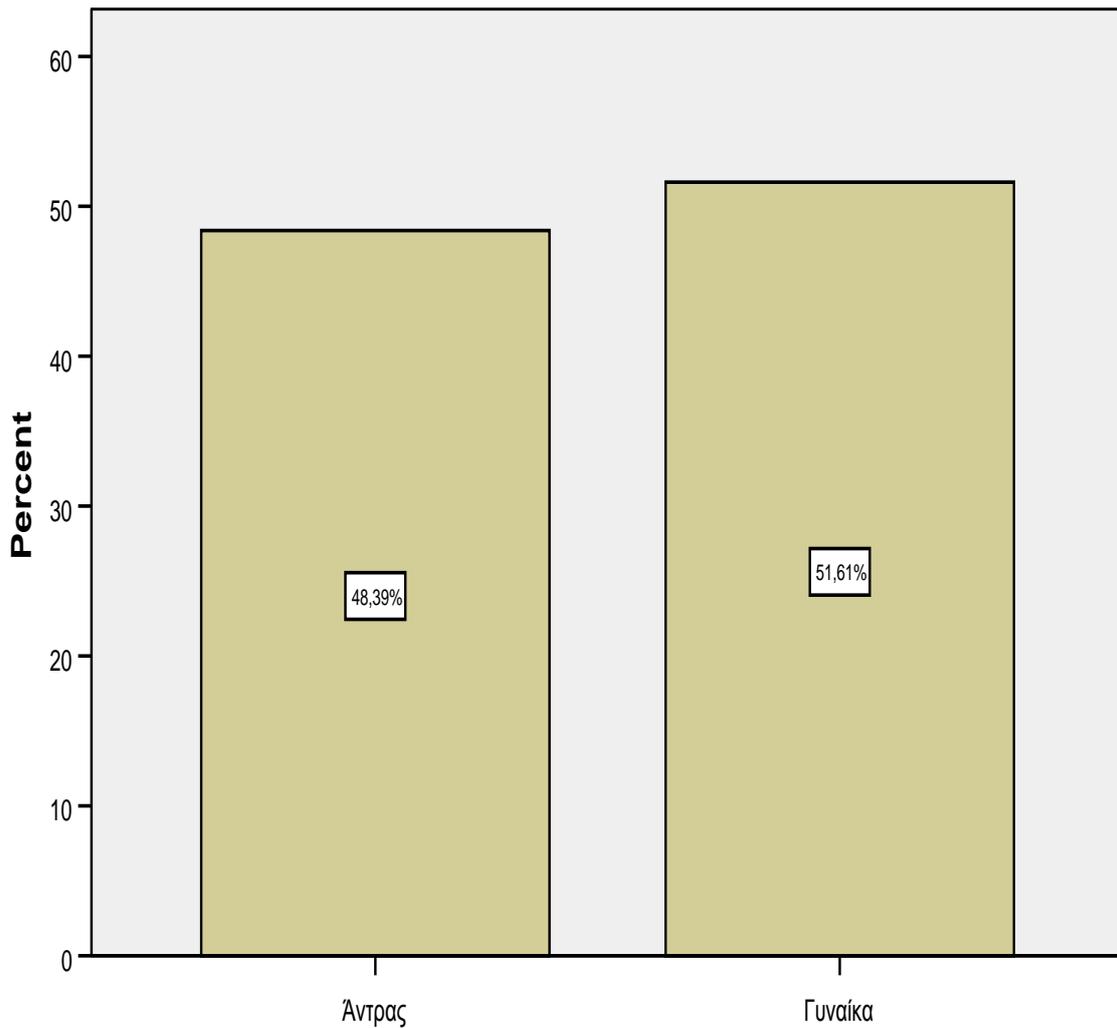
3) Ημέρες νοσηλείας

Η μικρότερη διάρκεια νοσηλείας ήταν μία ημέρα και η μεγαλύτερη ήταν 20 ημέρες. Ο μέσος όρος παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο ήταν 4,37 ημέρες. Το 28% των ασθενών παρέμεινε δύο ημέρες στο νοσοκομείο, ενώ το 25,8% παρέμεινε τρεις ημέρες. Ένα μόνο άτομο παρέμεινε 16 ημέρες (1,1%) και άλλο ένα παρέμεινε 20 ημέρες (1,1%).

		Συχνότητα	Ποσοστό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
	1	4	4,3	4,3	4,3
	2	26	28,0	28,3	32,6
	3	24	25,8	26,1	58,7
	4	10	10,8	10,9	69,6
	5	8	8,6	8,7	78,3
	6	4	4,3	4,3	82,6
	7	3	3,2	3,3	85,9
	8	2	2,2	2,2	88,0
	9	3	3,2	3,3	91,3
	10	4	4,3	4,3	95,7
	15	2	2,2	2,2	97,8
	16	1	1,1	1,1	98,9
	20	1	1,1	1,1	100,0
	Total	92	98,9	100,0	
	ΔΑ	1	1,1		
Σύνολο		93	100,0		

4) Φύλο

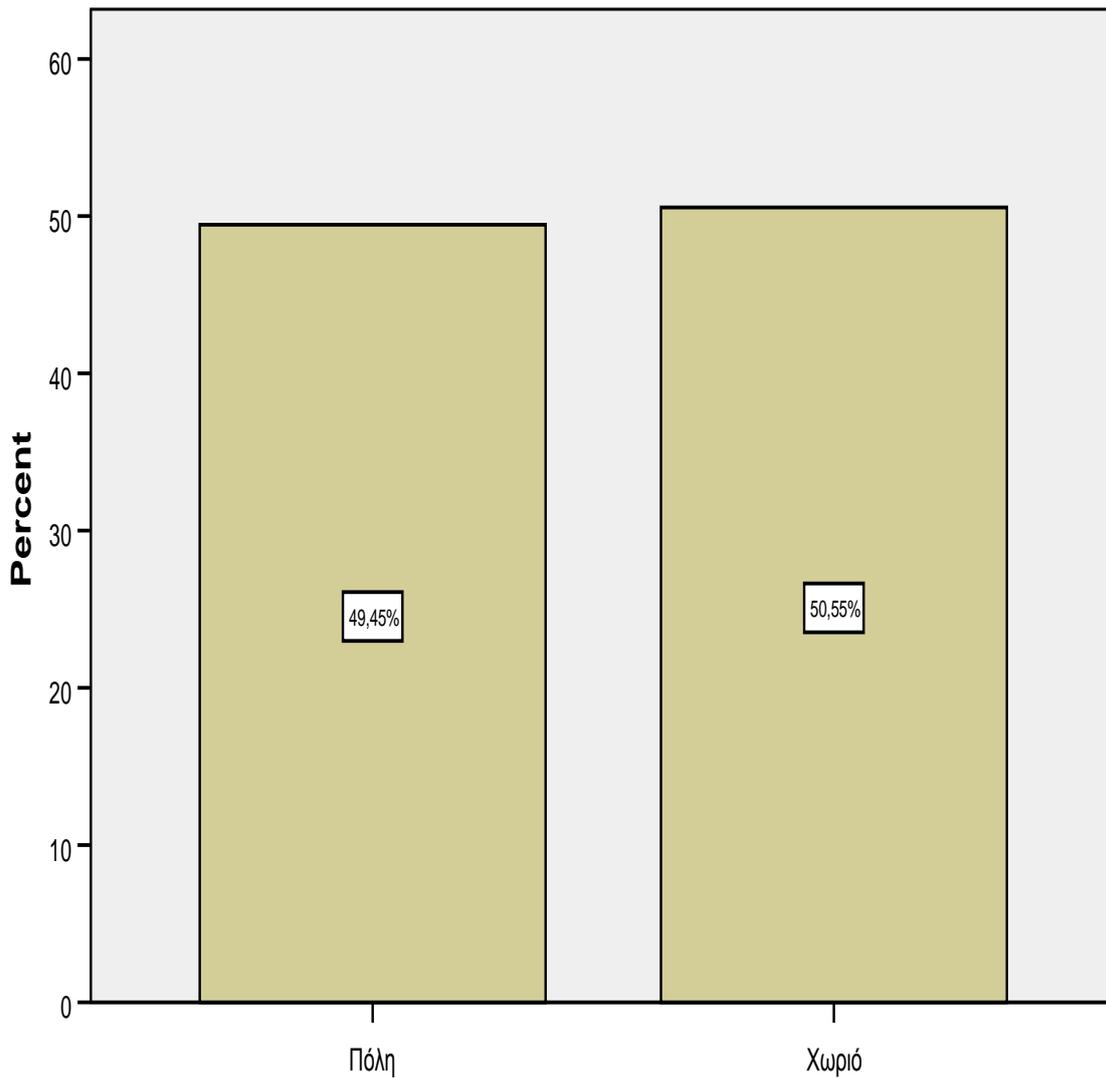
Το 51,6% των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν γυναίκες και το 48,4% ήταν άντρες.



Γράφημα 34: Κατανομή των ερωτηθέντων βάσει φύλου

5) Τόπος μόνιμης κατοικίας

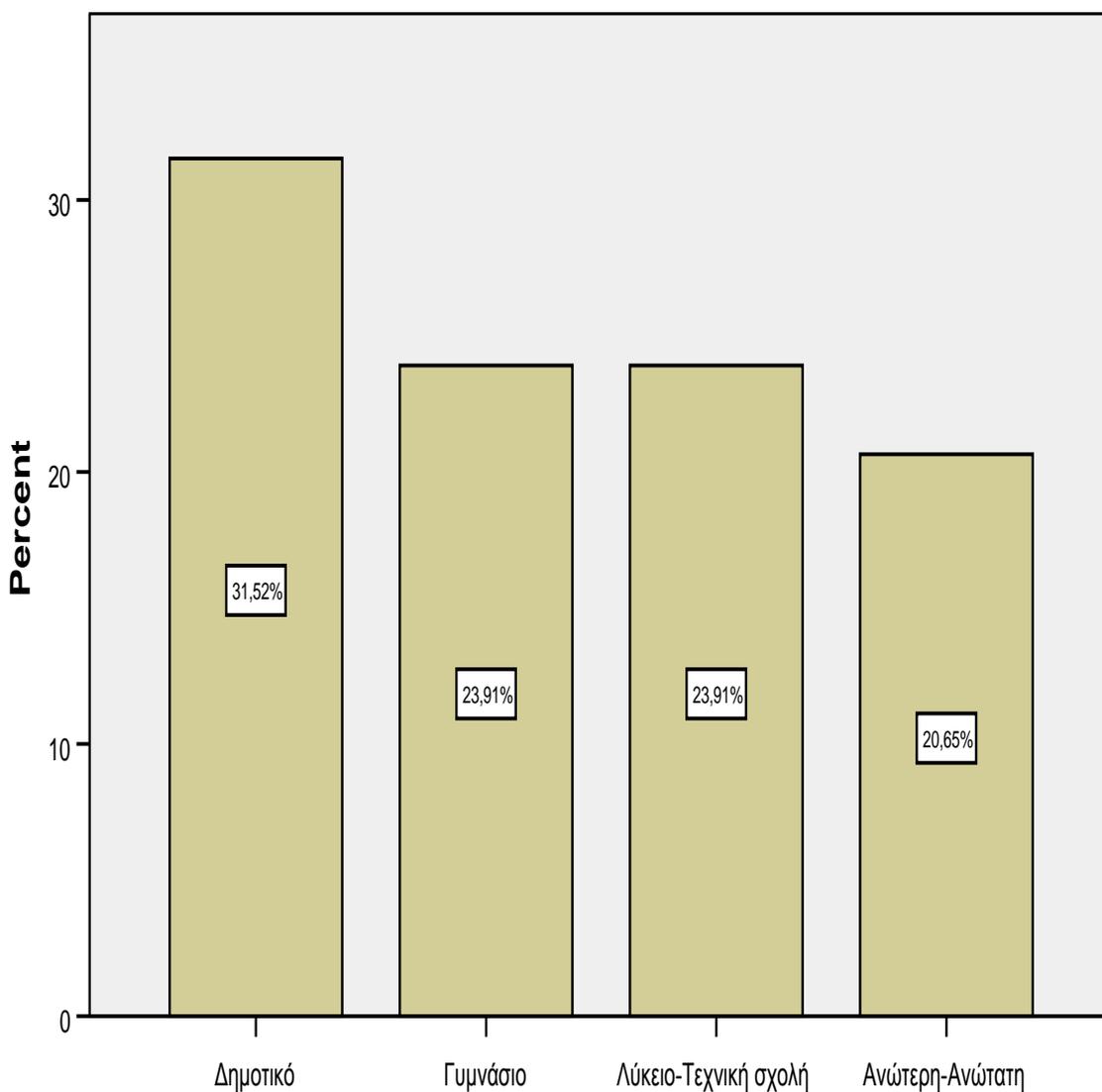
Το 49,5% των ασθενών διαμένουν στο χωριό, ενώ το υπόλοιπο 48,4% διαμένει στην πόλη. Δύο άτομα δεν απάντησαν στην ερώτηση αυτή.



Γράφημα 35: Κατανομή των ασθενών βάσει τόπου μόνιμης κατοικίας

6) Μορφωτικό επίπεδο

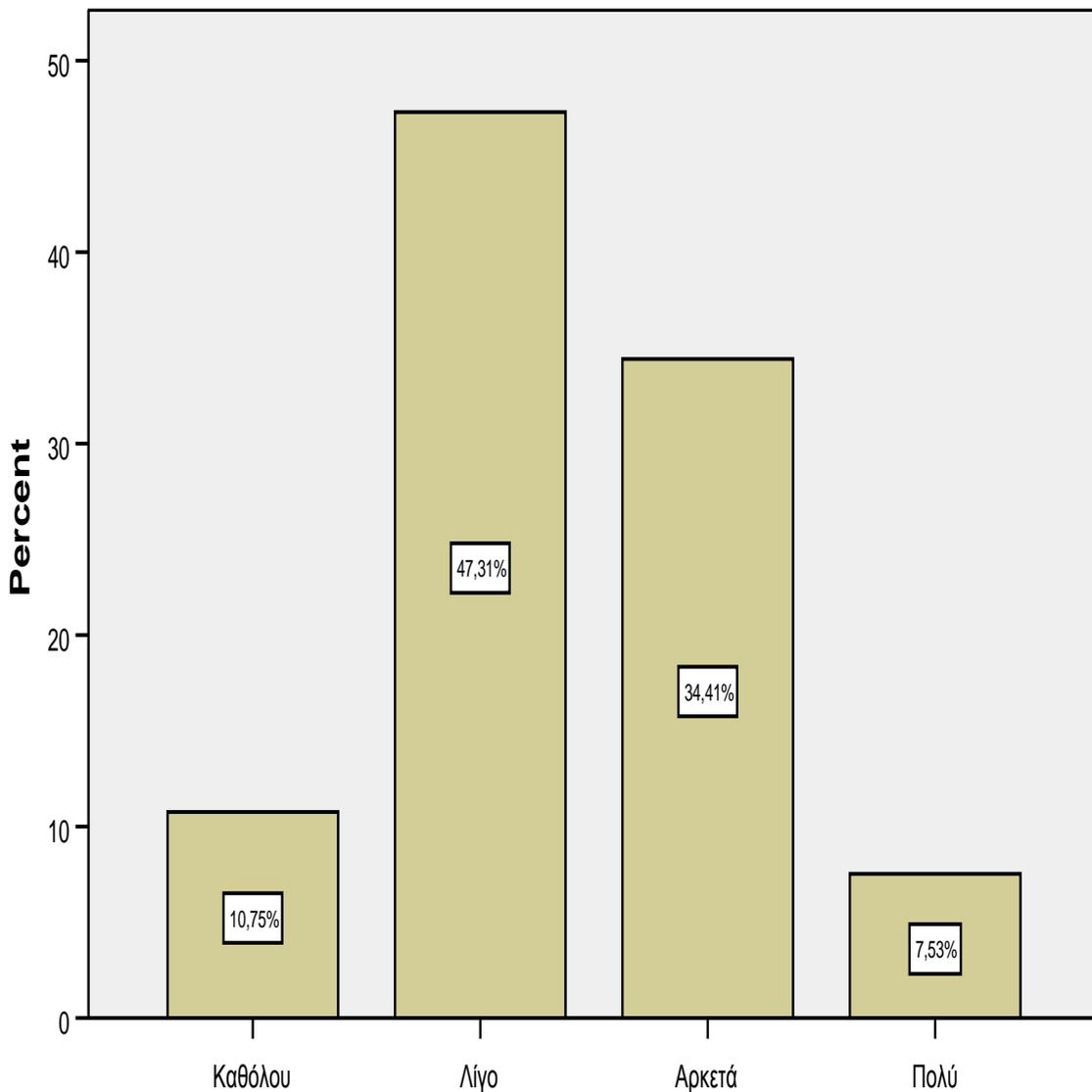
Το 31,2% όσων συμμετείχαν στην έρευνα είναι απόφοιτοι δημοτικού. Το 23,7% είναι απόφοιτοι γυμνασίου, ενώ το ίδιο ποσοστό είναι επίσης απόφοιτοι λυκείου ή κάποιας τεχνικής σχολής. Τέλος, το 20,4% των ασθενών είναι απόφοιτοι τριτοβάθμιας εκπαίδευσης.



Γράφημα 36: Κατανομή των ασθενών βάσει μορφωτικού επιπέδου

7) Σοβαρότητα κατάστασης των ασθενών

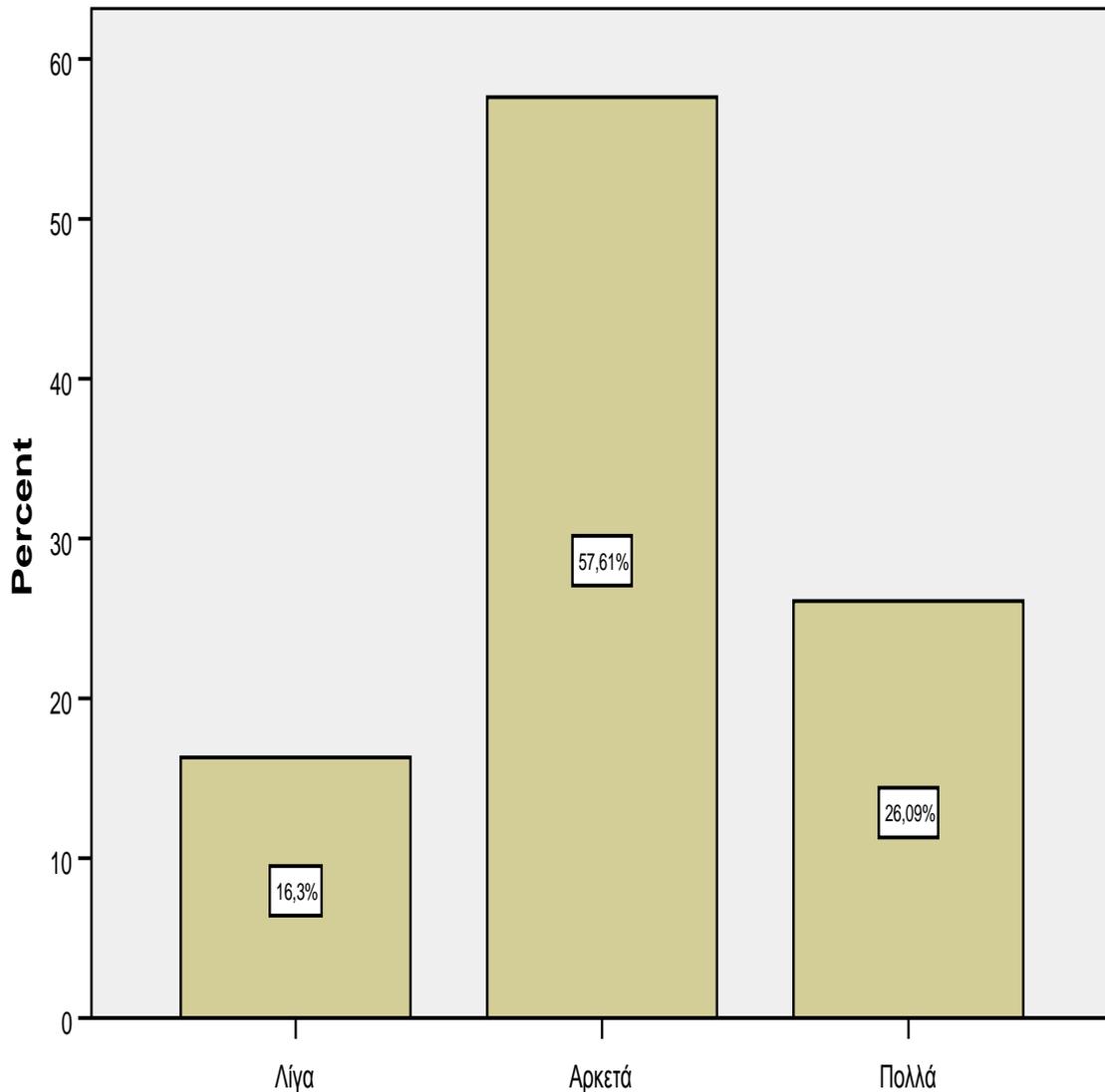
Το 47,3% των ασθενών δήλωσε ότι η κατάσταση της υγείας τους είναι σε μικρό βαθμό σοβαρή, ενώ το 34,4% δήλωσε ότι είναι αρκετά σοβαρή. Μόνο το 7,5% απάντησε ότι είναι πολύ σοβαρή, ενώ η υγεία του 10,8% των ασθενών δεν είναι καθόλου σοβαρή.



Γράφημα 37: Κατανομή των ασθενών βάσει σοβαρότητας της κατάστασής τους

8) Ενημέρωση σχετικά με το πρόβλημα υγείας από μέρος των ασθενών

Το 57% των ασθενών γνωρίζει αρκετά για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει, το 25,8% γνωρίζει πολλά, ενώ τέλος το 16,1% γνωρίζει λίγα.



Γράφημα 38: Ενημέρωση σχετικά με το πρόβλημα υγείας από μέρος των ασθενών

9.1 Συσχετίσεις

Η ύπαρξη συσχετίσεων που εξετάζεται ουσιαστικά εξετάζει το πώς οι μεταβλητές επηρεάζονται μεταξύ τους. Σκοπός μας είναι να εξετάσουμε αν το προφίλ των ερωτηθέντων και πιο συγκεκριμένα **το φύλο, η ηλικία, ο τόπος μόνιμης κατοικίας τους και το μορφωτικό τους επίπεδο** επηρεάζει τις απόψεις που εξέφρασαν σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες που τους παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο. **Για τις συσχετίσεις χρησιμοποιήθηκε το Chi Square test.** Η μηδενική υπόθεση και η εναλλακτική της είναι οι κάτωθι:

H₀: Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

H₁: Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών

Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας είναι $\alpha = 5\%$. Στην περίπτωση που $p - \text{value (Sig.)} > 0,05$, τότε δεν απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των μεταβλητών, άρα η μία μεταβλητή δεν επηρεάζει την άλλη. Αντίθετα, αν $p - \text{value} < 0,05$, τότε απορρίπτουμε τη μηδενική υπόθεση και δεχόμαστε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των εξεταζόμενων μεταβλητών.

9.1.1 Συσχέτιση με το φύλο

Αναφορικά με το πώς το **φύλο** επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι αυτός ο παράγοντας επηρεάζει το αν οι ασθενείς θα συνιστούσαν το συγκεκριμένο τμήμα ή κλινική σε συγγενείς ή φίλους τους, σκεπτόμενοι το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	6,933(a)	2	,031
Likelihood Ratio	7,032	2	,030
Linear-by-Linear Association	2,016	1	,156

Επίσης, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του φύλου και της άποψης που εξέφρασαν οι ασθενείς σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,344(a)	2	,025
Likelihood Ratio	9,666	2	,008
Linear-by-Linear Association	4,455	1	,035
N of Valid Cases	93		

9.1.2 Συσχέτιση με την ηλικία

Αναφορικά με την **ηλικία** των ασθενών, η στατιστική ανάλυση κατέδειξε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της ικανοποίησής τους από την πληροφόρηση που δέχτηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό την πρώτη μέρα που προσήλθαν στο θάλαμο σχετικά με τον προσανατολισμό στη μονάδα.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	242,169(a)	188	,005
Likelihood Ratio	159,472	188	,936
Linear-by-Linear Association	,098	1	,754
N of Valid Cases	92		

Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ της ηλικίας των ερωτηθέντων και της ικανοποίησής τους από το σεβασμό που τους επέδειξε το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	172,289(a)	141	,038
Likelihood Ratio	127,627	141	,783

Linear-by-Linear Association	,404	1	,525
N of Valid Cases	93		

9.1.3 Μορφωτικό επίπεδο

Αναφορικά με το εκπαιδευτικό υπόβαθρο των ερωτηθέντων, βρέθηκε αρχικά ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του **μορφωτικού επιπέδου** των ασθενών και της ικανοποίησής τους από τη βοήθεια που τους παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό για τις καθημερινές τους ανάγκες.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,906(a)	12	,029
Likelihood Ratio	21,382	12	,045
Linear-by-Linear Association	4,149	1	,042
N of Valid Cases	92		

Επιπλέον, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ του μορφωτικού επιπέδου των ασθενών και της ικανοποίησής τους από την επιλογή του φαγητού.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	28,011(a)	12	,006
Likelihood Ratio	32,373	12	,001
Linear-by-Linear Association	13,558	1	,000
N of Valid Cases	92		

9.1.4 Σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών

Στη συνέχεια εξετάζεται το πώς η **σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας** των ασθενών επηρεάζει την ικανοποίηση που νιώθουν από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Αρχικά βρέθηκε ότι η σοβαρότητα της κατάστασης των ασθενών έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την

ικανοποίησή τους από τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για τις καθημερινές ανάγκες των ασθενών.

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	22,398(a)	12	,033
Likelihood Ratio	26,098	12	,010
Linear-by-Linear Association	1,378	1	,240
N of Valid Cases	93		

Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών με την ικανοποίησή τους από την επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές επιτελούν τις νοσηλευτικές διαδικασίες και πράξεις.

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	26,633(a)	9	,002
Likelihood Ratio	31,021	9	,000
Linear-by-Linear Association	2,205	1	,138
N of Valid Cases	93		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών με την ικανοποίησή τους από την ποιότητα του φαγητού.

	Value	Df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	30,983(a)	12	,002
Likelihood Ratio	30,048	12	,003
Linear-by-Linear Association	3,542	1	,060
N of Valid Cases	92		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών με την ικανοποίησή τους από την επιλογή του φαγητού.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,518(a)	12	,024
Likelihood Ratio	26,367	12	,010
Linear-by-Linear Association	1,670	1	,196
N of Valid Cases	92		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών με την ικανοποίησή τους από την θερμοκρασία του φαγητού.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	27,763(a)	12	,006
Likelihood Ratio	30,315	12	,003
Linear-by-Linear Association	,937	1	,333
N of Valid Cases	92		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών με την άποψη που εξέφρασαν ότι θα ήθελαν να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό αν χρειαστούν ξανά νοσηλευτική φροντίδα.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	16,566(a)	6	,011
Likelihood Ratio	20,272	6	,002
Linear-by-Linear Association	,100	1	,751
N of Valid Cases	93		

Υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της σοβαρότητας της κατάστασης των ασθενών και της άποψης που εξέφρασαν οι ασθενείς σχετικά με την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	21,078(a)	6	,002
Likelihood Ratio	18,012	6	,006
Linear-by-Linear Association	2,561	1	,110
N of Valid Cases	93		

9.1.5 Μέρες Νοσηλείας των ασθενών

Επίσης, εξετάστηκε κατά πόσο **οι μέρες νοσηλείας των ασθενών** μπορούν να επηρεάσουν την ικανοποίησή τους από το νοσηλευτικό προσωπικό. Σε αυτό το πλαίσιο, βρέθηκε μόνο ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ της διάρκειας παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και της ικανοποίησής τους από τα μέτρα που έλαβε το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	71,218(a)	36	,000
Likelihood Ratio	36,182	36	,460
Linear-by-Linear Association	1,825	1	,177
N of Valid Cases	92		

9.1.6 Νοσηλευτικό Τμήμα

Τέλος, εξετάζεται κατά πόσο **το νοσηλευτικό τμήμα** επηρεάζει την ικανοποίησή τους. Έτσι, βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τμήματος στο οποίο παρέμειναν οι ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους και της ικανοποίησής τους από την πληροφόρηση των συγγενών τους από το νοσηλευτικό προσωπικό.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	23,496(a)	9	,005
Likelihood Ratio	23,875	9	,005

Linear-by-Linear Association	5,142	1	,023
N of Valid Cases	93		

Επίσης, υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του τμήματος στο οποίο παρέμειναν οι ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους και της ικανοποίησής τους από το γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ζητούσε την άδειά τους για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετική με τη φροντίδα.

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	25,263(a)	12	,014
Likelihood Ratio	26,847	12	,008
Linear-by-Linear Association	3,334	1	,068
N of Valid Cases	93		

ΚΕΦ. 10: ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Διεθνής Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Σύμφωνα με τα γενικά συμπεράσματα ερευνών κατά την διάρκεια της βιβλιογραφικής ανασκόπησης παρατηρούμε ότι δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά στις αντιλήψεις για την ποιοτική περίθαλψη από τους νοσηλευτές σε σχέση με την επαγγελματική εμπειρία και από τους ασθενείς σε όλα τα νοσοκομεία ανεξάρτητα φύλου και ηλικίας των ασθενών (Al-Kandari & Ogundeyin 1998). Οι παραπάνω ερευνητές, το 1998 πραγματοποίησαν μια έρευνα στο Κουβέιτ με θέμα : *Αντιλήψεις των ασθενών και των νοσηλευτών για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας στο Κουβέιτ*, χρησιμοποιώντας μια διερευνητική ερευνητική μέθοδο και ένα σκόπιμο δείγμα 259 ατόμων (109 νοσηλευτές και 148 ασθενείς). Τα στοιχεία συλλέχθηκαν χρησιμοποιώντας ένα ερωτηματολόγιο που αποτελείται από τα στοιχεία της διαδικασίας περιποίησης. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι δεν βρέθηκε καμία στατιστικά σημαντική διαφορά στην αντίληψη για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας μεταξύ των ασθενών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες των πέντε νοσοκομείων της μελέτης. Επίσης δεν βρέθηκε καμία σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες στους τομείς της αξιολόγησης, του προγραμματισμού και της εφαρμογής. Βρέθηκε όμως σημαντική διαφορά μεταξύ των νοσηλευτών στις παθολογικές και χειρουργικές μονάδες στους τομείς της υπευθυνότητας και της ευθύνης.

Ο Moret και συν. (2007), πραγματοποίησαν μια μελέτη στο Παρίσι με θέμα : *Απόδειξη της μη γραμμικής επίδρασης της ηλικίας των ασθενών για την ικανοποίηση τους από τη νοσοκομειακή περίθαλψη*. Γνωρίζοντας ότι η ηλικία του ασθενούς είναι ο κύριος κοινωνικό-δημογραφικός παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, αλλά η φύση της σχέσης μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης των ασθενών είναι αμφιλεγόμενη, είχαν ως σκοπό να διευκρινίσουν εάν η σχέση της ικανοποίησης με την ηλικία είναι γραμμική ή δείχνει κάποια άλλη ρύθμιση.

Στοιχεία ελήφθησαν από δυο ξεχωριστές μελέτες ικανοποίησης που διεξήχθησαν σε 27 πανεπιστημιακά νοσοκομεία βραχείας νοσηλείας. Στη πρώτη περιλαμβάνονται 1547 νοσηλευθέντες, οι οποίοι συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο SAPHORA κατά το χρόνο του εξιτηρίου. Στη δεύτερη μελέτη περιλαμβάνονται 7624 νοσηλευθέντες οι οποίοι απάντησαν το ερωτηματολόγιο SAPHORA με συνέντευξη από το τηλέφωνο στο σπίτι μετά το εξιτήριο. Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας η ηλικία των ασθενών ήταν γραμμικά και θετικά με την ικανοποίηση πριν από τα 65 χρόνια και αρνητικά στη συνέχεια αλλά χρειάζονται περισσότερες μελέτες προκειμένου να αποδειχθεί ότι πέρα από το όριο των 65 χρόνων, η ικανοποίηση από την ποιότητα της ιατρικής και νοσηλευτικής περίθαλψης μειώνονται.

Μια βιβλιογραφική ανασκόπηση που έγινε το 2004 από τις Riitta Suhonen και Helena Leino-Kilpi με θέμα : *Ενήλικες χειρουργικοί ασθενείς και οι πληροφορίες που τους παρέχονται από τους νοσηλευτές*, είχε ως σκοπό να διερευνήσει τι είναι ήδη γνωστό για τις πληροφοριακές ανάγκες των χειρουργικών ασθενών, τις γνώμες τους σχετικά με την παροχή πληροφοριών και την επίδραση των εξατομικευμένων πληροφοριών. Η έρευνα έγινε με σχετικές αναζητήσεις στο διαδίκτυο από το 1994 έως το Μάρτιο του 2004 στο MEDLINE, the Cochrane Database of Systematic Reviews and the Cochrane Central Register of Controlled Trials χρησιμοποιώντας τις εξής λέξεις-κλειδιά: ***Surgical, patient, adult and nursing***.

Όσον αφορά τον τομέα της πληροφόρησης, από μελέτη σε μελέτη, βλέπουμε πως η εκτίμηση σχετικά με την παροχή πληροφοριών και τη σημαντικότητα για τους χειρουργικούς ασθενείς διαφέρουν. Οι εγχειρισμένοι ασθενείς έχουν ειδικές ανάγκες επιμόρφωσης κατά τη διάρκεια της μετεγχειρητικής περιόδου. Ωστόσο, ορισμένες μελέτες έδειξαν ότι στους ασθενείς δεν είχαν δοθεί οι απαιτούμενες πληροφορίες και πως πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην εκτίμηση και την αξιολόγηση των ατομικών τους αναγκών (Riitta Suhonen & Helena Leino-Kilpi, 2004).

Αυτό είναι ένα σοβαρό θέμα, γιατί οι ασθενείς έχουν αναλάβει να φροντίζουν μόνοι τον εαυτό τους μετά το εξιτήριο. Οι πληροφορίες πρέπει προσαρμόζονται στις ανάγκες μάθησης και διδασκαλίας τεχνικών που χρειάζονται οι ασθενείς, προκειμένου να διασφαλιστεί η ποιότητα και η χρησιμότητα τους από τους ασθενείς μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Επίσης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της εξέτασης αυτής αποδεικνύεται ότι οι πληροφορίες, οι οποίες προσαρμόζονται στις ανάγκες κάθε ασθενούς, παίζουν σπουδαίο ρόλο για τους χειρουργικούς ασθενείς. Προς το παρόν υπάρχει μια φτωχή κατανόηση των διαδικασιών που περιγράφουν τις λεπτομερείς εμπειρίες των χειρουργικών ασθενών στην κλινική φροντίδα και τις δυνατότητες ενδυνάμωσης μέσω της μάθησης. Όπως οι χειρουργικοί ασθενείς διαφέρουν ατομικά έτσι και οι μαθησιακές ανάγκες τους διαφέρουν. Για να επωφεληθούν χρειάζονται διαφορετικό περιεχόμενο και διαφορετική ποσότητα των πληροφοριών. Πρέπει να δοθεί μεγαλύτερη ενδιαφέρον στην εκτίμηση και την αξιολόγηση αυτών των ατομικών αναγκών (Suhonen & Leino-Kilpi, 2004).

Το 2004, οι Alasad και Ahmad έκαναν μια έρευνα σε ένα νοσοκομείο της Ιορδανίας για να προσδιορίσουν τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους.

Το δείγμα της μελέτης ήταν 225 ενήλικοι ασθενείς που νοσηλεύονταν σε παθολογικούς και χειρουργικούς θαλάμους σε ένα πανεπιστημιακό νοσοκομείο στην Ιορδανία. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η πλειοψηφία των συμμετεχόντων είχε θετική εμπειρία σχετικά με το νοσηλευτικό χρόνο που τους διατέθηκε αλλά και από το σεβασμό που έδειξαν οι νοσηλευτές τόσο συγγενείς όσο και φίλους των ασθενών.

Επίσης, βρέθηκε ότι αν και το ποσό των νοσηλευτικών πληροφοριών που δόθηκαν στους ασθενείς να είναι κύριος παράγοντας για την άποψη που διαμορφώνουν οι ασθενείς, οι πληροφορίες που προσφέρονται έγιναν αντιληπτές από την πλειοψηφία των ασθενών ως ανεπαρκείς. Ο προσδιορισμός των παραγόντων που ενισχύουν τις απόψεις των ασθενών για τη νοσηλευτική φροντίδα είναι κρίσιμος, δεδομένου ότι βοηθά τους νοσηλευτές για να παρέχουν την καλύτερη νοσηλευτική φροντίδα.

Το 2005 στο Ηνωμένο Βασίλειο έγινε μία βιβλιογραφική ανασκόπηση από τον Currie και συν. με θέμα : *η σχέση της νοσηλευτικής φροντίδας με τα επίπεδα του προσωπικού, του μίγματος ικανότητας και της αυτονομίας των νοσηλευτών*. Σκοπός της μελέτης ήταν να διερευνήσει τη σχέση μεταξύ της νοσηλευτικής φροντίδας και των επιλεγμένων οργανωτικών μεταβλητών και εάν οι αλλαγές στη στελέχωση του προσωπικού, το μίγμα ικανότητας και την αυτονομία έχουν επιπτώσεις στις αντιλήψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με αναζήτηση στο διαδίκτυο χρησιμοποιώντας το CINAHL και τις βάσεις δεδομένων Medline και Embase. Οι λέξεις- κλειδιά που χρησιμοποιήθηκαν ήταν: *ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, ποιότητα της προσοχής περιποίησης, νοσηλευτής, ασθενής, μίγμα ικανότητας, νοσηλευτής - υπομονετική αναλογία, εκβάσεις, δυσμενή γεγονότα υγειονομικής περίθαλψης και αυτονομία*. Στόχος της συγκεκριμένης έρευνας ήταν να βρεθεί μαζί μια διαφορετική συλλογή της βιβλιογραφίας σχετική με τον τομέα της ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης. Συμπερασματικά, αναφέρονται ότι τα παραδοσιακά εργαλεία αξιολόγησης της περιποίησης έχουν πέσει σε αχρηστία, εν μέρει επειδή έχουν αποτύχει να προσφέρουν τις πληροφορίες που απαιτούνται ώστε να προσεγγιστούν οι απόψεις τόσο των ασθενών όσο και των νοσηλευτών. Υπάρχουν επίσης πληροφορίες ότι η νοσηλευτική φροντίδα ως δείκτης της ποιότητας συμβιβάζεται σε διάφορα επίπεδα.

Αλλά και πληροφορίες που συγκρούονται για τον τρόπο με τον οποίο οι νοσηλευτές και οι ασθενείς σκέφτονται για την ποιότητα. Η έρευνα που εξετάζει τη σχέση μεταξύ των επιλεγμένων οργανωτικών μεταβλητών και των αντιλήψεων για την ποιότητα έχει διάφορους περιορισμούς. Υποστηρίζουν ότι υπάρχει μια απαίτηση για περισσότερη επικεντρωμένη έρευνα που μελετά τις αντιλήψεις για την ποιότητα και τις διαφορές στην επάνδρωση νοσηλευτών, το μίγμα ικανότητας και την αυτονομία (Currie et al., 2005).

Ο Avedis Donabedian, στο άρθρο του “Evaluating the Quality of Medical Care”, το 2005 κάνει μια προσπάθεια περιγραφής και αποτίμησης των μεθόδων που χρησιμοποιούνται για τον προσδιορισμό του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Επικεντρώνεται στο εξής τρίπτυχο: *δομή-διαδικασίες-αποτελέσματα* και διατυπώνει την γνώμη του σε σχέση με το αν και κατά πόσο, κάθε ένας από τους παραπάνω τομείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τη μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας. Επίσης αναφέρει ότι η ιατρική τεχνολογία δεν αποδίδει πλήρως και η μέτρηση της «επιτυχίας» που μπορεί να επιτευχθεί σε μια συγκεκριμένη περίπτωση, πολλές φορές δεν είναι γνωστή με ακρίβεια. Για το συγκεκριμένο λόγο υποστηρίζει ότι πρέπει να χρησιμοποιούνται συγκριτικές μελέτες των αποτελεσμάτων, κάτω από ελεγχόμενες καταστάσεις.

Παράλληλα αντικείμενο μελέτης του, στο συγκεκριμένο άρθρο αποτελούν οι πηγές και οι μέθοδοι απόκτησης πληροφοριών και δεδομένων που θα συμβάλλουν στην εκτίμηση της

ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τέτοιοι μέθοδοι *είναι οι κλινικοί δείκτες, η απευθείας παρατήρηση των δραστηριοτήτων των γιατρών, καθώς και η μελέτη συμπεριφορών και απόψεων, των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού*. Συχνά όμως, οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση και αποτίμηση της ποιότητας παρουσιάζουν ελλείψεις σε ακρίβεια. Επίσης αναφέρει ότι οι περισσότερες μελέτες για ποιότητα υστερούν στο ότι έχουν υιοθετήσει έναν πολύ στενό ορισμό της ποιότητας και γενικότερα δίνουν ελάχιστη σημασία στην πρόληψη, αποκατάσταση, συντονισμό και συνέχεια της ιατρικής φροντίδας, ή στη διαχείριση των σχέσεων ιατρού ασθενούς. (www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf).

Το Υπουργείο Υγείας του Queensland πραγματοποίησε μια δημοσίευση στο διαδίκτυο μιας μελέτης που έγινε το 1993 σε ένα νοσοκομείο του Σύδνεϋ, στην οποία μετρήθηκε το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και που πραγματοποιήθηκε σε ένα χειρουργικό τμήμα. Εκατό ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν τυχαία στους ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο αποτελούσαν 24 ερωτήσεις που στην πλειοψηφία τους ήταν κλειστές ερωτήσεις. Οι ασθενείς ενημερώθηκαν ότι οι απαντήσεις τους θα παρέμεναν ανώνυμες. Συνολικά τα αποτελέσματα έδειξαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό προσφέρει στους ασθενείς ικανοποιητικές εξηγήσεις και την εκπαίδευση στους περισσότερους τομείς. Ακόμη έκριναν αναγκαίο να αυξηθεί η συμμετοχή τόσο των ασθενών όσο και των οικογενειών τους στο θάλαμο τις περιόδους επικοινωνίας και εκπαίδευσης. Επιπλέον, ένα από τα σημαντικότερα προβλήματα στο θάλαμο είναι το επίπεδο του θορύβου. Υπάρχει μεγάλος αριθμός καταγγελιών των ασθενών σχετικά με το επίπεδο θορύβου του θαλάμου έτσι ώστε να στραφεί το ενδιαφέρον στο συγκεκριμένο πρόβλημα (www.health.qld.gov.au/quality/publications/patients_satisfaction_report.pdf).

Το Υπουργείο Υγείας της Victoria δημοσιοποίησε στο διαδίκτυο μια σχετική έρευνα που έγινε το 1997, στην οποία περιελήφθησαν 92 δημόσια νοσοκομεία στη Victoria. Ο σκοπός της έρευνας ήταν να παρέχει μια ακριβή αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς. Οι συγκεκριμένοι στόχοι της έρευνας για την ικανοποίηση των ασθενών ήταν *η μέτρηση της γενικής ικανοποίησης των ασθενών, η εκτίμηση της γενικής φροντίδας που έλαβαν, η ανατροφοδότηση σε συγκεκριμένες πτυχές της παραμονής τους στο νοσοκομείο που περιλαμβάνει: την αποδοχή του χρόνου παραμονής για την εισαγωγή, την επάρκεια των πληροφοριών στην εισαγωγή, την ευγένεια και επικοινωνία των γιατρών και*

νοσηλευτών, τη διαθεσιμότητα γιατρών και νοσηλευτών, την ευγένεια του μη-ιατρικού προσωπικού, τη συμπόνια όλου του προσωπικού, την καθαριότητα των δωματίων, την αναπνευστική ατμόσφαιρα, την ποιότητα του φαγητού, τα παράπονα για το νοσοκομείο και την προθυμία για επιστροφή στο ίδιο νοσοκομείο.

Υπάρχουν πολλά ισχυρά αποτελέσματα και μερικές περιοχές που προσδιορίζονται για την περαιτέρω βελτίωση. Πολλά αποτελέσματα δείχνουν ότι το περισσότερο προσωπικό που εργάζεται στα Βικτοριανά δημόσια νοσοκομεία εκτελεί τα καθήκοντα του σε πολύ υψηλά επίπεδα.

Οι περιοχές που προσδιορίζονται για την αναθεώρηση ή την πιθανή βελτίωση περιλαμβάνουν την επικοινωνία με νέους ασθενείς (ιδιαίτερα άτομα 18 – 24 ετών), την ενημέρωση στην απαλλαγή, την επικοινωνία με τους ασθενείς χειρουργικών επεμβάσεων μη – έκτακτης ανάγκης για τον πιθανό πόνο, τις διαδικασίες και τα οφέλη της χειρουργικής επέμβασης, την έλλειψη ανάπαυσης στους θαλάμους, το χρόνο αναμονής για την άφιξη των ασθενών και μερική μεταβλητότητα στα πρότυπα καθαριότητας και στα γεύματα.

Υπάρχουν στοιχεία ότι οι επιθυμίες και οι δυνατότητες δεν ταυτίζονται με τις προσδοκίες σε μερικά νοσοκομεία και μπορεί να απαιτήσουν πρόσθετα στοιχεία συμπεριφοράς και εξοπλισμό για βελτίωση. Εντούτοις, αρκετές από τις περιοχές που προσδιορίζονται για τη βελτίωση δεν πρέπει να απαιτήσουν τη σημαντική είσοδο των στοιχείων συμπεριφοράς για να κάνουν τη βελτίωση, ιδιαίτερα στις περιοχές παροχής επικοινωνίας και πληροφοριών. Εάν οι περιοχές για τη βελτίωση που σημειώνεται δράσουν αποτελεσματικά, τα γενικά επίπεδα για την ικανοποίηση των ασθενών είναι πιθανό να αυξηθούν ([www.dhs.Vic.gov.au/ahs/archive/pats at/4.htm](http://www.dhs.Vic.gov.au/ahs/archive/pats%20at/4.htm)).

Ελληνική Βιβλιογραφική Ανασκόπηση

Στη διδακτορική διατριβή με θέμα: «*Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*» πραγματοποιήθηκε μια έρευνα το 1996 με κύριο στόχο, την προσπάθεια κατασκευής μιας έγκυρης και αξιόπιστης κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης

των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες (Μερκούρης, 1996). Τα κύρια αποτελέσματα της παραπάνω έρευνας συμφωνούν με τα δεδομένα της υπάρχουσας βιβλιογραφίας, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως κυριότερους παράγοντες την πληροφόρηση, το περιβάλλον και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Από την άλλη οι ασθενείς του δείγματος εξέφρασαν αρκετή δυσαρέσκεια για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Παράλληλα, οι προσδοκίες τους ήταν ιδιαίτερα χαμηλές, για την πληροφόρηση, την εξυπηρέτηση και το φαγητό και προσπάθησαν να δικαιολογήσουν τη δυσαρέσκειά τους με τη συχνή αναφορά στην έλλειψη προσωπικού, την οποία θεώρησαν ως η κυριότερη πηγή των περισσότερων προβλημάτων.

Σύμφωνα με τους Παπανικολάου και Σιγάλας(1994), στη μελέτη τους: «Η ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτης ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας» έγινε μια προσπάθεια μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Στόχος αυτής της μελέτης ήταν να δημιουργηθεί η κατάλληλη μέθοδος συλλογής πληροφοριών για τους ασθενείς η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο στην εκτίμηση της ποιότητας της νοσοκομειακής περίθαλψης και στον εφοδιασμό των υπεύθυνων των κλινικών και της διοίκησης των Νοσοκομείων με χρήσιμα στοιχεία, όσον αφορά την εφαρμογή προγραμμάτων βελτίωσης ποιότητας. Η περιγραφή ενός βασικού μοντέλου διανομής Νοσοκομειακής Φροντίδας, μίας θεωρίας για τη βελτίωσή του και των τρόπων με τους οποίους οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων Νοσοκομειακών Υπηρεσιών μπορούν να οδηγήσουν στο σχεδιασμό βελτιώσεων αποτελεί σκοπό της έρευνας. Το δείγμα της μελέτης ήταν οι ασθενείς ενός Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών (531 άτομα) και ενός Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης (300 άτομα), με δύναμη σε κρεβάτια 710 και 670 αντίστοιχα. Η όλη έρευνα διήρκεσε τέσσερις εβδομάδες. Επίσης φαίνεται ότι η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών από τα δύο νοσοκομεία, ήταν υψηλού βαθμού για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που δέχτηκαν και μέτριου βαθμού για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Μια εμπειρική μελέτη διεξήγαγαν οι Αντωνοπούλου, Καραμητρόπουλος & Σοφιανός (1991), στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία του Παθολογικού Τομέα του Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης με θέμα «Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών». Η συγκεκριμένη έρευνα έκανε λόγο για την ανοιχτή περίθαλψη και ειδικότερα τη ζήτηση περίθαλψης που παρέχεται από τα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία

των παθολογικών κλινικών του συγκεκριμένου νοσοκομείου. Στόχος της παρούσας έρευνας ήταν, αφενός μεν να αξιολογηθεί η υπάρχουσα κατάσταση αφ' εταίρου δε να ερευνηθούν οι προϋποθέσεις για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών από τα εξωτερικά ιατρεία, σε ημέρες εφημερίας.

Για το σκοπό αυτό, διερευνήθηκαν τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά όσων επισκέπτονται τα εξωτερικά ιατρεία, οι αντιλήψεις των ατόμων για θέματα υγείας, οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής των διάφορων κοινωνικών ομάδων, η επικοινωνία των ομάδων αυτών με το ιατρικό προσωπικό και η σχέση τους με το σύστημα υγείας. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε βάσει ερωτηματολογίων. Το δείγμα αποτέλεσαν 200 άτομα, τα οποία επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του παθολογικού τομέα, σε ημέρες εφημερίας. Σύμφωνα με τα συμπεράσματα, η διαμόρφωση της γνώμης των ασθενών, σχετικά με την υγειονομική περίθαλψη στα εξωτερικά ιατρεία, καθορίστηκε από την επικοινωνία που είχαν με το ιατρικό προσωπικό, και από τους λόγους για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Συγκεκριμένα, τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, έδειξαν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι που οδηγήθηκαν σε αυτό για οικονομικούς κυρίως λόγους, ήταν δυσαρεστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι υπήρχε μια κατηγορία νέων ανθρώπων εξαρτημένων οικονομικά, οι οποίοι δεν είναι ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες περίθαλψης, ιδίως λόγω της σχέσης τους με το προσωπικό. Τα συμπεράσματα της έρευνας οδήγησαν στη διαμόρφωση προτάσεων τρόπων βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών από τα εξωτερικά ιατρεία, τα οποία συνιστούν, στην ουσία, τον προνομιακό δεσμό του νοσοκομείου με το εξωτερικό περιβάλλον.

Μια επίσης έρευνα με σκοπό να εκτιμήσει την ικανοποίηση των χρηστών ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, καθώς να διερευνήσει τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά που σχετίζονται με αυτή έγινε από τους Καμπάντα & Νιάκα, το 2003. Γι' αυτήν χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε ύστερα από τηλεφωνική συνέντευξη. Η ικανοποίηση μετρήθηκε σε τρεις

βασικές διαστάσεις, που περιελάμβαναν την υποδομή και τις διοικητικές διαδικασίες, τις ιατρικές-παραϊατρικές υπηρεσίες (κλινικό έργο) και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ίδιους.

Από τα 272 άτομα του δείγματος, δέχτηκαν να συμμετάσχουν 250 (ποσοστό συμμετοχής 92%). Η ικανοποίηση των χρηστών ήταν υψηλή στους τομείς των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών και της υποδομής και ακόμη περισσότερο, στο κλινικό έργο. Όσον αφορά το επίπεδο υγείας του ασθενούς, αυτό βελτιώθηκε αρκετά μετά τις επισκέψεις στο κέντρο. Στατιστικά σημαντικές διαφορές ως προς το βαθμό ικανοποίησης υπάρχουν μόνο σε δύο μεταβλητές, τον τόπο διαμονής (όσοι διέμεναν στην ύπαιθρο είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης) και το επίπεδο εκπαίδευσης των χρηστών (τα άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης είχαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης). Επίσης, η ικανοποίηση σε σχέση με το κλινικό έργο έδειξε να έχει θετική συσχέτιση με το αποτέλεσμα της υγείας, όπως το αντιλαμβάνονταν οι ασθενείς. Οι ερευνητές αυτοί, πρόσθεσαν ακόμη ότι η εκτίμηση της γνώμης των χρηστών είναι δυνατό να γίνει με τη χρήση τηλεφωνικής συνέντευξης, η οποία μπορεί να προσφέρει μια ποικιλία στοιχείων με χαμηλό κόστος. Επίσης ότι η μέθοδος αυτή είναι πιθανό να αποτελέσει έναν από τους παράγοντες αξιολόγησης, τόσο των διοικούντων, όσο και των επαγγελματιών του συστήματος υγείας.

Ο σκοπός μιας άλλης ερευνητικής προσπάθειας που έγινε σε ένα Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας ήταν να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες (Νιάκας & Γαρδέλης, 2000). Ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με δημογραφικά- κοινωνικά στοιχεία, δινόταν στους ασθενείς κατά την έξοδο τους και έπειτα επιστρεφόταν, από όσους το επιθυμούσαν συμπληρωμένο μέσω ταχυδρομείου. Συγκεντρώθηκαν 300 πλήρη ερωτηματολόγια, ένα μέγεθος δείγματος ικανοποιητικό, αφού αντιπροσώπευε το 1% των νοσηλευθέντων ασθενών για ένα χρόνο. Η έρευνα έδειξε ότι οι χρήστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών ήταν ικανοποιημένοι από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο ικανοποιημένοι με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες που προσφέρει το νοσοκομείο, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με την συμβολή μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης.

Μια άλλη έρευνα πραγματοποιήθηκε το 1994 από τους Κυριόπουλο και Γεωργούση σε δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας. Η έρευνα αποσκοπούσε στο να αναδείξει πλευρές των

νοσοκομειακών υπηρεσιών που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και ταυτόχρονα να συμβάλει στην ανάδειξη τέτοιων μετρήσεων ως χρήσιμων διαδικασιών καθημερινής χρήσης, ώστε με τις πληροφορίες που παρέχονται να παρακινούν τα διευθυντικά στελέχη για βελτίωση της ποιότητας των φροντίδων. Η έρευνα στηρίχθηκε σε ερωτηματολόγιο, το οποίο λήφθηκε ταυτόχρονα σε τυχαίο δείγμα νοσοκομειακού πληθυσμού 583 ατόμων από 17 νοσοκομεία της επικράτειας. Το ερωτηματολόγιο με 24 ερωτήσεις ήταν ανώνυμο και κλειστού τύπου. Από την έρευνα προέκυψε ότι ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών διαφοροποιείται στα διάφορα διαμερίσματα της χώρας και επίσης διαφοροποιούνται οι διάφορες συνιστώσες των νοσοκομειακών υπηρεσιών στο ιατρικό, νοσηλευτικό, ξενοδοχειακό και διοικητικό επίπεδο. Είναι αξιοσημείωτο ότι επιβεβαιώθηκαν εμπειρικές διαπιστώσεις σχετικά με το χαμηλό δείκτη ικανοποίησης σε βασικές λειτουργίες του νοσοκομείου, όπως για παράδειγμα η κατάσταση του θαλάμου, η διατροφή, η καθαριότητα, η επικοινωνία, η οργάνωση κ.α., ενώ ο δείκτης από τις ιατρικές και νοσηλευτικές-θεραπευτικές υπηρεσίες είναι υψηλού βαθμού.

Τέλος ο Σουλιώτης και συν. (2002), διερεύνησαν το εξής θέμα : “Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών” που έγινε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών, στην περιοχή της Αθήνας. Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα προβλήματα που υπάρχουν και σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Συμπερασματικά, φαίνεται πως τα ευρήματα της έρευνας μας συμφωνούν με τα ευρήματα των άλλων ερευνών που αναφέρονται στη βιβλιογραφική ανασκόπηση σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και τις διαπροσωπικές σχέσεις και λιγότερο ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση, την εκπαίδευση και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών (εξυπηρέτηση με δραστηριότητες της καθημερινής ζωής, χρόνο για ξεκούραση, θόρυβο, φαγητό).

ΚΕΦ. 11: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι ασθενείς που συμμετείχαν στην παρούσα έρευνα ήταν στην πλειοψηφία τους γυναίκες, με μέσο όρο ηλικίας τα 49 έτη, απόφοιτοι δημοτικού, οι οποίοι κατοικούσαν σε χωριό, με μέση διάρκεια παραμονής στο νοσοκομείο τις τέσσερις ημέρες και κατά το πλείστον στη χειρουργική κλινική, χωρίς να αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα υγείας και γνωρίζοντας αρκετά για το πρόβλημα υγείας τους.

Από την στατιστική ανάλυση που προηγήθηκε καταλήξαμε στο συμπέρασμα ότι γενικά οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα έμειναν σε πολύ και πάρα πολύ μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από τη νοσηλευτική φροντίδα. Επίσης, χαρακτήρισαν την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία ως καλή. Ως εκ τούτου, δεν προξενεί μεγάλη έκπληξη το γεγονός ότι αφενός οι ασθενείς θα ήθελαν να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό αν ξαναχρηαστούν νοσηλευτική φροντίδα και αφετέρου ότι θα συνιστούσαν το τμήμα ή την κλινική σε άλλους σκεπτόμενοι το νοσηλευτικό προσωπικό.

Η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας σύμφωνα με τον Avedis Donabedian, διακρίνεται σε τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine)
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine)
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities)

Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του ασθενούς. Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, στη συμπεριφορά τους, δηλαδή, απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών. Το τρίτο μέρος, αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις. Σύμφωνα με την Risser (1975), η ικανοποίηση των ασθενών από τη

νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. Η υψηλή θέση που καταλαμβάνει, η ικανοποίηση από την τεχνική πλευρά της νοσηλείας μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στη μεγάλη έμφαση που δίνει το σύστημα εργασίας στην τεχνική πλευρά της φροντίδας. Είναι όμως δυνατό να αποδοθεί στην έλλειψη ειδικών γνώσεων ή και στον φόβο των ασθενών λόγω της εξάρτησής τους από το προσωπικό.

Ο Vuori (1987) όπως αναφέρθηκε και παραπάνω ήταν εκείνος που διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε στα εξής συμπεράσματα:

- οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας
- οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις
- η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν επιτρέπει στους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τί συμβαίνει
- διαφορά στόχων μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών
- η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα αλλά και από τα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών

Αναφορικά με τους παράγοντες εκείνους που επηρέαζαν το επίπεδο ικανοποίησης που ένιωθαν, ο τόπος διαμονής τους δεν επηρέαζε την ικανοποίηση που αποκόμιζαν από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρέχονταν. Το φύλο επηρέαζε αφενός το αν οι ασθενείς θα συνιστούσαν το συγκεκριμένο τμήμα ή κλινική σε συγγενείς ή φίλους τους, σκεπτόμενοι το νοσηλευτικό προσωπικό και αφετέρου την άποψη που είχαν για την αποτελεσματικότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από τα δημόσια νοσοκομεία εν γένει. Από την άλλη, η ηλικία των ασθενών επηρέαζε την ικανοποίησή τους από την πληροφόρηση που δέχτηκαν από το νοσηλευτικό προσωπικό την πρώτη μέρα που προσήλθαν στο θάλαμο σχετικά με τον προσανατολισμό στη μονάδα, καθώς και από το σεβασμό που τους επέδειξε το νοσηλευτικό προσωπικό. Το επίπεδο εκπαίδευσης των ασθενών επηρέαζε από τη μία την ικανοποίησή

τους από τη βοήθεια που τους παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό για τις καθημερινές τους ανάγκες και από την άλλη την ικανοποίησή τους από την επιλογή του φαγητού.

Μετανάλυση δημοσιεύσεων πριν το 1989, των Hall & Dornan, κατέληξαν ότι τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά είναι τα καλύτερα δευτερεύοντα προγνωστικά στοιχεία για την ικανοποίηση. Η εθνικότητα είναι ίσως, ένα από τα πιο πολύπλοκα χαρακτηριστικά. Οι δυσκολίες στη γλώσσα από έρευνες τις δεκαετίες '70-80 ορίστηκε ως πρόβλημα κλειδί με το υγειονομικό προσωπικό. Οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις ορισμένων μεταναστευτικών ομάδων π.χ. η εξέταση μουσουλμάνων γυναικών από άντρες ιατρούς επηρέαζε ιδιαίτερα αρνητικά την αξιολόγηση των συγκεκριμένων χρηστών (Sitzia,1997). Οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές είναι υπεύθυνοι για μια σειρά από λάθη (bias) που κάνουν την ικανοποίηση, ως εργαλείο ακόμη πιο περίπλοκη. Συχνά, απαντούν στο ερευνητή αυτόν που νομίζουν ότι θα είναι πιο αποδεκτό από εκείνον να ακούσει (social desirability response bias), θέλουν να γίνουν ευχάριστοι στον ερευνητή ιδιαίτερα, αν προσβλέπουν με κάποιο τρόπο ότι θα μπορούσαν να ωφεληθούν από υπηρεσίες υγείας (ingratiating response bias, self-interest bias) (Sitzia,1997).

Ο R. Fitzpatrick αναφέρει ότι η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες (Θεοδοσοπούλου & Ραφτόπουλος, 2002).

Η σοβαρότητα της κατάστασης της υγείας των ασθενών επηρέαζε το πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονταν από τη βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για τις καθημερινές ανάγκες τους, αλλά και την επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούσαν τις νοσηλευτικές διαδικασίες και πράξεις. Επίσης, το πόσο σοβαρή έκριναν οι ερωτηθέντες την κατάσταση της υγείας τους επηρέαζε την άποψή τους για το φαγητό και πιο συγκεκριμένα την ποιότητα, την επιλογή και τη θερμοκρασία του φαγητού. Επιπρόσθετα, αυτός ο παράγοντας σχετίζεται σημαντικά με την άποψη που εξέφρασαν οι ερωτηθέντες ότι θα ήθελαν να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό αν χρειαστούν ξανά νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και την

άποψή τους για την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία.

Η ικανοποίηση των ασθενών από τα μέτρα που έλαβε το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου επηρεαζόταν σε μεγάλο βαθμό από τη διάρκεια παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Τέλος, βρέθηκε ότι και το τμήμα στο οποίο παρέμεναν οι ασθενείς επηρέαζε το επίπεδο ικανοποίησής τους και πιο συγκεκριμένα σχετιζόταν σημαντικά με το επίπεδο ικανοποίησης από την πληροφόρηση των συγγενών τους από το νοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και από γεγονός ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ζητούσε την άδειά τους για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετική με τη φροντίδα.

Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον επαγγελματία υγείας αφορούν: α) στην ποιότητα και στην ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και β) στο ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή (Αναγνωστόπουλος & Παπαδάτου,1999).

Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας επιδρά στη διαμόρφωση των σχέσεων επαγγελματία υγείας – αρρώστου και της συνακόλουθης άσκησης διαφοροποιημένων ρόλων μεταξύ τους. Είναι εμφανής και κοινά αποδεκτή η σημασία που έχει για τον άρρωστο και την υποκειμενική του ευεξία, η ενημέρωση του σχετικά με την αρρώστια που εκδηλώνει.

Με βάση τα αποτελέσματα της έρευνας προτείνονται τα εξής:

1. Να δοθεί μεγαλύτερη έμφαση στην ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ο άρρωστος γιατί αποτελεί, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθίσταται στη σχέση τους με τη θεραπευτική ομάδα. Οι επαγγελματίες υγείας, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, ιδίως όταν πρόκειται για τα «κακά – άσχημα νέα», είτε γιατί, πιθανόν, να διατηρήσουν τον

έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του. Η περιορισμένη, συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη θεραπευτική διαδικασία.

2. Είναι ηθικά και νομικά μη παραδεκτή η καταπάτηση των δικαιωμάτων του ασθενούς. Η υιοθέτηση μιας νέας αντίληψης στην διαδικασία της φροντίδας υγείας, προϋποθέτει την αντιμετώπιση του ασθενούς ως ισότιμου συνεργάτη στην διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας, αναγνωρίζοντας το δικαίωμά του να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του βοηθώντας τον και ενημερώνοντας τον για τους ποικίλους τρόπους προαγωγής της υγείας του, αφού πρώτα έχει κατανοήσει ο ίδιος την κατάσταση της υγείας του.
3. Η σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι προφανής. Είναι όμως ανάγκη, οι νοσηλευτές να αναπτύξουν εργαλεία μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες με επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες και να δημοσιεύσουν τα αποτελέσματα. Θα δοθεί με αυτόν τον τρόπο η δυνατότητα συνεχούς μελλοντικής αξιολόγησης και βελτίωσής τους, που θα έχει ως αποτέλεσμα την συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων πληροφοριών οι οποίες θα βοηθήσουν στη βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών και στην ανάδειξη της μοναδικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.
4. Πρέπει να καθιερωθεί σε όλο το σύστημα υγείας η αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, με μετρήσεις του αποτελέσματος της φροντίδας σε τακτά χρονικά διαστήματα σε κάθε νοσοκομείο οι οποίες να αντανakλούν, όχι μόνο τις απόψεις των λειτουργών υγείας αλλά και των ασθενών.
5. Πρέπει να γίνει αλλαγή του μοντέλου θεώρησης και προσέγγισης του αρρώστου από το βιοϊατρικό πρότυπο στο βιοψυχοκοινωνικό πρότυπο. Κατά το βιοϊατρικό πρότυπο ως αρρώστια αξιολογείται μόνο ότι σχετίζεται με την πρωταρχική βιολογική διαταραχή. Οι αντιλήψεις του ασθενούς για την πάθηση του παρουσιάζουν ελάχιστο ενδιαφέρον για τον ιατρό που προτιμά να αποπροσωποποιεί τη σχέση του με τον ασθενή. Ο ασθενής παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Δεν φέρει ευθύνη για την αρρώστια του ούτε συμμετέχει ενεργά στην αποκατάσταση της υγείας

του. Καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί. Η σχέση που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας είναι μονόδρομη και άνιση.

6. Να γίνει προσπάθεια να βελτιωθούν οι ξενοδοχειακές υπηρεσίες και πιο συγκεκριμένα να βελτιωθεί το φαγητό και να δοθούν κάποιες επιλογές, καθώς επίσης και να ληφθούν μέτρα για τον περιορισμό του θορύβου.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ.(1999) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.177- 178, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
2. Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ.(1999) Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας, σελ.178-179, Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.
3. Αντωνοπούλου, Λ., Καραμητρόπουλος, Δ., Σοφινός, Ε.(1991) «Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών», Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος-Δεκέμβριος, σελ.50-53.
4. Βογιατζάκη, Ε., Κουτσιπετσιδής, Β., Λαμπράκη, Μ. (2008) Πτυχιακή εργασία : Σύγκριση των απόψεων των ασθενών και του νοσηλευτικού προσωπικού για την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα χειρουργικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. Ηράκλειο. Διατίθεται στον ιστότοπο: <http://nefeli.lib.teicrete.gr/browse/seyp/nos/2008/VogiatzakiEirini/attached>
5. Γαβριήλ, Ε., Κωστή, Θ., Ψαράκη, Ε. (2003) Πτυχιακή εργασία: «Βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα σε όλα τα νοσοκομεία της Κρήτης». Ηράκλειο.
6. Θεοδώρου, Μ. (1992) Ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, 3:1, 41-47.
7. Θεοφανόπουλος, Π. (1994) Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: πρόκληση ή ουτοπία, και η ελληνική κατάσταση. Πρακτικά Συνεδρίου “Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας”, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ.31-38. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
8. ISO 9001:2000, “Ελληνικό Πρότυπο ΕΛΟΤ”.
9. Κρητικός, Α. (2004-2005) Διπλωματική διατριβή: Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Μια θεωρητική προσέγγιση. Ιωάννινα. Διατίθεται στον ιστότοπο: http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakesspoudes/themata_diatribvn.

10. Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Μώκου, Ν., Σωμαράκη, Μ.(1990) Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας. *Ιατρικό Βήμα*,19–27.
11. Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε.(1994) Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα. σελ 22, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.
12. Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής Χ.Γ., Ζήμερας, ΣΤ. (2006) Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες χρηστών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6):603–614.
13. Λιακοπούλου, Ε. (2008) Διπλωματική διατριβή: Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Ιωάννινα. Διατίθεται στον ιστότοπο http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakesspoudes/ergasies%20Msc/2006_07/liakopoulou/liakopoulou.
14. Λογοθέτης, Ν. (1992) Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC, Εκδ. TQM Hellas Ltd, Interbooks, Αθήνα.
15. Μερκούρης, Α. (1996) Διδακτορική διατριβή: Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, Αθήνα.
16. Μερκούρης, Α., Ανδρεάδου, Α., Παπασταύρου, Ε., Αθηνή, Ε., Χατζημπαλάση, Μ., Ροβίθης, Μ., Λεμονίδου, Χ., Πατηράκη, Ε. (2011) Ερευνητική εργασία: Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από την Νοσηλευτική Φροντίδα στα Παθολογικά Τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Κύπρο. *Νοσηλεία και έρευνα*, 29:11-16.
17. Νιάκας, Δ., Γαρδέλης, Χ. (2000) Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας, *Ιατρική*,77(5):464-470.
18. Νταμπάκη, Χ.(2008) Διπλωματική εργασία: Η ικανοποίηση των πελατών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
19. Οικονομοπούλου, Χ. (2002) Εκπαιδευτικές σημειώσεις, Ποιότητα.
20. Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ.(2008) Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 25(1):73-82.
21. Παπανικολάου, Β. (1995) Ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή της Ολικής Ποιότητας και της συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:4, 4.

22. Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995) Η ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248-256.
23. Παπανικολάου, Β., Σιγάλας, Ι. «Η ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα «Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας».
24. Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημανοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι. (2005) Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22:284–295.
25. Σιγάλας, Ι. (1999) ‘‘Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου ‘‘Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις’’, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.
26. Σιγάλας, Ι. (1999) Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου ‘‘Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.
27. Σιώμοκος, Ι. (2002) Συμπεριφορά καταναλωτή και στρατηγική μάρκετινγκ, 2^η έκδοση. Αθ. Σταμούλη, Αθήνα.
28. Σουλιώτης, Κ., Δουλγεράς, Α., Κοντός, Δ., Οικονόμου, Χ. (2002) Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών, πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 14(3):114-118.
29. Τούντας, Γ., Λοπαταντζίδης, Θ., Χουλιάρα, Λ. (2003) Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20:497–503.
30. Τούντας, Γ. (2003) Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532-546.
31. Τσαγρής, Β. (2006) Διπλωματική εργασία: Η στάση των επαγγελματιών υγείας απέναντι σε θέματα ποιότητας υπηρεσιών υγείας - Πρόκληση ή απειλή;, Πάτρα.
32. Τσιότρας, Γ. (1995) Βελτίωση ποιότητας, Εκδ. Ευγ. Μπένου, Αθήνα.

ΛΙΘΟΝΗΣ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

33. Al-Kandari, F. Ogundeyin, W.(1998) <<Patients' and nurses' perceptions of the quality of nursing care in Kuwait>> *Journal of Advanced Nursing*, Volume 27, Number 5, May, pp. 914-921(8).
34. Angelopoulou, Penelope., Kangis, Peter. Babis, George.(1998) "Private and public medicine: a comparison of quality perceptions", *International Journal of Health Quality Assurance*.
35. Babacus, E., & Mangold, W.G. (1992) Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Services Research*, 26(2), 767-786.
36. Barbour, Rs.(1999) The case of combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *J Health Serv ResPolicy*, 4:39-43.
37. Bond, S. and Thomas, L. (1992) Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17: 52-63.
38. Bowling, A. (1992) Assessing health needs and measuring patient satisfaction. *Nursing Times*, Occasional Paper, 88(31): 31-34.
39. Brook C. (1999) "Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives", *International journal for Quality in Health Care*.
40. Carte, S. and Nowad, L. (1988) Is nursing ready for consumerism? *Nursing Administration Quarterly*, 12(3): 74-78.
41. Cleary, P. and McNeil, B.J. (1988) Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25: 25-36.
42. Concato, J. Feinstein, A. (1997) Asking patients what they like: Overlooked attributes of patients satisfaction with primary care.*Am J Med*, 102:399-406.
43. Crow, R., Cage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A. Storey, L. (2003) *The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature*. Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme, Southampton, UK, 13.
44. Deming, WE.(1986) *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.

45. Donabedian, A. (1980) *Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment*. USA: Health Administration Press, University of Michigan.
46. Donabedian, A. (1982) *Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
47. Donabedian, A. (1988) The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260 (12): 1743-1748.
48. Donabedian, A. (1996) "Quality improvement through monitoring health care", Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care, Seoul, 29 March.
49. Donabedian, A. (1997) The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J*, 11:1145–1150.
50. Donelan, K. Blendon, R. et.al. "The costs of health system change: public discontent in five nations".
51. Evans R. James, Lindsay M. William (2002) "The Management and Control of Quality", Cincinnati, USA.
52. Eriksson, K. (1997) Understanding the world of the patient, the suffering human being – the new clinical paradigm from nursing to caring. *Advanced Practice Nursing Quarterly*, 3: 8-13.
53. Fitzpatrick, R. (1991) Surveys on patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
54. Freeman, R.(1998) "Competition in context: the politics of health care reform in Europe", *International Journal for Quality in Health Care*.
55. Furse, D. H., Burcham, M. R., Rose, R. L., & Oliver, R. W. (1994) Leveraging the value of customer satisfaction information. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 16-20.
56. Greeneich, D.S., Long, C.O. and Miller, B.K. (1992) Patient satisfaction update: research applied to practice. *Applied Nursing Research*, 5(1): 43-48.
57. Hall, J.A. and Dornan, M.C. (1988) What the patients like about their care and how often they are asked: a meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science and Medicine*, 27: 935-939.
58. Harpole, L., Orav, E., Hickey, M., Posther, K. Brennan, T.(1996) Patient satisfaction in the ambulatory setting. *J Gen Intern Med*, 11:431–434.

59. Hendriks, A.A., Oort, F.J., Vrieling, F.M.A., Smets, E.M.A. (2002) “Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire”, Department of Medical Psychology.
60. Hudson, B.C. (1990) Free speech, not lip service. *Health Services Journal*, 100(5206): 918-919.
61. Joint Commission for Accreditation of Healthcare Services (2000), and acronyms for the area of reform, Chicago.
62. Juran, J.M. Gryna, F.M.(1988) Juran’s Quality Control Handbook. 4th ed. Mc Graw-Hill, New York.
63. Kano, N. (1984) Attractive quality and must be quality. *Hinshitsu (Quality)*, 14:147–156 (in Japanese)
64. Khayat, K. and Salter, B.(1994) Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 44:215–219
65. Kotler, P.(2000) Μάρκετινγκ Μάνατζμεντ, 9η έκδοση. Interbooks, Αθήνα.
66. Leila Moret 1,2, Jean-Michel Nguyen 1, Christelle Volteau 1, Bruno Falissard 2, Pierre Lombraill 1 and Isabelle Gasquet 2,3 Leila Moret 1, 2, Jean-Michel Nguyen 1, Christelle Volteau 1, 2, Bruno Falissard, Pierre Lombraill 1 and Isabelle Gasquet (2007) <<Proof not linear effect of age of patients for their satisfaction for the hospital care>>, *International Journal for Quality Health Care* and 19 (6): 382-389 · doi: 10.1093/intqhc/mzm041.
67. Levois, M., Nguyen, Td. and Attkisson, Cc. (1981) Artifact in client satisfaction assessment: Experience in community mental health settings. *Evaluation and Program Planning*, 4:139–150
68. Ley, P.(1972) Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature. *Bull Br Psychol*, 25:115–120.
69. Loewy, E.H. (1990) *Commodities, needs and health care : a communal perspective*. In Jensen U.J., Mooney G. eds. *Changing values in Medical and Health Care Decision Making*. New York: John Wiley & Sons.
70. Magi, M. and Allander, E. (1981) Towards a theory of perceived and medically defined need. *Sociology of Health and Illness*, 3: 49-71.
71. Megivern, K., Halm, M. and Jones, G. (1992) Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality*, 6(4): 9-24.

72. Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara V & Lemonidou C. (1999) Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Nurs manage* 7(2): 91-100.
73. Merkouris, A., Ouzounidou, A., Moudieridou, D., Roumbi, M., Sougris, P., Lemonidou, C. (2001) Assessment of medical and surgical patients' satisfaction with nursing care in a general hospital. *Nosileftiki* 3: 74-84.
74. Merkouris, A., Papathanasoglou E.D., et al.(2004) Evaluation of patient satisfaction with nursing care: quantitative or qualitative approach ? *Int J Nurs Stud*41 (4): 355-367.
75. Merkouris, A.(2008) *Nursing Management*. Athens, Ellin.
76. Messner, E.R. (2005) Quality of care and patient satisfaction the improvement efforts of one emergency department. *Top Emergency Medicine*, 27: 132-41.
77. Meterko, M., Nelson, E., Rubin, H. (1990) Patient judgments of hospital quality. *Medical Care*, **28**(9): S1-S27.
78. Moret, L., Nguyen, J.M., Pillet, N., Falissard, B., Lombrail, P., Gasquet. (2007): Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research*, 7: 197.
79. Muayyad, M., Ahmad, Jafar, A Alasad (2004) Predictors of patients' experiences of nursing care in medical-surgical wards, *International Journal of Nursing Practice* Volume 10 Issue 5 Page 235-241, October.
80. Nelson, E. C. (1992) Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance. *Journal of Health Care Marketing*, 12(4), 6-12.
81. Office of Technology Assessment, OTA. (1988) Patients' assessments of their care. *The quality of medical care: Information for consumers*, (OTA Publication No. OTA-H386). Washington, DC: U. S. Government Printing Office.
82. Ovretveit, J. (2004) "Formulating a health quality improvement strategy for a developing country – *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
83. Parasuraman, A., Zeithaml, V. A., Berry, L. L. (1985) A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
84. Peters, D. A. (1993) Improving quality requires consumer input: Using focus groups. *Journal of Care Quality*, 7(2), 34-41.

85. Rao, K.D., Peters, D.H., Bandeen-Roche, K. (2006) Toward patient-centered health services in india—a scale to measure patient perceptions of quality. *International Journal for Quality in Health Care*, 18: 414–21.
86. Rhee, K., Allen, R. Bird, J.(1998) Telephone vs mail response to an emergency department patient satisfaction survey. *Acad Emerg Med*, 5:1121–1123
87. Riitta, Suhonen., Helena, Leino-Kilpi. (2004) Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: A literature review, *Patient Education and Counseling* Volume 61, Issue 1, April, Pages 5-15.
88. Risser, N.L. (1975) Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*,24(1): 45-52.
89. Robert, J., Minah, K. Benson, J.(2000) The public versus the World Health Organization on health system performance, *Health Affairs*, vol 20, no 3, May-June 2001. Eurobarometer 52.1 (1999); US and Canada data from Harvard School of Public Health.
90. Ross, C., Frommelt, G., Hazelwood, L., Chang, R. (1994) The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed) *Health care marketing: A foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD, Aspen, :55–69
91. Schulmeister, L., Quiett, K., Mayer, K. (2005) Quality of life, quality of care, and patient satisfaction: Perceptions of patients undergoing outpatient autologous stem cell transplantation. *Oncology of Nursing Forum*, 32: 57-67.
92. Sitzia, J., Wood, N. (1997) Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Soc Sci Med* 1997, 12:1829–1843
93. Smith, C. (1992) Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3): 171-177.
94. Susman, J. (1994) “Assessing consumer expectations and patient satisfaction”, University of Nebraska.
95. Vuori, H. (1987) Patient satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3): 106-108.
96. Walker, A. Restuccia, J. (1984) Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: Mail versus telephone. *Health Serv Res*, 19:291–306
97. Waltz, Cf., Strickland, Ol. Lenz, Er. (1991) *Measurement in nursing research*. FA Davis Co, Philadelphia.

98. Ware, J., Snyder, M., Wright, R., Davies, A. (1983) Defining and measuring patient satisfaction with medical care. *Evaluation and Program Planning*, 6:247–263.
99. Willard, L.D. (1982) Needs and Medicine. *Journal of Medical Philosophy*, 7: 259-274.
100. Zahrlk, William, Sg. El- Harad A. (1991) Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt. *Int J Nurs Stud*, 28:337–342.
101. Zineldin, M. (2006) The quality of health care and patient satisfaction: an exploratory investigation of the 5Qs model at some Egyptian and Jordanian medical clinics. *International Journal for Quality in Health Care*, 19: 60–99.

ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

102. <http://www.cyna.org/16thx/one.pdf>
103. [www.dhs.Vicgov.au/ahs/arhive/pats at/4.htm](http://www.dhs.Vicgov.au/ahs/arhive/pats%20at/4.htm)
104. [www.health.qld.gov.au/quality/publications/patients satisfaction report.pdf](http://www.health.qld.gov.au/quality/publications/patients%20satisfaction%20report.pdf)
105. www.milbank.org/quarterly/830416donabedian.pdf
106. http://www.sseh.gr/Journal/pdfs/2007/2007_24_2_268.pdf

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Ημερομηνία: 10.5.2011

ΠΡΟΣ: Πρόεδρο Δ.Σ. Γενικού Νοσοκομείου Σπάρτης
Επιστημονικό Συμβούλιο

ΘΕΜΑ: ΑΙΤΗΣΗ ΕΚΠΟΝΗΣΗΣ ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Παρακαλώ όπως μου χορηγήσετε σχετική άδεια προκειμένου να υλοποιήσω την ερευνητική μελέτη με θέμα: **Η ικανοποίηση του χειρουργικού ασθενούς : δείκτης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας»**

Η παρούσα μελέτη εκπονείται στο πλαίσιο του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου ‘‘Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων’’ και τα αποτελέσματά της θα συμπεριληφθούν στη διπλωματική μεταπτυχιακή μου εργασία. Η τριμελής επιτροπή αποτελείται από την Δρ Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (επιβλέπον μέλος ΔΕΠ), τον Δρ Παναγιώτη Πρεζεράκο, Επίκουρο Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου και τον Δρ Θεοφάνη Φώτη, Λέκτορα (υπό διορισμό) Τμήματος Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Στο νοσοκομείο σας τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων θα γίνει από εμένα την ίδια. Η διαδικασία συμμετοχής στην έρευνα θα περιλαμβάνει την εθελοντική και ανώνυμη συμμετοχή στη συμπλήρωση ενός ανώνυμου ερωτηματολογίου με την φυσική παρουσία της

ερευνήτριας. Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων είναι αυστηρά απόρρητες.

Επιπλέον σημειώνεται ότι το νοσοκομείο δεν θα επιβαρυνθεί οικονομικά και οι συμμετέχοντες στη μελέτη θα συνεισφέρουν εθελοντικά.

Στη διάθεσή σας για οποιοδήποτε διευκρινιστικό στοιχείο.

Με εκτίμηση,

Γεωργία Γιαννακοπούλου

Νοσηλεύτρια Γ.Ε. Χειρουργικής Κλινικής ΓΝ Σπάρτης

Επισυνάπτονται:

- Ερωτηματολόγιο
- Άδεια εκπόνησης μελέτης

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ (MPSS)

Θα ήθελα αφού σκεφθείτε τη φροντίδα που παρέχεται στο τμήμα που νοσηλεύεστε (σε εσάς ή / και σε άλλους ασθενείς) να μας πείτε την απάντηση που εκφράζει καλύτερα το βαθμό της ικανοποίησής σας με βάση την ακόλουθη κλίμακα:

Καθόλου ικανοποιημένος 1	Λίγο ικανοποιημένος 2	Αρκετά ικανοποιημένος 3	Πολύ ικανοποιημένος 4	Πάρα πολύ ικανοποιημένος 5
--------------------------------	-----------------------------	-------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

1. Βοήθεια για τις καθημερινές ανάγκες. Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος.	1	2	3	4	5
2. Νοσηλευτικές διαδικασίες ή πράξεις. Όπως: χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, φλεβοκεντήσεις, αλλαγή ορών, περιποίηση πληγών ή τραυμάτων, αλλαγή επιδέσμων κ.τ.λ. Βαθμολογήστε αναφορικά με: <i>α. την επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω διαδικασίες ή πράξεις.</i>	1	2	3	4	5
<i>β. τη συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω διαδικασίες ή πράξεις.</i>	1	2	3	4	5
3. Ανακούφιση του πόνου. Εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου, (π.χ. αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον ασθενή, αλλαγή θέσης, χορήγηση φαρμάκων, κ.τ.λ.).	1	2	3	4	5
4. Πληροφόρηση. Πληροφόρηση από το νοσηλευτικό προσωπικό: <i>α. για τον προσανατολισμό στη μονάδα, στο τμήμα την πρώτη μέρα που ο ασθενής έρχεται στο θάλαμο (χώρος, ρουτίνα, κουδούνι).</i>	1	2	3	4	5
<i>β. για τις διαγνωστικές και θεραπευτικές διαδικασίες (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα).</i>	1	2	3	4	5
<i>γ. των συγγενών ή άλλων κοντινών προσώπων του ασθενούς (π.χ. για</i>	1	2	3	4	5

τον ασθενή και τι περιμένει από αυτούς).					
5. Εκπαίδευση - Οδηγίες. Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για την απαιτούμενη φροντίδα, τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο από αυτό.	1	2	3	4	5
6. Ανταπόκριση - ταχύτητα.					
α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα για βοήθεια (κουδούνι - σήμα).	1	2	3	4	5
β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να βοηθήσει.	1	2	3	4	5
7. Διαθέσιμος χρόνος. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για τη φροντίδα, σε σχέση με εκείνον που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός.	1	2	3	4	5
8. Συνέχεια νοσηλευτικής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια γνωρίζει την κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς.	1	2	3	4	5
9. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο.					
α. εφαρμογή μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για μείωση του θορύβου (από άλλους ασθενείς, επισκέπτες, προσωπικό).	1	2	3	4	5
β. επιλογή από το νοσηλευτικό προσωπικό της κατάλληλης ώρας ή επιλογή από τον ασθενή της ώρας για το πρωινό ζύπνημα	1	2	3	4	5
10. Καθαριότητα χώρων.					
α. δωματίου	1	2	3	4	5
β. κοινόχρηστων χώρων	1	2	3	4	5
11. Φαγητό.					
α. ποιότητα	1	2	3	4	5
β. επιλογή φαγητού (ικανοποίηση προσωπικών προτιμήσεων)	1	2	3	4	5
γ. θερμοκρασία	1	2	3	4	5
δ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος	1	2	3	4	5
ε. βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό	1	2	3	4	5
12. Ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού.	1	2	3	4	5
13. Σεβασμός. Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που	1	2	3	4	5

δείχνει σεβασμό (π.χ. τρόπος ομιλίας, προστασία της έκθεσης του σώματος, σεβασμός της διαφορετικότητας κ.τ.λ.)					
14. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει στους ασθενείς για να συζητήσει, να ακούσει, να κατανοήσει τα προβλήματά τους και να συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές τους.	1	2	3	4	5
15. Προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες (π.χ. ώρα φαγητού, καθαριότητας, επισκεπτηρίου κ.τ.λ.)	1	2	3	4	5
16. Συμμετοχή στη φροντίδα. α. ευκαιρίες που σας δίνει το νοσηλευτικό προσωπικό για να αποφασίσετε για τη φροντίδα σας.	1	2	3	4	5
β. το νοσηλευτικό προσωπικό ζητά την άδεια του ασθενούς για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε διαδικασία ή πράξη σχετική με τη φροντίδα	1	2	3	4	5
17. Επαγγελματισμός του νοσηλευτικού προσωπικού.	1	2	3	4	5
18. Αποτελεσματικότητα. Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος είσαστε από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας σας.	1	2	3	4	5

Στη συνέχεια σας παρακαλούμε να συμπληρώσετε και τις παρακάτω γενικές πληροφορίες:

Νοσοκομείο Τμήμα:

Ηλικία:.....(έτη). Ημέρες νοσηλείας:

Φύλο: άντρας γυναίκα ~~Άλλο~~ μόνιμης κατοικίας: πόλη χωριό

Μορφωτικό επίπεδο: δημοτικό τεχνολογικό ανώτατο

Πόσο σοβαρή θεωρείτε την κατάστασή σας: καθόλου λίγο

Για το πρόβλημα της υγείας μου γνωρίζω: τίποτα λίγο

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι: πολύ κακή κακή πολύ καλή

Τέλος, θα θέλαμε να μας πείτε σε ποίο βαθμό συμφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις:

Εάν ξαναχρειαστώ νοσηλευτική φροντίδα θα ήθελα να με φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

Σκεπτόμενος το νοσηλευτικό προσωπικό θα συνιστούσα αυτό το τμήμα ή κλινική σε φίλους και συγγενείς.

Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ	Ούτε διαφωνώ, ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα
1	2	3	4	5

Σχόλια:.....



Εθνική Αντιστάσις
 Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης
 Γενική Διεύθυνση Δημόσιας Υγείας
 Διεύθυνση Επιδημιολογίας και Κοινωνικής Ψυχιατρικής

Πρωτ. 617 ΠΑΤΡΑ 07/10742011
 31-8-2011
 Αριθμ. Πρωτ. 15533

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
 ΥΠΕΥΘΥΝΟΤΗΤΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
 ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ -
 ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
 ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΠΡΟΣ:

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
 (με την παράκληση ενημέρωσης των
 ενδιαφερόμενων)

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
 Τηλέφωνο : 2613 - 600578
 Fax : 2610 - 430790

Θέμα: Σχετικά με αίτημα για τη χορήγηση άδειας εκπόνησης μελετών

Σχετ: Η με ημερομηνία 23.06.11 Αίτηση της Επίκουρης Καθηγήτριας κας Ζυγά προς την υπηρεσία μας

Σε απάντηση του παραπάνω εγγράφου σας, σας κάνουμε γνωστό ότι επιτρέπουμε στους κ.κ. **Γαλινακοπούλου Γ., Καρκασίνα Α., Ζουμπρή Κ, Τσολάκη Ε., Βαρούτσου Π., Γκουζέλη Γ.**, να συλλέξουν ερευνητικά στοιχεία που θα χρησιμοποιήσουν για τις μελέτες τους στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών με τίτλο: «**Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων**», με την υποχρέωση της τήρησης των διατάξεων περί προστασίας ευαίσθητων προσωπικών δεδομένων και την παράκληση κοινοποίησης των αποτελεσμάτων των μελετών τους στην υπηρεσία μας.

ΕΠΙΣΗΜΟΤΗΤΑ
 ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
 ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ - ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
 ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ
 Η ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ
 Δ.Α.Α.
 ΔΙΑΤΥΠΟΥ ΕΥΦΟΡΟΣΥΝΗ

Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ ΠΑΝΟΣ Δ. ΓΚΟΥΜΑΣ

ΚΟΙΝΟΠΟΙΗΣΗ:

- Γ.Ν. Σπάρτης
- Γ.Ν. - Κ.Υ. Μολάων
- Γ.Π.Ν. Τρίπολης
- Γ.Ν. Καλαμάτας
- Γ.Ν. Αργους
- Γ.Ν. Κορίνθου