

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ**  
**ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ**  
**ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ**  
**Τμήμα Νοσηλευτικής**

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**«Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών του Γενικού Νοσοκομείου  
Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ» από την παρεχόμενη νοσοκομειακή  
φροντίδα»**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΒΑΧΑΒΙΩΛΟΥ**  
ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Τ.Ε.

Φεβρουάριος 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**

**«Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών του Γενικού Νοσοκομείου Μελισσίων  
«Αμαλία Φλέμιγκ» από την παρεχόμενη Νοσοκομειακή Φροντίδα»**

**ΠΑΝΑΓΙΩΤΑ ΒΑΧΑΒΙΩΛΟΥ**

**ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ Τ.Ε.**

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

**Επιβλέπων: Παναγιώτης Πρεζεράκος, Επίκουρος Καθηγητής**

**Μέλος: Αθηνά Λαζακίδου, Λέκτορας**

**Μέλος: Βασιλική Παπανικολάου, ΕΣΔΥ**

**Φεβρουάριος 2012**

**ΣΠΑΡΤΗ**

Copyright © Παναγιώτα Βαχαβιώλου, 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 Γσιρώνη

---

Παναγιώτης Πρεζεράκος

---

Αθηνά Λαζακίδου

---

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ –ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Για τη συγγραφή και παρουσίαση της παρούσας διπλωματικής εργασίας που έχει ως αντικείμενο «τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στο ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ» από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα» θα ήθελα να ευχαριστήσω ιδιαίτερα τον επιβλέποντα της παρούσας εργασίας κ. Παναγιώτη Πρεζεράκο, για την ερευνητική καθοδήγηση και υποστήριξή του, τη Διοίκηση και το προσωπικό του νοσοκομείου, για τη θετική του ανταπόκριση όσον αφορά στην πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της διπλωματικής εργασίας στους χώρους του Νοσοκομείου, καθώς και όλους τους νοσηλευόμενους ασθενείς που με μεγάλη υπομονή και προθυμία έλαβαν μέρος στην έρευνα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια. Επίσης, ένα μεγάλο ευχαριστώ στην οικογένειά μου για την αμέριστη στήριξη και συμπαράσταση.

Ο σκοπός της παρούσας διπλωματικής εργασίας είναι η εκτίμηση / μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών / νοσηλευθέντων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στο χώρο του ΓΝΜ «Αμαλία Φλέμιγκ». Η έρευνα αποσκοπεί 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 πρακτικής, ώστε με τις πληροφορίες που παρέχονται να παρακινούν τη διοίκηση του νοσοκομείου για βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας.

Αντικείμενο αυτής της συγκεκριμένης εργασίας ήταν α) ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα και β) η διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν σημαντικά στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών.

Η διπλωματική εργασία αποτελείται από δύο μέρη: το Γενικό και το Ειδικό. Στο Γενικό μέρος επιχειρείται μια ανασκόπηση της βιβλιογραφίας για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει το ερευνητικό κομμάτι της εργασίας και συγκεκριμένα: το σκοπό της έρευνας, το σχεδιασμό, τη μεθοδολογία, τα αποτελέσματα, τη συζήτηση και τις προτάσεις βελτίωσης ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, και ως εκ τούτου η καταγραφή της άποψης των νοσηλευόμενων ασθενών στα νοσοκομεία (μέσω δομημένων ερωτηματολογίων) είναι η κύρια μέθοδος αξιολόγησης αλλά και ανατροφοδότησης του συστήματος για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία κρίνεται πλέον στις μέρες μας αναγκαία και αναπόφευκτη.

**Σκοπός:** Ο σκοπός της παρούσης διπλωματικής εργασίας είναι η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών με απώτερο σκοπό τον εντοπισμό των δυνατών και αδύνατων σημείων για την βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. **Υλικό και Μέθοδος:** Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από 300 νοσηλευθέντες ασθενείς την ημέρα εξιτηρίου τους, κατά την περίοδο από τον Ιούνιο του 2011 έως και τον Αύγουστο 2011. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και οι ασθενείς ενημερώνονταν για το σκοπό της και συναινούσαν.

**Αποτελέσματα:** Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών του Νοσοκομείου είναι αρκετά καλή ( $75\% > 8$ ). Οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου, ειδικά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, αξιολογούνται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Σε ότι αφορά στη ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου, την καθαριότητα των χώρων υγιεινής, την ποιότητα των γευμάτων και την έλλειψη δυνατοτήτων για επικοινωνία και αναψυχή μέσα στο Νοσοκομείο, ο βαθμός ικανοποίησης είναι χαμηλός ( $75\% < 8$ ).

**Συμπεράσματα:** Παρ' όλο που η έρευνα ανέδειξε κάποια προβλήματα και κάποιους τομείς που χρήζουν βελτίωσης η γενική εικόνα είναι ιδιαίτερα θετική για το Νοσοκομείο καθώς το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών του δείγματός μας, δήλωσε ικανοποιημένο από τις συνολικές υπηρεσίες υγείας που του παρασχέθηκαν.

**Λέξεις κλειδιά:** quality, health care services, measurement of patients' satisfaction, ποιότητα, υπηρεσίες υγείας, μέτρηση ικανοποίησης ασθενών.

## ABSTRACT

Patients' satisfaction is a quality index relating to healthcare services being provided, thus the recording of hospitalised patients' opinion (via structured questionnaires) is not only the primary assessment method, but also provides system feedback with concerns measuring the quality of services provided. The patient satisfaction score, which aims at generating conclusions relating to the quality level of the services provided in hospitals, is deemed absolutely necessary and unavoidable in this day and age.

**Aim:** The aim of this study is to measure the satisfaction degree of hospitalised patients and to ultimately detect both the strong and weak points in order to improve the services being provided.

**Material and Method:** In order to assess patient satisfaction, a specific questionnaire was used, which was completed by three hundred hospitalised patients on the date of discharge from June 2011 to August 2011. The patients' participation in this study was optional; patients were informed of the purpose and ultimately gave their consent.

**Results:** The patient's total satisfaction of the Hospital was rather high ( $75\% > 8$ ). The Hospital's personnel, particularly those in the medical and nursing services, received a rather high score from the health services users. Contrastingly, the Hospital's hotel infrastructure, the cleanliness of the sanitary areas, the quality of the food and the inability to communicate and relax within the hospital received a rather low score of satisfaction ( $75\% < 8$ ).

**Conclusions:** Despite the fact that the study revealed certain problems and some sectors needed improvement, the hospital left a particularly positive general impression, given that the majority of the patients of our study declared that they were satisfied by the total number of healthcare services provided.

**Key words:** quality, health care services, measurement of patients' satisfaction.



## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ-ΑΣΘΕΝΩΝ	8
1.1. Ορισμός ικανοποίησης	8
1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών	9
1.3. Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών ασθενών	11
1.3.1. Διάκριση ερευνητικών μεθόδων	14
1.3.2. Συστήματα μέτρησης ικανοποίησης	15
1.4. Οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών – ασθενών	22
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	20
ΥΓΕΙΑΣ	
2.1. Γενικά για την ποιότητα	20
2.2. Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	22
2.3. Έλεγχος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας	25
2.4. Μέθοδοι ελέγχου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας	28
2.5. Οφέλη της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας	31

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	34
Υλικό και μέθοδος	35
○ Σκοπός της μελέτης	35
○ Συνοπτική παρουσίαση του Γενικού Νοσοκομείου Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»	35
○ Επιλογή δείγματος	35
○ Η δομή του ερωτηματολογίου	36
○ Διανομή ερωτηματολογίων	38
Αποτελέσματα	39
○ Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων	39
○ Περιγραφική ανάλυση δεδομένων	39
○ Στατιστική ανάλυση δεδομένων	64
○ <i>Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών         από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα</i>	64
○ <i>Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών         από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα</i>	65
○ <i>Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών         από το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών</i>	66
○ <i>Σύγκριση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών         από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τα         χαρακτηριστικά των ασθενών</i>	68
Συμπεράσματα - Συζήτηση	70
○ Συμπεράσματα	70

○ Συζήτηση	72
○ Προτάσεις βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών	73
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	76
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ	80
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ I: Ερωτηματολόγιο μελέτης	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ II: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου	95
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ III: Άδειες εκπόνησης μελέτης από:	
- Διοικητικό Συμβούλιο Νοσοκομείου	96
- Επιστημονικό Συμβούλιο Νοσοκομείου	98

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Κατά την τελευταία εικοσαετία, τα συστήματα υγείας σε όλο τον κόσμο αντιμετωπίζουν μια τριπλή πρόκληση: α) την απαίτηση της παγκόσμιας κοινότητας, των κοινωνιών και των οργανισμών για ισότιμη παροχή φροντίδας υγείας σε όλους, β) την ανάγκη συγκράτησης του διαρκώς αυξανόμενου κόστους της παροχής των υπηρεσιών υγείας και γ) την ανάγκη εισαγωγής και εφαρμογής της νέας τεχνολογίας, με κριτήριο την αποτελεσματικότητά της. Διάφορες πολιτικές έχουν εφαρμοστεί για την αντιμετώπιση αυτών των προκλήσεων, όλες όμως δίνουν ιδιαίτερη έμφαση στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών (1).

Στις σημερινές κοινωνίες επικρατεί το μήνυμα της «συνεχούς βελτίωσης» και του «συνεχούς προσανατολισμού προς τον πελάτη», δίοδο από την οποία δεν ξεφεύγουν ούτε οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας. Τις τελευταίες δεκαετίες λοιπόν παρατηρείται διεθνώς έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών και στο πλαίσιο αυτού του ενδιαφέροντος η αξιολόγηση της ποιότητας της παρεχομένης φροντίδας υγείας αποτελεί το πρωταρχικό βήμα για τη βελτίωση της διαχείρισης των μονάδων υγείας. Έχει δε δοθεί μεγάλη έμφαση στη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς, διότι συνιστά ένα σημαντικό και έγκυρο δείκτη της ποιότητας φροντίδας και κατ' επέκταση ένα σημαντικό και χρήσιμο εργαλείο για τη μελέτη του υγειονομικού συστήματος (2).

Αποδέκτης, βέβαια, όλων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι ο χρήστης – ασθενής και συνεπώς η γνώμη του είναι καθοριστική για το χαρακτηρισμό των υπηρεσιών αυτών ως ποιοτικών ή μη. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες επιχειρήσεις και οργανισμοί που κατόρθωσαν να βελτιώσουν την ποιότητα των παραγομένων αγαθών και υπηρεσιών τους, έχουν επωφεληθεί σημαντικά από τις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες τους (3).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών κρίνεται πλέον άκρως αναγκαία. Αυτή είναι χρήσιμη προκειμένου να συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής φροντίδας υγείας, με απώτερο σκοπό την ίδια του την βελτίωση. Η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών

υγείας δεν θα πρέπει να είναι απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (4).

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών απασχολεί, σήμερα, όλο και πιο έντονα τους επαγγελματίες υγείας, τους οργανισμούς, τις κυβερνήσεις των χωρών, αλλά και τους ίδιους τους χρήστες-καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας, γεγονός που επιβεβαιώνεται άλλωστε και από το μεγάλο αριθμό των σχετικών μελετών που έχουν δημοσιευθεί και εξακολουθούν να δημοσιεύονται, με αποτέλεσμα να θεωρείται θέμα μείζονος σημασίας (5).

Με βάση τα αποτελέσματα αυτών των ερευνών προκύπτει ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται μικρότερο χρονικό διάστημα από αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη και η διαδικασία της έρευνας καθεαυτή για τη μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους (6).

Η παρούσα έρευνα μας δείχνει την μέτρηση της ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας στο ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ», η οποία θα συμβάλει στην ανάδειξη καταστάσεων που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και που στόχο έχει την καλυτέρευσή τους ή την διατήρησή τους σε υψηλά επίπεδα. Τέλος, μακροπρόθεσμοι στόχοι της έρευνας είναι η ενθάρρυνση των χρηστών του συστήματος για ελεύθερη έκφραση της γνώμης τους και συμμετοχή τους σε θέματα που αφορούν στην προστασία της υγείας και την βελτίωση της ποιότητας φροντίδας.

Συνοπτικά, στο Κεφάλαιο 1 της εργασίας γίνεται αναφορά στην έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, τους παράγοντες που την επηρεάζουν, τα συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης που χρησιμοποιούνται διεθνώς και τα οφέλη μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.

Στο Κεφάλαιο 2 αναφέρεται η έννοια της ποιότητας, οι μέθοδοι ελέγχου ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας και τα οφέλη από τη μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Στο Ειδικό Μέρος γίνεται αναφορά στο σχεδιασμό και μεθοδολογία της έρευνας με τη χρήση ερωτηματολογίων, περιγραφική ανάλυση δεδομένων της έρευνας και καταγραφή αποτελεσμάτων.

Τέλος, γίνεται διατύπωση προτάσεων βελτίωσης ποιότητας, των παρεχομένων νοσοκομειακών υπηρεσιών.

## ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ – ΑΣΘΕΝΩΝ

### 1.1. Ο ορισμός της ικανοποίησης

Στη σύγχρονη βιβλιογραφία υπάρχουν πολλοί ορισμοί για την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών. Αν και η έννοια αυτή είναι εύκολα κατανοητή, παρ' όλα αυτά μέχρι σήμερα δεν έχει διατυπωθεί ένας σαφώς εννοιολογικός ορισμός, διότι οι παράμετροι (υπηρεσίες υγείας και αξιολόγησης αυτών από τους ασθενείς, και η ιδιαιτερότητα του ασθενή) που αναπτύσσονται δεν είναι σταθεροί ώστε να υπάρξει κάποια μέτρησή τους. Επιχειρώντας να προσδώσουμε έναν ορισμό της έννοιας «ικανοποίηση» θα λέγαμε ότι, ως ικανοποίηση ορίζονται οι παράμετροι (κοινωνικο-οικονομική κατάσταση του ασθενή, πληροφορίες και γεγονότα που δέχεται, και τα οποία επηρεάζουν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, από τη στιγμή που θα αποφασίσει να επισκεφθεί το νοσοκομείο μέχρι της αναχώρησής του), που επηρεάζουν το συναισθηματικό και ψυχολογικό τομέα του ασθενή σε μια ορισμένη χρονική στιγμή.

Οι πιο ενδεικτικοί ορισμοί διεθνώς για την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι ακόλουθοι:

- Κατά τον Risser (1975), η ικανοποίηση του ασθενή είναι η σύγκλιση (congruency) μεταξύ της προσδοκίας του ασθενή για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψης για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνεται (7).
- Κατά τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση του ασθενή είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο – τεχνικό και τον κοινωνικό ορισμό (8).
- Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως μια γενική αντίδραση στην παρεχόμενη ανά περίπτωση φροντίδα υγείας μέσα από τις φανερές πτυχές εμπειρίας που διαθέτει σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας (9).
- Ο Smith (1992) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας προσεκτικός συνδυασμός των αντιλαμβανομένων αναγκών, των προσδοκιών, καθώς και της εμπειρίας του ατόμου από το χώρο παροχής φροντίδας υγείας (10).



- Ο Petersen (1988) όρισε την ικανοποίηση ως τη γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο παροχής φροντίδας, χωρίς να λαμβάνει υπόψη την καταλληλότητα ή τα αποτελέσματα της παρεχόμενης φροντίδας (11).
- Η Linder - Pelz (1982) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνει μια εκτίμηση επιμέρους διαστάσεων της φροντίδας που παρέχει μια μονάδα υγείας και θέτει δέκα χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να εκτιμηθούν από τους ασθενείς κατά τη διάρκεια παραμονής τους σε μια μονάδα υγείας:

1. Προσβασιμότητα
2. Διαθεσιμότητα
3. Αποτελεσματικότητα
4. Οικονομικά θέματα
5. Ανθρωπισμός
6. Συγκέντρωση πληροφοριών
7. Παροχή πληροφοριών
8. Συνέχεια παρεχόμενης φροντίδας
9. Θελκτικότητα χώρου
10. Ποιότητα / ικανότητα

Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, φαίνεται ότι η προσπάθεια σχηματισμού ενιαίου ορισμού της έννοιας ικανοποίηση των ασθενών είναι αρκετά δύσκολο εγχείρημα, αφού η έννοια της ικανοποίησης του ασθενή άλλοτε μεταφράζεται ως στάση, άλλοτε ως αντίληψη και άλλοτε ως προσωπική γνώμη για τη φροντίδα υγείας (12).

## 1.2. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι δεν υπάρχει ομοφωνία για τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

α) Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η εύκολη πρόσβαση του ασθενή στις υπηρεσίες υγείας, η προετοιμασία του ασθενή για τη διενέργεια των απαιτούμενων εργαστηριακών εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων, η παροχή φαρμάκων, οι κατάλληλες και ανθρώπινες ξενοδοχειακές υπηρεσίες, η επικοινωνία του ασθενή με το νοσηλευτικό προσωπικό, η δυνατότητα επισκεπτηρίου και επαφής του ασθενή με το οικογενειακό του πλαίσιο, η διατροφή, η καθαριότητα του δωματίου, το ωράριο επισκεπτηρίου, η θέρμανση, η προετοιμασία του ασθενή κατά την έξοδό του από το νοσηλευτικό ίδρυμα, η τακτοποίηση οικονομικών θεμάτων κ.λ.π.

β) Οι σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενή. Η ανθρώπινη σχέση μεταξύ ασθενή και ιατρικού προσωπικού επηρεάζει ιδιαίτερα την ικανοποίηση του ασθενή από το σύστημα υγείας. Η ύπαρξη σωστών διαπροσωπικών σχέσεων που στηρίζονται στο ενδιαφέρον του ιατρού και στη δημιουργία κλίματος εμπιστοσύνης και εχεμύθειας, αυξάνουν την ικανοποίηση του ασθενή και μειώνουν το φοβικό συναίσθημά του απέναντι στη νόσο (13).

Σύμφωνα με τον Strasen (1988), τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών (το φύλο, το επάγγελμα, η εκπαίδευση, η ηλικία, το εισόδημα), συσχετίζονται τόσο με το δείκτη της ικανοποίησής τους, όσο και με το είδος των ιατρικών υπηρεσιών και το πρόσωπο του ιατρού που τελικά επιλέγουν. Επομένως, σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά στοιχεία του ασθενή φαίνεται να συσχετίζονται με την αντιλαμβανόμενη κατά αυτόν ποιότητα των υπηρεσιών υγείας (14).

Ο Fitzpatrick (1991) υποστηρίζει ότι η ηλικία είναι ο παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζονται να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Αντιθέτως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση (15).

Αντίθετες απόψεις κυριαρχούν στη διεθνή βιβλιογραφία και για τον παράγοντα φύλο. Κάποιες έρευνες δείχνουν ότι δεν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίηση, άλλες υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες (16).

Αντικρουόμενες απόψεις παρουσιάζονται βιβλιογραφικά και για τη συσχέτιση του παράγοντα του επιπέδου εκπαίδευσης και της ικανοποίησης του ασθενή. Οι Anderson και Zimmerman (1993) υποστηρίζουν ότι είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώνεται από παρόμοιες μελέτες (17).

Όσον αφορά στη συσχέτιση του παράγοντα κοινωνική θέση και ικανοποίηση του ασθενή κυριαρχεί υψηλότερη ερευνητική ομοφωνία. Οι Hall και Dornan (1988) υποστηρίζουν ότι οι υψηλότερες κοινωνικές τάξεις δηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες σε σχέση με τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις (18).

Σημαντικός παράγοντας όμως είναι και οι προσδοκίες των ασθενών. Έρευνες απέδειξαν ότι η ικανοποίηση συσχετίζεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή. Όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας εκπληρώνει τις προσδοκίες των ασθενών τότε αισθάνονται ικανοποιημένοι ενώ στην αντίθετη περίπτωση είναι δυσαρεστημένοι. Όμως, υπάρχουν μελέτες με αντίθετο αποτέλεσμα, όπως η μελέτη των Owens και Batchelor (1996), σύμφωνα με την οποία μπορεί οι προσδοκίες να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό (19).

Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ ιατρού και ασθενή, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών αλλά και οι προσδοκίες τους είναι οι διάφοροι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και τους διαφοροποιούν τις απόψεις τους.

### 1.3. Μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών – ασθενών

Η συμμετοχή του ασθενή συνδέεται πλέον όλο και περισσότερο με τη βελτίωση της ποιότητας στην προσφερόμενη υγειονομική περίθαλψη, αλλά και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων της ιατρικής φροντίδας. Υπάρχει μια διαρκώς αυξανόμενη τάση για συμμετοχή του καταναλωτή στη λήψη των αποφάσεων και στην επικέντρωση της προσοχής στο άτομο (20).

Η επικέντρωση στον ασθενή, ως άτομο, αποτελεί πλέον τον κύριο προσανατολισμό της υγειονομικής περίθαλψης, ως απάντηση:

- σε μια γενική τάση που επικρατεί, για αύξηση της προσοχής στο κοινωνικό σύνολο και ειδικότερα σε επικέντρωση στην ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη,
- στο γρήγορα αυξανόμενο κόστος της υγειονομικής περίθαλψης και την επιτακτική ανάγκη για αποτελεσματικότητα,
- στην εστίαση, για βελτίωση των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της φροντίδας υγείας,
- στη συνεχώς αυξανόμενη πρόσβαση του ασθενή σε πληροφορίες σχετικές με τις υπάρχουσες ιατρικές θεραπείες και τις διάφορες επιλογές που αυτός έχει (21).

Υπάρχει πλήθος στοιχείων που αποδεικνύουν ότι υπάρχει ισχυρή σχέση μεταξύ των αντιδράσεων των καταναλωτών και της συμμετοχής τους στη λήψη αποφάσεων για τις παρεχόμενες σ' αυτούς φροντίδες υγείας, η οποία φαίνεται ότι οδηγεί σε βελτίωση των ιατρικών αποτελεσμάτων και ισχυρότερες θεραπευτικές συμμαχίες μεταξύ των ασθενών και ιατρών (22).

Μερικές από τις πιο αποτελεσματικές στρατηγικές για την αντιμετώπιση των αντιδράσεων των καταναλωτών είναι:

- Μέριμνα για πιο προσβάσιμες και πιο αποτελεσματικές υπηρεσίες υγείας
- Διευκόλυνση της συμμετοχής στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας εκείνων που παραδοσιακά περιθωριοποιούνται
- Ενημέρωση των Οργανισμών Υγείας, σχετικά με τις νέες ιδέες για το πώς οι άνθρωποι αντιλαμβάνονται την παροχή υγειονομικής φροντίδας και το πώς μπορούν να αυξήσουν την εμπιστοσύνη του καταναλωτή (23).

Σαν τεχνική μέτρησης της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οι επαγγελματίες υγείας έχουν αρχίσει πλέον να δέχονται ότι οι ασθενείς και οι οικογένειές τους κρατούν στα χέρια τους ένα μοναδικό πλεονέκτημα, αυτό του να είναι οι μοναδικοί μάρτυρες της προσφερόμενης προς αυτούς υγειονομικής φροντίδας και ότι οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να φροντίζουν ώστε οι υπηρεσίες υγείας που παρέχουν στους ασθενείς τους να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και τις προσδοκίες τους (24).

Οι ασθενείς έχουν αρχίσει να εμπλέκονται όλο και περισσότερο στις υγειονομικές φροντίδες που τους παρέχονται και ενθαρρύνονται να το κάνουν. Όλο και περισσότεροι προμηθευτές υπηρεσιών υγείας συνειδητοποιούν ότι το να συμπεριλαμβάνουν και τη

γνώμη των ασθενών στις μετρήσεις – αξιολογήσεις των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών είναι τελικά και οικονομικά αποδοτικό. Δίνοντας στον ασθενή την ευκαιρία να ακουστεί η φωνή του, σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων σ' αυτόν υπηρεσιών υγείας, μπορεί αυτό να χαρακτηριστεί ως μέρος μιας ευρύτερης δημόσιας δέσμευσης, για συμμετοχή του ασθενή τόσο στο γενικότερο προγραμματισμό, όσο και στην παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (25).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη και επιβεβλημένη αφού χρησιμεύει στην ανάδειξη των προβλημάτων που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, στη συλλογή πληροφοριών που αφορούν τις υπηρεσίες υγείας, δημιουργεί κίνητρα για παρακίνηση του προσωπικού στο χώρο της υγείας με σκοπό την εξεύρεση μεθόδων ικανοποίησης των ασθενών, καθώς και στην διατήρηση των σχέσεων μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, οι μετρήσεις για την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν την απεικόνιση του συστήματος υγείας, καθώς ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών αντανακλά τις προσδοκίες αυτών, απέναντι στο σύστημα υγείας.

Οι βασικές παράμετροι που πρέπει να εξετάζονται κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών και που συνήθως εφαρμόζονται στις περισσότερες έρευνες είναι:

- Η κατάρτιση και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας
- Η υποδομή της περίθαλψης (συνθήκες διαμονής και ξενοδοχειακό περιβάλλον)
- Η προσπέλαση – πρόσβαση στις υπηρεσίες
- Το κόστος της παρεχόμενης φροντίδας
- Το φυσικό περιβάλλον
- Η διαθεσιμότητα
- Η διάρκεια
- Τα αποτελέσματα

Επιπλέον σημαντική επίδραση στα αποτελέσματα των ερευνών αυτού του είδους ασκούν και μια σειρά από παράγοντες ανεξάρτητους με την παρεχόμενη φροντίδα, όπως οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών, ο χρόνος σύνταξης και συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων, οι παρεμβάσεις και οι απόψεις των συγγενών και ασθενών, και άλλοι ανάλογοι παράγοντες (26).

Στις Η.Π.Α. πραγματοποιούνται συνεχώς τηλεφωνικές έρευνες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω αυτοματοποιημένων ερωτηματολογίων που αξιοποιούνται με ειδικά σχεδιασμένα υπολογιστικά προγράμματα.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο έχουν διεξαχθεί πλήθος δημοσκοπήσεων που δείχνουν ότι οι Έλληνες αποτελούν μία από τις πιο δυσαρεστημένες πληθυσμιακές ομάδες, αναφορικά με τις παροχές που λαμβάνουν από το υγειονομικό τους σύστημα. Ο χαμηλός βαθμός ικανοποίησης των Ελλήνων πιθανόν σχετίζεται με την κακή οργάνωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, τις ελλείψεις των δημοσίων νοσοκομείων, το υψηλό κόστος του ιδιωτικού συστήματος υγείας και την απουσία εν γένει συνέχειας στη φροντίδα υγείας (27).

Στην Ελλάδα έχουν διεξαχθεί ελάχιστες μεθοδολογικά σχεδιασμένες σχετικές ερευνητικές προσπάθειες (Καμπάντα και Νιάκας, 2004, Τσαμανδουράκη, Αλαμάνος και Τούντας, 1992, Γιαννούτσος και συν, 1993, Νιάκας και Γναρδέλλης, 2000). Στις παραπάνω έρευνες φάνηκε ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας κρίνεται από τους χρήστες ως ικανοποιητική, όσον αφορά στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό και μέτρια ικανοποιητική όσον αφορά στην ξενοδοχειακή υποδομή και τη γενικότερη οργάνωση των νοσοκομείων, σε αντίθεση με τα αποτελέσματα που προκύπτουν από αντίστοιχες ευρωπαϊκές έρευνες (19). Μια πιθανή ερμηνεία αυτής της ερευνητικής αντίφασης που προκύπτει μεταξύ των σχετικών μελετών στην Ελλάδα και των αντίστοιχων μελετών στην Ευρώπη είναι ότι δε βασίζονται στον ίδιο ερευνητικό σχεδιασμό και επομένως έχουν μεθοδολογικές διαφορές κατά το σχεδιασμό και κατά την εφαρμογή τους. Για παράδειγμα, μεθοδολογικά προβλήματα προκύπτουν από τη χρήση ερωτηματολογίων που δεν είναι σταθμισμένα στον πληθυσμό της χώρας που χορηγούνται και επομένως δε διαθέτουν υψηλό βαθμό αξιοπιστίας και εγκυρότητας, από παρατυπίες στον τρόπο συλλογής δεδομένων, από το μικρό ποσοστό συμμετοχής των ατόμων, από τη διαφορετική στατιστική επεξεργασία των δεδομένων, ή ακόμη και από τη διαφορετική ερμηνεία των ευρημάτων.

### **1.3.1. Διάκριση ερευνητικών μεθόδων**

Οι ερευνητικές μέθοδοι μπορούν να διακριθούν σε τρία βασικά είδη. Αυτά είναι:

- Οι πειραματικές μέθοδοι, οι οποίες ασχολούνται με την εκτίμηση μετρήσιμων χαρακτηριστικών ενός πληθυσμού με στόχο την εξαγωγή συμπερασμάτων.

- Οι κοινωνικές μέθοδοι, οι οποίες ασχολούνται με την θεωρητική καταγραφή προβλημάτων υγείας και χρησιμοποιούν ως βασική τεχνική τη λεπτομερή συνέντευξη. Συνήθως χρησιμοποιούνται ως το πρώτο στάδιο μεγάλων ερευνών.
- Οι καταμετρήσεις, οι οποίες έχουν επίσης ως αντικείμενο την καταγραφή προβλημάτων υγείας και τη συσχέτισή τους με δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού στον οποίο απευθύνονται. Χρησιμοποιούν ως τεχνική εκτέλεσής τους τα ερωτηματολόγια.

Για την αξιολόγηση της ικανοποίησης ασθενών υπάρχουν δύο τύποι μεταβλητών:

α) Ποσοτικές, οι οποίες είναι οι μετρήσεις όπου απεικονίζονται αριθμητικά οι παράγοντες που διαμορφώνουν τις εμπειρίες και τις αντιδράσεις των ασθενών, μέσα από τις υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου. Οι ποσοτικές έρευνες ρωτούν όλους τους ασθενείς τις ίδιες ερωτήσεις που παρουσιάζονται στην ίδια κατάταξη, με τις ίδιες κατευθύνσεις, τις υπαγορεύσεις, και τις μορφές απάντησης. Αυτή η δομή εξασφαλίζει τη συγκρισιμότητα έτσι ώστε να μπορεί να γίνει η εσωτερική και εξωτερική αξιολόγηση (28). Μερικοί ερευνητές θεωρούν ότι τα όργανα μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών που είναι βασισμένα μόνο στα ποσοτικά στοιχεία δεν έχουν μεγάλη πρακτική χρήση, επειδή δεν μπορούν να αποτυπώσουν συγκεκριμένους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι και επειδή δεν έχουν τη δυνατότητα να κάνουν προτάσεις για βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών (29). Οι ποσοτικές μεταβλητές διαφέρουν από παρατήρηση σε παρατήρηση, σε ότι αφορά την ποσότητα. Μετρώνται με τακτικές ή διαστημικές / αναλογικές κλίμακες, με απόδοση στην κάθε παρατήρηση μιας θέσης σε μια κλίμακα μέτρησης ανάλογα με την ποσότητα του χαρακτηριστικού που μετράει (30).

β) Ποιοτικές, είναι οι μετρήσεις όπου η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών περιγράφεται από κλίμακες διαμορφωμένες κατά ομάδες ή κατηγορίες κατά κύριο λόγο εξετάζονται χαρακτηριστικά ασθενών (ψυχική, σωματική και πνευματική κατάσταση). Οι ποιοτικές μεταβλητές διαφέρουν από παρατήρηση σε παρατήρηση, σε ότι αφορά ποιότητα ή είδος. Αυτές οι μεταβλητές μετρώνται με ονομαστικές κλίμακες, με κάποιον τρόπο τοποθέτησής τους σε ομάδες ή κατηγορίες που περιέχουν άλλες παρατηρήσεις του ίδιου ή όμοιου είδους (30).

### **1.3.2. Συστήματα μέτρησης της ικανοποίησης.**

Τα πλέον χρησιμοποιούμενα διεθνώς, κατά τις σχετικές μετρήσεις, συστήματα είναι:

### A. Σύστημα Cochrane

Τα κριτήρια – διαστάσεις τα οποία προτείνει ο Cochrane (1972), για να μετρηθεί η ικανοποίηση είναι η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα και η ισοτιμία με τα οποία θα μπορούσαν να εξετασθούν οι ιατρικές πράξεις, όπως και τα φάρμακα, μέσα από τυχαιοποιημένους ελέγχους, προκειμένου να επιτευχθεί το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με άμεσο αλλά και απώτερο συμφέρον των ασθενών (31).

### B. Σύστημα Donabedian

Με το σύστημα αυτό εξετάζεται η ικανοποίηση των ασθενών ως προς τη δομή του νοσοκομείου (κτίρια, προσβάσεις, εξοπλισμός, κλπ) τις διαδικασίες (ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και σχέσεις μεταξύ ασθενή και προμηθευτή υπηρεσιών) και το αποτέλεσμα, που είναι η διαφορά στην υγεία του ασθενούς πριν από την παροχή της φροντίδας και μετά από αυτή, συνυπολογίζοντας και τους πόρους που διατίθενται (32).

### Γ. Σύστημα Servqual

Το σύστημα αυτό (συντομογραφία του service quality) αναπτύχθηκε από τον Parassuraman και τους συνεργάτες του (1988) και εξετάζει την ικανοποίηση των ασθενών ως απόκλιση (gap) μεταξύ της ποιότητας υπηρεσιών που λαμβάνει ο ασθενής και εκείνων που προσδοκούσε ότι θα ελάμβανε. Η ποιότητα των υπηρεσιών εξετάζεται ως προς δέκα (10) χαρακτηριστικά τα οποία είναι:

1. Φυσικά χαρακτηριστικά (physical tangibles)
2. Επικοινωνία με το προσωπικό (communication)
3. Ικανότητες του προσωπικού (competence)
4. Πρόσβαση του εξυπηρετούμενου πληθυσμού στις υπηρεσίες υγείας (access)
5. Ευγένεια του προσωπικού (courtesy)
6. Κατανόηση των προβλημάτων των ασθενών (understanding)
7. Ανταπόκριση του προσωπικού (responsiveness)
8. Αξιοπιστία (reliability)
9. Ασφάλεια (security) και
10. Εγκυρότητα (credibility)

Το σύστημα servqual αποτελείται από μια σειρά προτυποποιημένων ερωτήσεων. Κάθε ερώτηση αποτελείται από τρεις υπερωτήσεις, κατάλληλα διατυπωμένες, ώστε η απάντησή τους να αναδεικνύει την άποψη των ασθενών σχετικά με τις προσδοκίες τους, την σημαντικότητα και την πραγματικότητα για τις υπηρεσίες που έλαβαν (33).



#### Δ.Σύστημα Linder – Pelz

Το σύστημα της Linder-Pelz (1982) εξετάζει την ικανοποίηση των ασθενών υιοθετώντας και αυτή δέκα διαφορετικά χαρακτηριστικά τα οποία θεωρείται ότι οι ασθενείς λαμβάνουν υπόψη για την έκφραση ικανοποίησης.

Τα χαρακτηριστικά αυτά είναι:

1. Ευκολία προσπέλασης (accessibility / convenience)
2. Διαθεσιμότητα των υπηρεσιών (availability of resources)
3. Συνέχεια φροντίδας (continuity of care)
4. Αποτελεσματικότητα (efficacy / outcomes of care)
5. Χρηματοδότηση και κόστος (finances)
6. Συμπεριφορά προσωπικού (humaneness)
7. Λήψη πληροφοριών (information gathering)
8. Χορήγηση πληροφοριών (information giving)
9. Ευχαρίστηση από το περιβάλλον (pleasantness of surrounding) και
10. Η ικανότητα του προσωπικού (quality / competence) (12).

Η μεθοδολογία συγκέντρωσης πληροφοριών που απαιτούνται για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι κυρίως η συμπλήρωση ερωτηματολογίων ή συνεντεύξεων. Η συμπλήρωση ερωτηματολογίων γίνεται είτε κατά το στάδιο της νοσηλείας ή κατά την αποχώρηση ή εκ των υστέρων. Σε ότι αφορά τη συμπλήρωση ερωτηματολογίων ή τη λήψη συνεντεύξεων μεταξύ των ειδικών υπάρχουν διαφοροποιήσεις. Οι διαφοροποιήσεις αυτές αναφέρονται: α) στο χρόνο που θα πρέπει να γίνει η συνέντευξη ή η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ώστε να αποκλείονται στρεβλές απαντήσεις για μια σειρά λόγων που απορρέουν από τις σχέσεις που αναπτύσσονται μεταξύ ιατρών, νοσηλευτών και ασθενών, β) στη μορφή και το μέγεθος των ερωτηματολογίων και γ) στην κλίμακα μέτρησης που χρησιμοποιείται. Οι κλίμακες χρησιμοποιούνται όταν ενδιαφερόμαστε όχι μόνο αν τα υποκείμενα της έρευνας είναι υπέρ ή κατά μιας άποψης, αλλά και για το βαθμό αποδοχής της άποψης αυτής.

#### 1.4. Οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών - ασθενών

Εκτός από τα θετικά οφέλη που έχει ο παράγοντας «ικανοποίηση» για τους ασθενείς (ταχύτερη ανάρρωση, μικρότεροι χρόνοι νοσηλείας), έχει σημαντικά οφέλη και για την

ίδια την υγειονομική μονάδα, καθώς προσφέρει στη διοίκηση στοιχεία για να εκτιμήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού, να την αξιολογήσει και να την επιβραβεύσει. Η ενσωμάτωση της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στο σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων τους : α) αυξάνει τη γνησιότητα της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό, β) αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλών επιπέδων αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή, γ) προσφέρει στους διοικούντες ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια, δ) προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία, ε) διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων, και στ) ωθεί το προσωπικό να βρίσκεται σε εγρήγορση, να επιδεικνύει περισσότερη υπευθυνότητα και να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του (34).

Μερικά από τα σπουδαία οφέλη της ποιοτικής φροντίδας και της ικανοποίησης του ασθενούς είναι:

1. Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, τη μείωση του πόνου, την αποτροπή επιπλοκών, που παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος (2).
2. Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με μερικούς ερευνητές εξισώνεται με αυτοθεραπεία. Το αίσθημα εμπιστοσύνης των ικανοποιημένων ασθενών και η εξ αυτού απορρέουσα συμμόρφωση προς τη θεραπεία, που πηγάζουν από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης και της συμμετοχής του ίδιου του ασθενούς στην έκφραση γνώμης για την ποιότητα, αποτελούν τις προϋποθέσεις της ταχύτερης αποκατάστασης των ασθενών. Για το λόγο αυτό ακόμη και η αναζήτηση της γνώμης των ασθενών, μπορεί να θεωρηθεί θεραπευτικός παράγων, αφού αυξάνει την ικανοποίησή τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους (2).
3. Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών δύνανται να συλλεχθούν πληροφορίες, που σωστά αξιοποιούμενες, μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Εξ αιτίας αυτού πολλοί ερευνητές με κύριο εκπρόσωπό τους τον (Donabelian, ) τονίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την έρευνα, την οργάνωση και το σχεδιασμό των υπηρεσιών και ενδείκνυται να αποτελεί τον κύριο σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης (2).

4. Ανατροφοδοτεί το σύστημα και βοηθά στον ανασχεδιασμό του, παρέχοντας πληροφορίες στην διοίκηση για προβληματικές περιοχές της φροντίδας υγείας, που μπορεί να τις αξιοποιήσει με διορθωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορεί και άμεσα να έχουν θετική επίδραση στην υγεία των ασθενών, αλλά και μακροπρόθεσμα να αυξήσουν την ικανοποίησή τους (2).
5. Αποτελεί μια ευκαιρία εκτίμησης της αποδοτικότητας του προσωπικού, προάγει την υπευθυνότητα του εργαζομένου και δίνει αφορμή στη διοίκηση για επιβράβευση ή εξάλειψη-διόρθωση των αντικινήτρων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Ανυψώνει το ηθικό των εργαζομένων στο σύστημα υγείας και αυξάνει την αποδοτικότητά τους, εφ' όσον γνωρίζουν, ότι οι υπηρεσίες του εκτιμώνται (ποιοτικά και ποσοτικά) από τον ικανοποιημένο ασθενή, σε μια εποχή που οι απαιτήσεις συνεχώς αυξάνουν. Ταυτόχρονα από τα στοιχεία ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν χρήσιμα δεδομένα για στάσεις και συμπεριφορές του προσωπικού, ώστε να ληφθούν οι κατάλληλες διορθωτικές παρεμβάσεις (2).
6. Τέλος μπορεί να δώσει συγκριτικό πλεονέκτημα, στον συγκεκριμένο Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, αφού αυτός πλεονεκτεί έναντι παρόμοιων (ανταγωνιστών του) διότι:
  - Αναγνωρίζει τις ανάγκες και απαιτήσεις των πελατών του
  - Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτών και του τι τελικά λαμβάνει ο πελάτης
  - Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.Η αναπτυσσόμενη ανταγωνιστικότητα προσελκύει νέους πελάτες, που είναι ζωτικής σημασίας για το ιδιωτικό νοσοκομείο και επιθυμητός στόχος του δημοσίου. Σύμφωνα με έρευνα, η οποία διεξήχθη στις ΗΠΑ, όταν ένας πελάτης ικανοποιείται το λέει σε άλλους τέσσερις ή ενίοτε σε έντεκα και όταν δεν ικανοποιείται, χρειάζεται ικανοποίηση τριών άλλων για να εξισορροπηθούν τα αρνητικά σχόλια (2).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

### 2.1. Γενικά για την ποιότητα.

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους. Η ποιότητα δεν είναι κάτι νέο. Είναι ανθρώπινη αναζήτηση από την αρχαιότητα και είναι συνώνυμη με την αρετή, τη διαρκή βελτίωση, και το «αειν αριστεύειν». Επιδιώκεται σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης ζωής, και η αξία της είναι αναμφισβήτητη (35).

Το πολύπτυχο περιεχόμενό της διαμορφώνεται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής. Η κοινωνική της διάσταση αναφέρεται στο αίτημα κάθε ατόμου για συνεχή βελτίωση της ποιότητας ζωής του. Το πολιτισμικό στοιχείο αποτελεί βασική παράμετρό της, εφ' όσον επηρεάζεται και διαμορφώνεται από τις πολιτισμικές αξίες κάθε εποχής. Τέλος η οικονομική της διάσταση προσδιορίζει το λειτουργικό της ρόλο και αναφέρεται γενικότερα στους φορείς παραγωγής προϊόντων, έργων και υπηρεσιών (35).

Ο όρος ποιότητα αν και χρησιμοποιείται συχνά από διάφορες ιδιωτικές και δημόσιες επιχειρήσεις και άλλες οργανώσεις, έχει πολλές ερμηνείες, οι οποίες προσπαθούν να εξηγήσουν ποικίλα γεγονότα. Σύμφωνα με τον Grönroos (1984) διακρίνουμε δύο διαστάσεις στην ποιότητα, την τεχνική και τη λειτουργική διάσταση (36).

Η πρώτη διάσταση αναφέρονται στο ότι ποιότητα είναι το άριστο αποτέλεσμα, άσχετα από την προσπάθεια ή το κόστος, ενώ η δεύτερη διάσταση μπορεί να συσχετιστεί με τη σημασία της αξίας. Για παράδειγμα, μια προσπάθεια είναι ποιοτική και παραγωγική, όταν το αποτέλεσμα (προϊόν ή υπηρεσία) έχει αξία για τον τελικό χρήστη (καταναλωτή). Ο καταναλωτής πιστεύει ότι αξία είναι η υψηλή ποιότητα και η καλή τιμή. Ένα προϊόν, όμως, μπορεί να μην είναι «άριστο», αλλά για τον καταναλωτή να είναι, εάν έχει αξία για αυτόν (37). Αυτό σημαίνει ότι το προϊόν συνδυάζει την ποιότητα και την τιμή που ο καταναλωτής χρειάζεται. Μια άλλη διάσταση, που καθιερώθηκε πριν από το Δεύτερο Παγκόσμιο Πόλεμο, προσδιορίζει την ποιότητα στην παραγωγή αγαθών και υπηρεσιών, μέσα από τη χρήση συγκεκριμένων τεχνικών προδιαγραφών και βοήθησε στην ανάπτυξη

επιστημονικών εφαρμογών και προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας με τη χρήση διαφόρων στατιστικών τεχνικών (38). Έτσι, τελικά η ποιότητα ταυτίστηκε με την έννοια του άριστου αποτελέσματος, με την έννοια της αξίας (συνδυασμός ποιότητας – τιμής και αξιολόγηση από τον καταναλωτή) καθώς και με την έννοια της παραγωγής αγαθών σύμφωνα με συγκεκριμένες προδιαγραφές (39).

Στο σημείο αυτό, ακολουθούν ορισμένες εννοιολογικές προσεγγίσεις γενικότερα της ποιότητας:

- Ο Juran (1998), ορίζει την ποιότητα ως: *«το βαθμό στον οποίο δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη»* (40). Ο Crosby (1979), αναφέρει: *«η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη»* (41).
- Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO) (1990), ορίζει την ποιότητα ως: *«το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες»*. Διευκρινίζει ότι οντότητα μπορεί να είναι μια επιχείρηση, ένα άτομο ή μια κοινωνία (42).

Κοινό σημείο όλων των προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος, ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν.

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Η πρώτη χώρα, στην οποία εφαρμόστηκε ένας τρόπος διοίκησης προσανατολισμένος στην ποιότητα των προϊόντων, ήταν η Ιαπωνία. Η ποιοτική αυτή προσέγγιση βοήθησε σημαντικά, ώστε να βελτιωθεί σημαντικά η εικόνα της κακής ποιότητας και χαμηλής ανταγωνιστικότητας των προϊόντων που παρήγαγαν μέχρι τότε οι ιαπωνικές επιχειρήσεις.

Στο χώρο της υγείας, η ανάγκη για ποιότητα του ιατρικού έργου εμφανίστηκε πολύ πριν εμφανιστεί στις επιχειρήσεις. Από την εποχή του Ιπποκράτη δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τον ασθενή υπηρεσιών. Πλέον αποτελεί σημαντικό στόχο για το σύνολο των επιστημόνων και των στελεχών που απασχολούνται στο χώρο της υγείας και κύριο ζητούμενο από την πλευρά των

ασθενών. Παρ' όλα αυτά, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί ακριβώς να ταυτιστεί με τη γενικότερη έννοια της ποιότητας ως χαρακτηριστικό ενός οποιουδήποτε αγαθού (35).

Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να ακολουθηθεί μια συγκεκριμένη διαδικασία παραγωγής, όπως συμβαίνει με τα άλλα βιομηχανικά προϊόντα. Οι ασθενείς, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Επομένως, είναι αναμενόμενο, η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους (43).

Επίσης, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιάζουσα μορφή προσωπικών υπηρεσιών, ο αποδέκτης-χρήστης των οποίων αναμένει πολύ περισσότερα από ό,τι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία.

Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη», αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα (43).

## 2.2. Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στον τομέα της υγείας είναι ιδιαίτερος δύσκολη υπόθεση, εξαιτίας της πολυπλοκότητας των διεργασιών που λαμβάνουν χώρα, των διαφορετικών αντιλήψεων που έχουν οι διάφοροι φορείς (επαγγελματίες υγείας, ασθενείς, κοινωνικό περιβάλλον κ. λ. π. ), αλλά και της ιδιομορφίας του ίδιου του αγαθού «υγεία». Η ποιότητα είναι πολυδιάστατος όρος και γι' αυτό δεν επικρατεί ένας ορισμός. Ο ορισμός της διαφοροποιείται ανά περίπτωση, ανάλογα με το σκοπό και το φορέα που εξυπηρετεί (35).

Επειδή οι υπηρεσίες υγείας παρουσιάζουν ιδιομορφίες ο προσδιορισμός της ποιότητας είναι δύσκολο να καθοριστεί. Έχουν διατυπωθεί πολλοί ορισμοί της ποιότητας, όπου χαρακτηριστικό γνώρισμα είναι ο τρόπος προσέγγισης της ικανοποίησης του ασθενή.

Οι συχνότερα αναφερόμενοι στη βιβλιογραφία ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι οι παρακάτω:

- Ο Thompson (1980), ορίζει την ποιότητα ως: *«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»* (44).
- Σύμφωνα με τον Nelson (1996), ποιότητα είναι: *«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»* (45).
- Ο Juran (1998), αναφέρει ότι ποιότητα είναι: *«ο βαθμός στον οποίο δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη»* (40).
- Ο Crosby (1989), ορίζει την ποιότητα ως: *«συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη»* (41).
- 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 την περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο»* (46).
- Σύμφωνα με την Π. Ο. Υ. η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά:
  - α) Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού
  - β) Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
  - γ) Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
  - δ) Ικανοποίηση του ασθενή
  - ε) Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή (47).
- Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, JCAHO) (1988), οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η

αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας και η έγκαιρη παροχή της (48).

Κοινό σημείο όλων των διαφορετικών προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν. Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία υπήρξε ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan. Πρωταρχική μέριμνά του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Ο Donabedian προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε τις σημαντικότερες παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της.

Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

- α) Το τεχνικό μέρος, το οποίο αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
- β) Το διαπροσωπικό μέρος, το οποίο αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- γ) Τη ξενοδοχειακή υποδομή. Η ξενοδοχειακή υποδομή αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον, τις συνθήκες και τις ανέσεις κάτω τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες (49).

Με βάση τις τρεις αυτές διαστάσεις ο Donabedian έδωσε τον εξής ορισμό για την ποιότητα όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας: *«ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους της σημεία»* (49).

Ανεξάρτητα όμως από το πλήθος των ορισμών που επικρατεί για την ποιότητα στη φροντίδα υγείας, στην έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας κυριαρχούν δύο βασικές κατευθύνσεις. Η πρώτη κατεύθυνση αναφέρεται στην καταλληλότητα της πρόληψης, της διάγνωσης και της θεραπείας και υπολογίζεται με τις εκροές των



αποτελεσμάτων (δείκτες βελτίωσης του επιπέδου υγείας των ασθενών, αριθμός επιτυχημένων επεμβάσεων κ. λ. π.), ενώ η δεύτερη κατεύθυνση αναφέρεται στην υλικοτεχνική υποδομή, στον κατάλληλο ξενοδοχειακό εξοπλισμό, αλλά και στη στάση και συμπεριφορά όλων των εμπλεκόμενων φορέων και μετριέται βάση της ικανοποίησης των ασθενών. Οι δύο αυτές κατευθύνσεις της ποιότητας συμπληρώνουν η μια την άλλη και λειτουργούν σε κάθε περίπτωση συνδυαστικά (1).

### 2.3. Έλεγχος της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.

Η αξιολόγηση και ο έλεγχος θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Σκοπός της μέτρησης της ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι να εξασφαλιστεί για τους ασθενείς η καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη. Με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας παρέχεται η δυνατότητα επισήμανσης τυχόν ελλείψεων ή προβλημάτων της υπηρεσίας αλλά και η αντιμετώπισή τους. Ακόμα, καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων (50).

Απαραίτητο κριτήριο σε κάθε προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας αποτελούν τα κριτήρια, τα οποία τίθενται εκ των προτέρων από τον αρμόδιο φορέα, σε συνεργασία πάντα με το ιατρικό και νοσηλευτικό σώμα (51). Βάσει των κριτηρίων αυτών προσδιορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και καθορίζονται συγκεκριμένα πρότυπα, με τα οποία στη συνέχεια συγκρίνεται και αξιολογείται η πραγματική κατάσταση που επικρατεί σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς, η ποιότητα αξιολογείται με βάση το βαθμό ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών στα προκαθορισμένα αυτά κριτήρια.

Τα κριτήρια, ανάλογα με τους στόχους αξιολόγησης, μπορεί να είναι:

α. Κριτήρια δομικά, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομής της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνεται η επάρκεια και η ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής των ανθρώπινων πόρων που διαθέτει η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Τα

συγκεκριμένα χαρακτηριστικά, παρότι αντιπροσωπεύουν αναγκαίες συνθήκες για την παροχή υπηρεσιών υγείας δεν κρίνονται όμως επαρκή για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η παρουσία τους δεν διασφαλίζει την επίτευξη ικανοποιητικών αποτελεσμάτων.

β. Κριτήρια διαδικασιών, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνονται μια σειρά από ενέργειες οι οποίες πραγματοποιούνται από τη στιγμή που ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας μέχρι την έξοδό του από αυτό. Ελέγχεται, δηλαδή, κατά πόσο οι ενέργειες που έγιναν για έναν ασθενή ήταν ενδεδειγμένες και πλήρεις.

γ. Κριτήρια αποτελεσμάτων, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνονται η ίδια η ιατρονοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε έναν ασθενή, η οποία έχει ως αποτέλεσμα, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, τη βελτίωση, τη σταθερότητα ή την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του (1).

Τα παραπάνω κριτήρια είναι ρητά καθορισμένα και προσδιορίζουν ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας το οποίο μπορεί να είναι:

α. Το ελάχιστο επίπεδο. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν επιτρέπεται να πέσει κάτω από αυτό το επίπεδο.

β. Το μέσο επίπεδο. Η βελτίωση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας είναι δυνατή με την ανεύρεση εκείνων των στοιχείων που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου, καθώς και με τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση μόνο αυτών.

γ. Το ιδανικό επίπεδο. Αυτό το επίπεδο ουσιαστικά αποτελεί τον στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας (1).

Ο A. Donabelian (1988), υποστήριξε ότι υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στο χώρο της υγείας.

1. Η αξιολόγηση των εισροών, που αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας. Αξιολογείται, δηλαδή, το προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το κόστος, καθώς και άλλοι παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δομή και το περιεχόμενο μιας υπηρεσίας υγείας (52).

2. Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα αξιολόγησης, που εντάσσεται στις διαδικασίες διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας (52).
3. Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (π. χ. νοσοκομειακών κρεβατιών, ιδιωτικών ή εξωτερικών ιατρείων) και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος (π.χ. εργαστηριακών εξετάσεων, εμβολιασμών ή χειρουργικών επεμβάσεων). Οι ενδιάμεσες εκροές χρησιμοποιούνται ως μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας σε πολλές περιπτώσεις, όπου είναι δύσκολη ή χρονοβόρα η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της. Η σχέση εισροών προς εκροές αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας (52).
4. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αποτελεί τον τελικό στόχο της αξιολόγησης και αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της υπηρεσίας ή μετά από την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας της, όταν θα είναι πλέον εμφανείς οι επιπτώσεις στην υγεία. Μέσω των δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκύπτουν από σύνθετες επιδημιολογικές έρευνες, τους δείκτες θνητότητας, τους πίνακες επιβίωσης, τις καμπύλες επιβίωσης, καθώς και με τη χρήση σύγχρονων δεικτών που μετρούν τη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όπως είναι τα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση της ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική αξιολόγηση του επιπέδου υγείας (52).

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ποιότητας είναι απαραίτητο να γίνονται ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας. Τα κριτήρια από τον αρμόδιο φορέα μπορεί να αφορούν στη δομή της φροντίδας υγείας, τις διαδικασίες παραγωγής και παροχής της αλλά και την αξιολόγηση του αποτελέσματός της. Το επίπεδο της υγείας βαθμολογείται ως ελάχιστο μέσο ή ιδανικό ενώ η αξιολόγηση περιλαμβάνει τις εισροές, τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών, τις ενδιάμεσες εκροές και τα αποτελέσματα.

## 2.4. Μέθοδοι ελέγχου της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Κύριος στόχος της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι μόνο σε σχέση με το υπάρχον αρχικά επίπεδο, αλλά ως διαδικασία συνεχούς βελτίωσης και θέσπισης όλο και υψηλότερων στόχων.

Οι μέθοδοι που συνήθως χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση, τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

1. Η Διασφάλιση της Ποιότητας
2. Ο Ποιοτικός Έλεγχος
3. Οι Κύκλοι Ποιότητας
4. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
5. Τα Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής

### Η Διασφάλιση της Ποιότητας

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων συστημάτων ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές (51).

Η Διασφάλιση της Ποιότητας αποτελούσε το θεμέλιο του κινήματος της ποιότητας στην υγεία μέχρι τις αρχές του '90 και αφορά τον προσδιορισμό και την παρακολούθηση δεικτών που αντικατοπτρίζουν τα πρότυπα και τις προδιαγραφές της περίθαλψης. Η Μονάδα Υγείας θέτει στόχους συμμόρφωσης, πριν αρχίσει η παρακολούθηση, και προσπαθεί να τους πετύχει. Άρα, η διαδικασία διασφάλισης ποιότητας γίνεται εκ των προτέρων, δίνοντας έμφαση στην επιτυχία των στόχων, στην κατοχύρωση ότι η τελική υπηρεσία θα έχει παραχθεί και διατεθεί, σύμφωνα με συγκεκριμένες προδιαγραφές, παρά στη διαπίστωση και καταγραφή των αιτιών που ενδεχομένως εμποδίζουν την επιτυχία των στόχων όπως γίνεται στη μέθοδο του ποιοτικού ελέγχου. Προκειμένου η μονάδα υγείας να βοηθηθεί στη συγκρισιμότητα των αποτελεσμάτων της, ακολουθεί συγκεκριμένα διεθνή πρότυπα, όπως αυτά που συντάχθηκαν από το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης. Ενώ ο

έλεγχος ποιότητας διαπιστώνει και καταγράφει μια απόκλιση του προϊόντος από δεδομένες προδιαγραφές, ένα σύστημα διασφάλισης ποιότητας διασφαλίζει ότι το τελικό προϊόν θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές που θέτει ο πελάτης (1). Άρα, η διασφάλιση ποιότητας επεκτείνει τον έλεγχο κατά ένα επίπεδο.

### Ο Ποιοτικός Έλεγχος

Ο 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 καινούργια» (1). Ο Ποιοτικός Έλεγχος καταγράφει τα προβλήματα, αποφασίζει εάν θα πρέπει να γίνει παρέμβαση στη δομή, στις διαδικασίες ή τα αποτελέσματα της παροχής υπηρεσιών υγείας, ποιά θα πρέπει να είναι η μορφή αυτών των παρεμβάσεων και ο τρόπος εφαρμογής τους, ώστε να βελτιωθεί η ποιότητα. Απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία της μεθόδου αυτής είναι η τήρηση αρχείων ελέγχων. Ο Ποιοτικός Έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής-διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων δηλαδή μετά την παραγωγή τους (1).

### Οι Κύκλοι Ποιότητας

Οι κύκλοι ποιότητας είναι ομάδες 4-12 εργαζομένων που εργαζόταν συνήθως στον ίδιο τομέα ενός οργανισμού και συναντώνται, εθελοντικά και τακτικά, ώστε να καταγράψουν και να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα της εργασίας τους που δεν δύναται να δεχθούν πάντοτε μια συμβατική επίλυση. Μετά την οριστική επίλυση των συγκεκριμένων αυτών προβλημάτων, ο κύκλος ποιότητας παύει να λειτουργεί και δημιουργείται πάλι, με την ίδια ή άλλη σύνθεση, για να επιλύσει άλλα προβλήματα που πιθανώς έχουν εμφανιστεί. Με τους κύκλους ποιότητας επιτυγχάνεται απάντηση μεγαλύτερου ενδιαφέροντος και πιθανώς επιρροή των αποφάσεων της διοίκησης του οργανισμού, μείωση του κόστους, αύξηση της παραγωγικότητας, ενώ από την άλλη παρατηρούνται και προβλήματα που αφορούν στις υπερβολικές απαιτήσεις των ατόμων ή των κύκλων ποιότητας, την ανεπαρκή στήριξη του προγράμματος από τη διοίκηση, την εμπλοκή των ομάδων σε συνδικαλιστικά θέματα, την έλλειψη συνεργασίας με τα μεσαίου επιπέδου στελέχη κ. λ. π. (43).

Υπάρχουν δύο είδη κύκλων ποιότητας. Ο πρώτος αφορά στον κύκλο διαχείρισης της ποιότητας, όπου σε αυτή την περίπτωση μια υπηρεσία, αφού αναλύσει το περιβάλλον, μέσα από τη διαχείριση ποιότητας με την ανάλυση της διαδικασίας ροής ή έρευνας αγοράς, επιλέγει τα πλέον σημαντικά στοιχεία ποιότητας, προκειμένου να ορίσει τα πρότυπα. Τα σημαντικά στοιχεία ποιότητας είναι εκείνες οι πλευρές μιας υπηρεσίας που είναι κρίσιμες για την ποιότητα και οι οποίες πρέπει να προσδιοριστούν, να μετρηθούν και να ελεγχθούν για να διασφαλιστεί η ποιότητα. Ο δεύτερος κύκλος είναι ο κύκλος βελτίωσης της ποιότητας και δεν αποτελεί μέθοδο, αλλά είναι πλαίσιο για τη χρήση μεθόδων. Αποτελεί ένα συστηματικό τρόπο δουλειάς πάνω σε ένα πρόβλημα. Οι υπηρεσίες μερικές φορές μπορεί να ξεχωρίζουν τα κύρια προβλήματα ποιότητας, αλλά δεν τα επιλύουν σωστά ή χρησιμοποιούν αναποτελεσματικές ή δαπανηρές μεθόδους. Ο κύκλος βελτίωσης της ποιότητας αναπτύσσει στρατηγικές μεθόδους ποιότητας με δομημένο τρόπο για την αντιμετώπιση προβλημάτων (53).

### Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι το σύνολο των δραστηριοτήτων και μεθόδων που εφαρμόζονται από τον οργανισμό, με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη και την ταυτόχρονη ενεργοποίηση όλου του δυναμικού του οργανισμού, με το μικρότερο δυνατό κόστος. Απαιτεί σύστημα διοίκησης βάσει του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί πρωτίστως δέσμευση της ηγεσίας, συνεχή επιμόρφωση όλων των βαθμίδων του προσωπικού και συμμετοχή όλων στις διαδικασίες (53).

### Τα Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής

Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής ή αλλιώς QALYs (Quality Adjusted Life Years) αποτελούν τα τελευταία χρόνια ένα δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο της ανάλυσης κόστους-χρησιμότητας, η οποία είναι μια από τις νεότερες μεθόδους που εφαρμόζονται για την κοινωνική-οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων, και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής.

Η μέθοδος αυτή, που σχετίζεται με τη διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών αποτελεσμάτων, επιχειρεί, με τη βοήθεια παραμέτρων ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών, να αξιολογήσει τις ιατρικές παρεμβάσεις και να συγκρίνει στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους με το κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή τους. Με τη μέθοδο αυτή μπορούν αφενός να καταγραφούν οι αλλαγές στη διάρκεια και στην ποιότητα ζωής του ασθενή, με την εφαρμογή μιας θεραπευτικής αγωγής, και αφετέρου να μετρηθεί η υποκειμενική του ικανοποίηση από τις παρεχόμενες σ' αυτόν υπηρεσίες υγείας. Το σύνολο των μεγεθών αυτών, δηλαδή το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας και η ικανοποίηση του ασθενή, η οποία αθροίζεται στο αποτέλεσμα ως «προστιθέμενη» σ' αυτό αξία, συσχετίζεται στη συνέχεια με τα δεδομένα του προσδόκιμου επιβίωσης και εκφράζεται σε QALYs, που είναι το σύνολο των ποιοτικών σταθμισμένων ετών ζωής τα οποία κερδίζονται με τη συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση. Επικεντρώνεται δηλαδή η μέθοδος αυτή στην ποιότητα της υγείας του ασθενή μετά την εφαρμογή του προγράμματος υγείας ή της θεραπείας (54).

## 2.5. Οφέλη της ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ενδιαφέρει κατ' αρχήν τους ασθενείς, οι οποίοι είναι οι καταναλωτές των υπηρεσιών αυτών, τους επαγγελματίες υγείας, οι οποίοι παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.ά), εκείνους που επωμίζονται το κόστος των υπηρεσιών υγείας (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) και τέλος, την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της.

Για το λόγο αυτό η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί σήμερα κύρια προτεραιότητα και έχει ξεχωριστή σημασία για όλους τους ενδιαφερόμενους, αφού αναμφισβήτητα συνεπάγεται ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

### Οφέλη για τον ασθενή

Ο ασθενής επωφελείται από την αξιολόγηση της ποιότητας σε υγειονομική, ψυχολογική και οικονομική βάση. Αρχικά, ο ασθενής επωφελείται μέσω της διαδικασίας μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών όσον αφορά στην άψογη υγειονομική του κάλυψη (σωστή και έγκαιρη διάγνωση και αποτελεσματική θεραπεία)

γεγονός που αναβαθμίζει και την ψυχολογική του διάθεση. Παράλληλα όμως ο ασθενής έχει και οικονομικά οφέλη λόγω της αποτελεσματικότητας της θεραπείας και της μείωσης των εξόδων του ίδιου και του περιβάλλοντός του (55).

Οφέλη για τους επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς, τεχνικούς (κ. λ. π.)

Τα κυριότερα οφέλη που αποκομίζουν οι επαγγελματίες υγείας είναι:

- Αποτελεσματικότητα του έργου τους
- Νομική κατοχύρωση
- Ικανοποίηση από την εργασία
- Σεβασμός εκ μέρους των ασθενών και των συγγενών
- Απαλλαγή από εκνευρισμό και άγχος
- Ανοχή σε πιθανά λάθη (55).

Οφέλη για τις μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας:

Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών προασπίζουν τη φήμη τους και έχουν και οικονομικά και λειτουργικά οφέλη, γιατί αφενός περιορίζεται η χρήση της μονάδας και αφετέρου μειώνεται το λειτουργικό κόστος λόγω της έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενών. Παράλληλα, οι πόροι που εξοικονομούνται μπορούν να διατεθούν για άλλους σκοπούς όπως η έρευνα, η εκπαίδευση και άλλοι ανάλογοι τομείς (55).

Οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία

Τα οφέλη για τα ασφαλιστικά ταμεία είναι υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά δοθέντος ότι αντιμετωπίζονται αποτελεσματικά, και γρήγορα τα προβλήματα υγείας των ασφαλισμένων, περιορίζονται τα έξοδα περίθαλψης και τα επιδόματα ασθένειας των ασφαλισμένων, ενώ παράλληλα βελτιώνεται το επίπεδο ικανοποίησης των ασφαλισμένων (55).

Οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο



Τα οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο είναι πρωτίστως οικονομικά και υγειονομικά γιατί περιστέλλονται οι αδικαιολόγητες δαπάνες στον τομέα της υγείας, συντομεύεται η διάρκεια της ασθένειας και της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο και παρατηρείται οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου. Ως επακόλουθο των παραπάνω ενισχύεται η κοινωνική συνοχή και το αίσθημα ασφάλειας των πολιτών (55).

## ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## Υλικό και μέθοδος

### Σκοπός της μελέτης

Ο σκοπός της μελέτης είναι η εκτίμηση και η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, η διερεύνηση και η αξιολόγηση των προσδιοριστικών παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση ή στη δυσαρέσκεια των ασθενών που νοσηλεύονται στο Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ». Ειδικότερο στόχο αποτελεί:

Ο καθορισμός των παραγόντων που συμβάλλουν στο χαρακτηρισμό ως υψηλής ή χαμηλής την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και συσχετίζονται με:

- την περίθαλψη και τη φροντίδα από το ιατρικό, νοσηλευτικό και λοιπό προσωπικό,
- την αποτελεσματικότητα της φροντίδας (ταχύτητα, διαθεσιμότητα, αποτελέσματα)
- το περιβάλλον και τις συνθήκες που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας

### Συνοπτική παρουσίαση του ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»

Το Γενικό Νοσοκομείο Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ» λειτουργεί ως ΝΠΔΔ από το 1986 και προήλθε από την ενοποίηση τριών πρώην ιδιωτικών κλινικών (Τσαγκάρη, Μπόμπολα, Ζωοδόχο Πηγή), από τις οποίες η τελευταία έπαψε να λειτουργεί το 1999. Στο παρελθόν από το 1940 και μετά, οι τρεις αυτές κλινικές λειτουργούσαν με εξειδίκευση στις παθήσεις του αναπνευστικού, ως σανατόρια, αφού χωροταξικά τοποθετούνται πολύ κοντά στο κέντρο της πόλης αλλά σε σχετικά μεγάλο υψόμετρο μέσα σε πευκόφυτη έκταση.

Μέχρι το 1986 λειτουργούσε ως Νοσοκομείο Ανώνυμη Εταιρεία Τσαγκάρη και, εν συνεχεία, ως νοσοκομείο του Ι. Κ. Α. Πήρε την ονομασία «Αμαλία Φλέμιγκ» εις μνήμη της Αμαλίας Κουτσούρη – Φλέμιγκ, η οποία εργαζόταν ως ιατρός στο Νοσοκομείο αυτό και ήταν σύζυγος του Αλέξανδρου Φλέμιγκ, ο οποίος ανακάλυψε την πενικιλίνη.

Το Νοσοκομείο κτίστηκε το 1933 με σχέδια του αρχιτέκτονα Κωνσταντίνου Κιτσίκη. Οι προβλεπόμενες οργανικές κλίνες ανέρχονται σε 500, αλλά έχουν αναπτυχθεί και λειτουργούν 289. Βρίσκεται επί της οδού 25<sup>ης</sup> Μαρτίου 14, της περιοχής Μελισσίων Αττικής, σε μια πευκόφυτη έκταση 66.000m<sup>2</sup> περίπου και περιλαμβάνει κτίσματα

συνολικού εμβαδού 12.000m<sup>2</sup> περίπου. Το κυρίως συγκρότημα είναι τετραώροφο και έχει μονόκλινα, δίκλινα, τρίκλινα και τετράκλινα δωμάτια νοσηλείας ασθενών.

Στο πλαίσιο της Ιατρικής Υπηρεσίας του Νοσοκομείου λειτουργούν:

-Παθολογικός Τομέας: Α΄ και Β΄ Παθολογική Κλινική, Α΄ και Β΄ Καρδιολογική Κλινική, Νεφρολογική Κλινική, Πνευμονολογική Κλινική, Ενδοκρινολογικό Τμήμα, Μονάδα ενδοσκοπήσεων, Μονάδα Τεχνητού Νεφρού και Μονάδα Περιτοναϊκής Κάθαρσης.

-Χειρουργικός Τομέας: Χειρουργική Κλινική, Ορθοπεδική Κλινική, Ουρολογική Κλινική, Οφθαλμολογική Κλινική, Αναισθησιολογικό Τμήμα και Ωτορινολαρυγγολογικό Τμήμα.

-Εργαστηριακός Τομέας: Ακτινοδιαγνωστικό Τμήμα, Μικροβιολογικό Τμήμα, Βιοχημικό Τμήμα, Κέντρο Αιμοδοσίας, Παθολογοανατομικό Τμήμα και Κυτταρολογικό Τμήμα.

Επίσης στο Νοσοκομείο λειτουργούν Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (Τ. Ε. Ι.) και Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (Τ. Ε. Π.)

### **Επιλογή δείγματος**

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε νοσηλευθέντες ασθενείς του ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ» κατά την ημέρα εξιτηρίου τους, για να μπορεί να είναι πιο αντικειμενική η γνώμη τους.

Το υλικό της μελέτης αποτέλεσε δείγμα 300 νοσηλευθέντων ασθενών, ημέρας εξιτηρίου. Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο και με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- Την προφορική συναίνεση των ασθενών για τη συμμετοχή τους στην έρευνα αφού προηγουμένως είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της
- Την ικανότητά τους για επικοινωνία
- Την εισαγωγή τους και νοσηλεία τους στο νοσοκομείο για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της μιας μέρας και για την εξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων επιλέχθηκαν ασθενείς την ημέρα της εξόδου τους.

### **Η δομή του ερωτηματολογίου**

Για τη διεξαγωγή της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο της κ. Βασιλικής Παπανικολάου, μετά από έγκριση χρήσης του από την ίδια (Παράρτημα ΙΙ). Η συλλογή

των πρωτογενών στοιχείων πραγματοποιήθηκε μέσω ποσοτικής μελέτης και τη χρήση καλά δομημένου και σταθμισμένου ερωτηματολογίου, κλειστών και ανοικτών ερωτήσεων, με 5βάθμιες και 10βάθμιες κλίμακες αξιολόγησης (κλίμακα Likert), από τις οποίες η πρώτη θεωρείτο ως η κατώτερη, το χειρότερο αποτέλεσμα. Το ερωτηματολόγιο (παρατίθεται στο Παράρτημα Ι), περιέχει ερωτήσεις σχετικές με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών, ερωτήσεις που επιχειρούσαν να ανιχνεύσουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά τους από τις ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες που έτυχαν κατά την προσέλευση και την παραμονή τους στο νοσοκομείο, αλλά και κατά την έξοδό τους από αυτό. Περιελάμβανε 67 ερωτήσεις κλειστού τύπου (ΝΑΙ / ΟΧΙ απαντήσεις, ερωτήσεις που επιδέχονταν μια απάντηση από μια σειρά επιλογών, ερωτήσεις με βαθμό συμφωνίας) και 2 ερωτήσεις ανοικτού τύπου. Επίσης, στο ερωτηματολόγιο δινόταν η δυνατότητα στους ασθενείς να καταγράψουν τις παρατηρήσεις, τα σχόλια και τις προτάσεις τους για τη βελτίωση των παρεχόμενων φροντίδων υγείας.

Πιο συγκεκριμένα το ερωτηματολόγιο περιελάμβανε:

- Δεκατρείς (13) ερωτήσεις, που αφορούσαν τα δημογραφικά – κοινωνικά χαρακτηριστικά των ασθενών
- Ένδεκα (11) ερωτήσεις, που αφορούσαν στη διαδικασία της εισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία με προγραμματισμένη εισαγωγή και από τα Επείγοντα Ιατρεία με έκτακτη εισαγωγή.
- Εννέα (9) ερωτήσεις, σχετικές με τη φροντίδα που τους προσφέρθηκε από το ιατρικό προσωπικό
- Οκτώ (8) ερωτήσεις, σχετικές με τη φροντίδα, που τους προσφέρθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό
- Δύο (2) ερωτήσεις, που αφορούσαν στη χρήση υπηρεσιών αποκλειστικής νοσοκόμας
- Δύο (2) ερωτήσεις σχετικές με τη διαχείριση του πόνου
- Ένδεκα (11) ερωτήσεις, σχετικές με τις υποδομές του Νοσοκομείου
- Τρείς (3) ερωτήσεις, που αφορούσαν στη διαδικασία αναχώρησής τους από το Νοσοκομείο
  
- Πέντε (5) ερωτήσεις, σχετικές με το κόστος της νοσηλείας τους
- Πέντε (5) ερωτήσεις, που αφορούσαν στη συνολική αξιολόγηση του Νοσοκομείου, και,

-Τέλος ζητήθηκε από τους ασθενείς να καταγράψουν τις παρατηρήσεις, τα σχόλια και τις προτάσεις τους για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο Νοσοκομείο.

Το ερωτηματολόγιο που ήταν ανώνυμο συμπληρώνονταν από τους ίδιους τους ασθενείς, για τους οποίους είχε ήδη εκδοθεί εξιτήριο και ετοιμάζονταν για την αποχώρησή τους από το νοσοκομείο. Η επιλογή αυτή έγινε για να αποφευχθεί ένα σημαντικό μειονέκτημα που αντιμετωπίζουν οι αντίστοιχες έρευνες που πραγματοποιούνται εντός του νοσοκομείου. Οι ασθενείς που νοσηλεύονται είναι σε δεινή θέση και συνήθως εξαρτημένοι από τους θεραπευτές τους, με συνέπεια να μην απαντούν με μεγάλο βαθμό ελευθερίας. Ταυτόχρονα ο φόβος τους για την εξέλιξη της ασθένειάς τους οδηγεί στο να εκφράζουν πολύ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης για το έργο και τη συμπεριφορά των θεραπειών τους, γεγονός που δημιουργεί στρεβλώσεις στην αμεροληψία των αποτελεσμάτων.

### **Διανομή ερωτηματολογίων**

Η διανομή των ερωτηματολογίων έγινε σε ασθενείς που πήραν εξιτήριο από την κλινική. Για τον εντοπισμό των ασθενών – εξιτηρίων ζητήθηκε η συνδρομή του προϊστάμενου νοσηλευτή της κλινικής ενώ η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε συγκεκριμένα το διάστημα από 8 Ιουνίου 2011 έως 31 Αυγούστου 2011. Οι κλινικές στις οποίες έγινε διανομή ερωτηματολογίων ήταν: Παθολογική, Καρδιολογική, Νεφρολογική, Ορθοπαιδική, Χειρουργική, Πνευμονολογική, Οφθαλμολογική και Ουρολογική.

Το διάστημα της μελέτης στις κλινικές που δόθηκαν ερωτηματολόγια ο αριθμός των εξιτηρίων συνολικά ήταν: 1.191. Αναλυτικότερα:

Παθολογική κλινική:	187 εξιτήρια
Καρδιολογική κλινική:	173 εξιτήρια
Νεφρολογική κλινική:	152 εξιτήρια
Ορθοπαιδική κλινική:	125 εξιτήρια
Χειρουργική κλινική:	177 εξιτήρια
Πνευμονολογική κλινική:	167 εξιτήρια
Οφθαλμολογική κλινική:	98 εξιτήρια
Ουρολογική κλινική:	112 εξιτήρια

## Αποτελέσματα

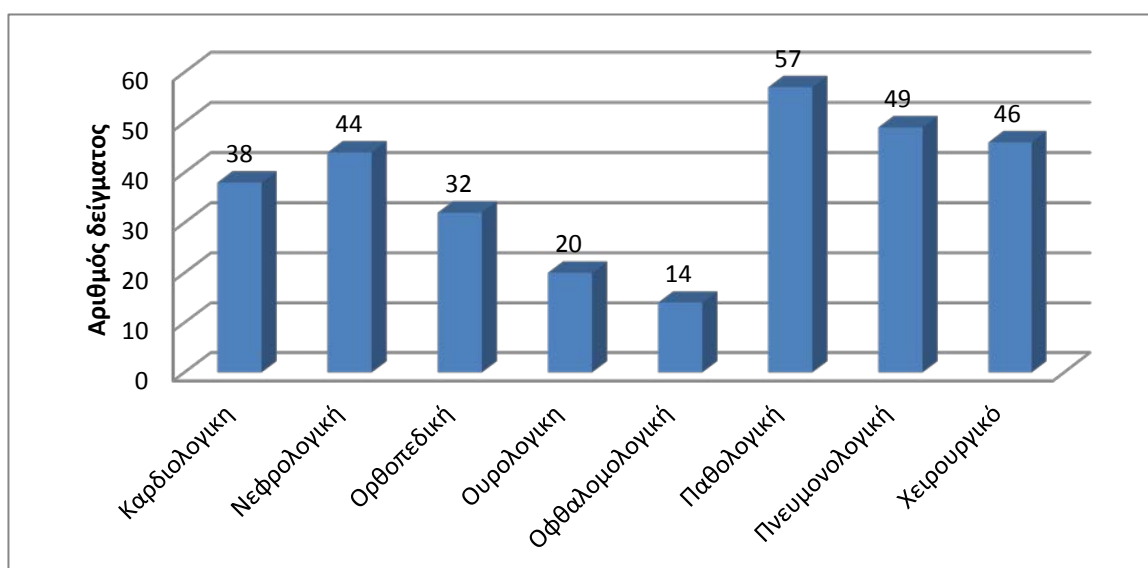
### Επεξεργασία και ανάλυση δεδομένων

Η επεξεργασία των δεδομένων και η στατιστική τους ανάλυση έγιναν με τη χρήση του Στατιστικού Πακέτου για τις Κοινωνικές Επιστήμες SPSS 18 (Statistical Package for the Social Science), με τη βοήθεια του οποίου καταρτίστηκαν όλοι οι πίνακες και τα διαγράμματα. Για την πραγματοποίηση των αναλύσεων χρησιμοποιήθηκαν οι εξής έλεγχοι: t-test, ανάλυση διασποράς, Bonferroni, Spearman's rho.

Ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων της μελέτης και η παρουσίασή τους σε γραφήματα βάσει του ερωτηματολογίου.

### Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

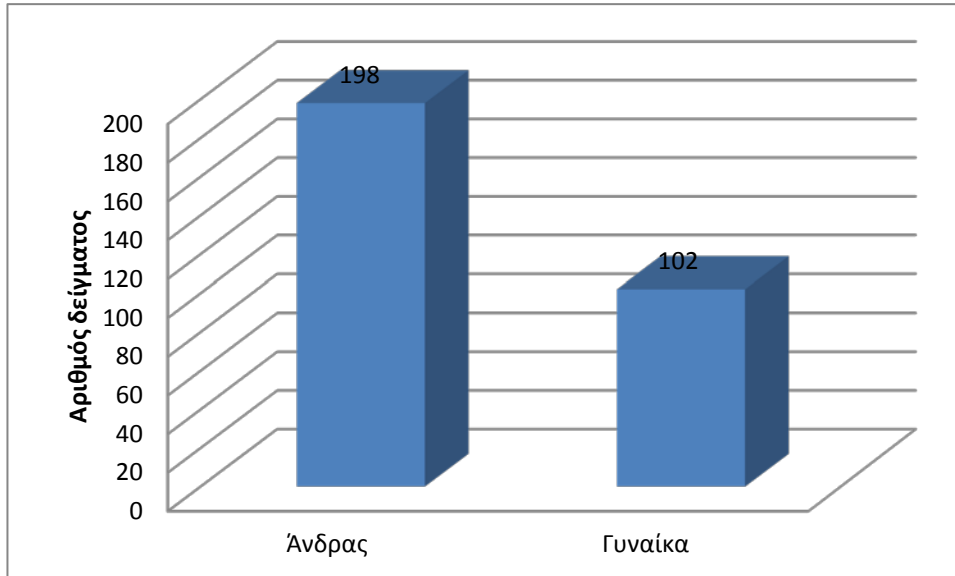
Οι κλινικές στις οποίες νοσηλεύθηκαν οι ασθενείς ήταν: Καρδιολογική (12,7%), Νεφρολογική (14,7%), Ορθοπεδική (10,7%), Ουρολογική (6,7%), Οφθαλμολογική (4,7%), Παθολογική (19%), Πνευμονολογική (16,3%) και Χειρουργική (15,3%).



Εικόνα 1: Αριθμός νοσηλευθέντων ασθενών ανά κλινική

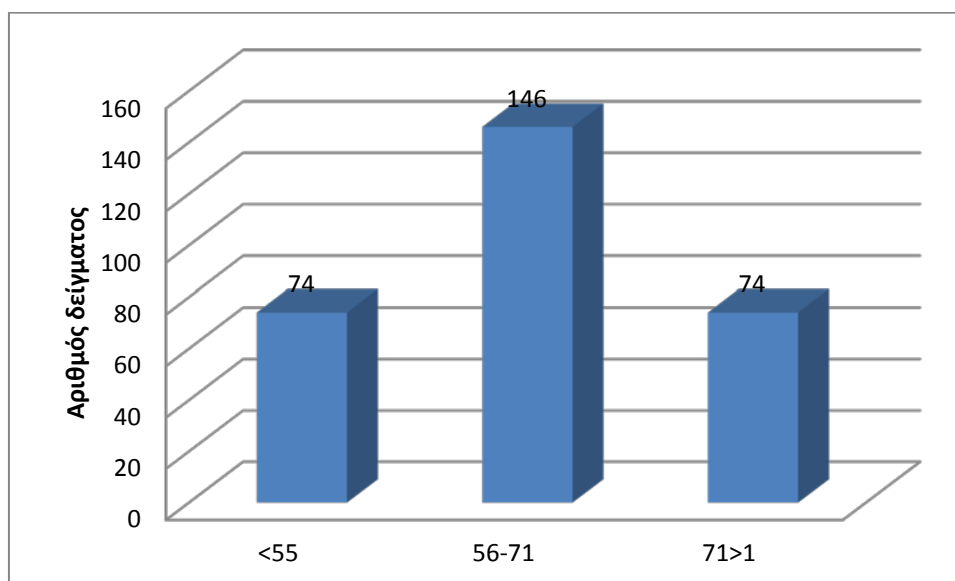
Από τους 300 ασθενείς του δείγματος, το 66% (198) ήταν άνδρες και το 34% (102) γυναίκες.

### ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ



Εικόνα 2: Φύλο ασθενών του δείγματος

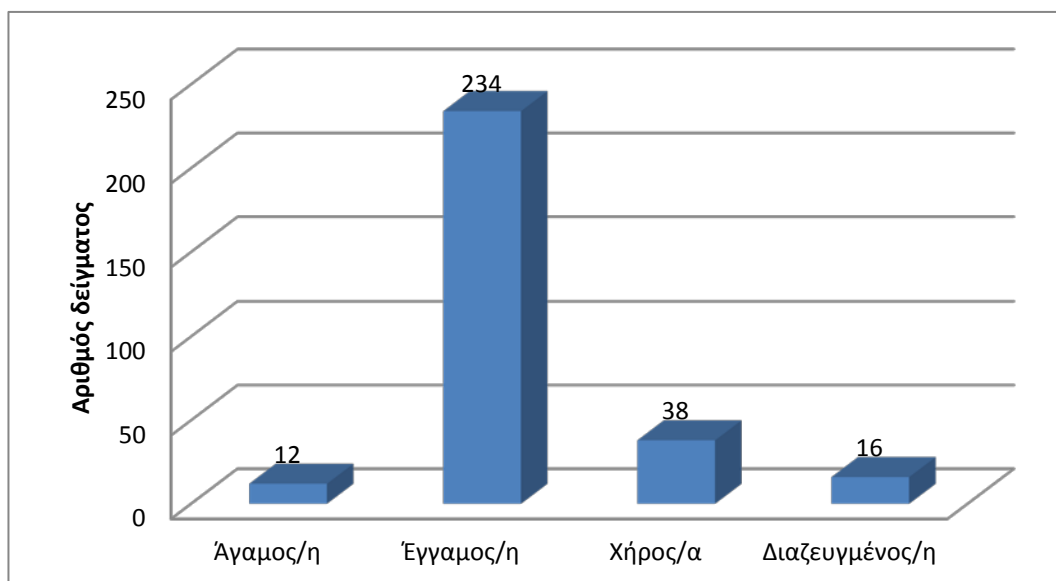
Το 25% των ασθενών ήταν κάτω από 55 ετών, το 50% από 56 έως 70 ετών και το υπόλοιπο 25% από 71 και πάνω. Ο μικρότερος σε ηλικία ασθενής ήταν 18 ετών και ο μεγαλύτερος 96 ετών.



Εικόνα 3: Ηλικία ασθενών του δείγματος

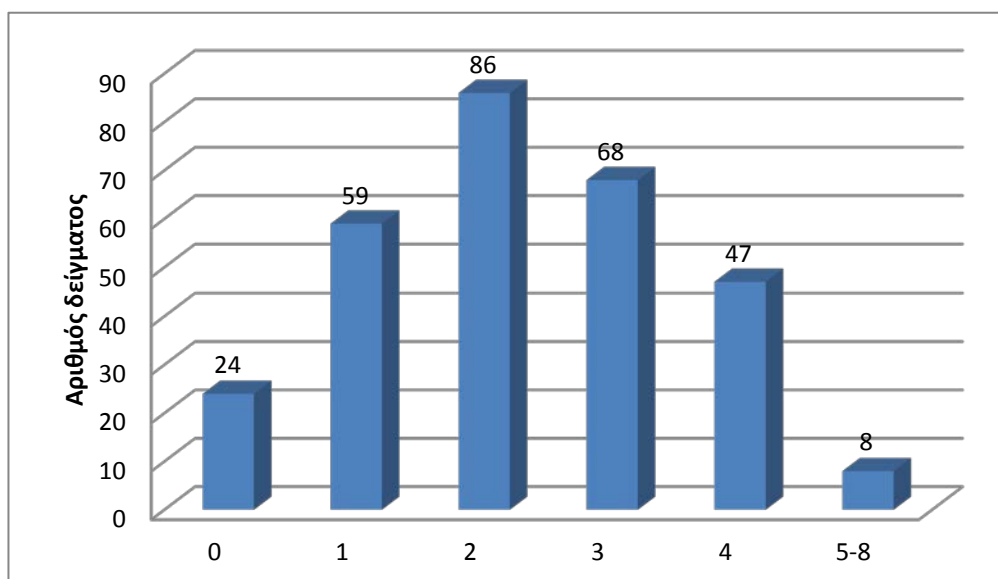


Σχετικά με την οικογενειακή κατάσταση το 78% (234) του δείγματος είναι έγγαμοι, το 12,7% (38) χήροι, το 5,3%(16) διαζευγμένοι και το 4% (12) άγαμοι.



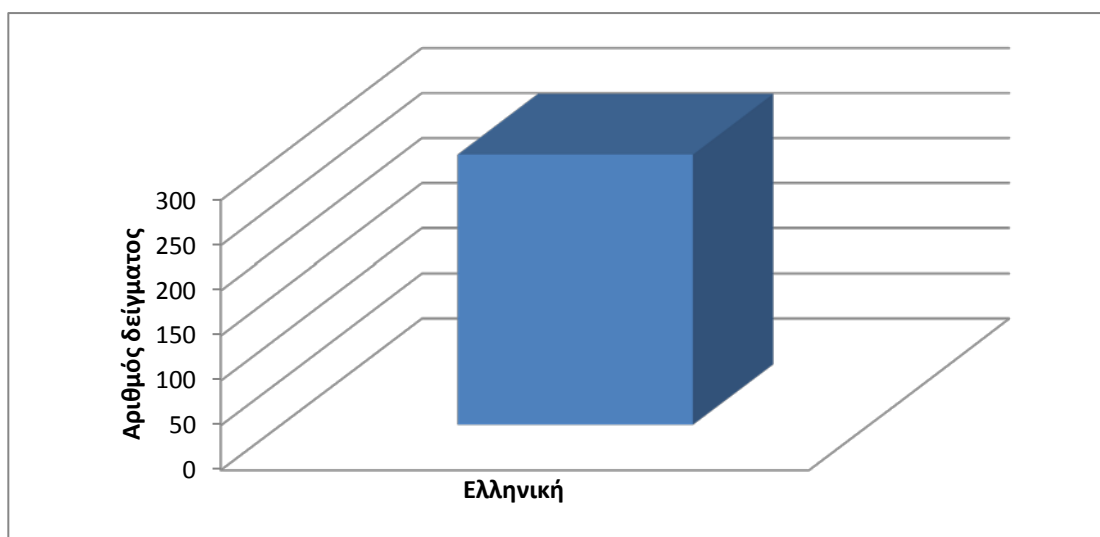
Εικόνα 4: Οικογενειακή κατάσταση ασθενών του δείγματος

Σχετικά με τον αριθμό των ατόμων που διαβιώνουν με τους ασθενείς, το 29,5%(86) αναφέρει 2 άτομα, το 23,3% (68) αναφέρει 3 άτομα, το 20,2% (59) αναφέρει 1 άτομο, το 16,1%(47) αναφέρει 4 άτομα, το 8,2% (24) αναφέρει 0 άτομα και το υπόλοιπο 2,7% (8) αναφέρει από 5 έως 8 άτομα.



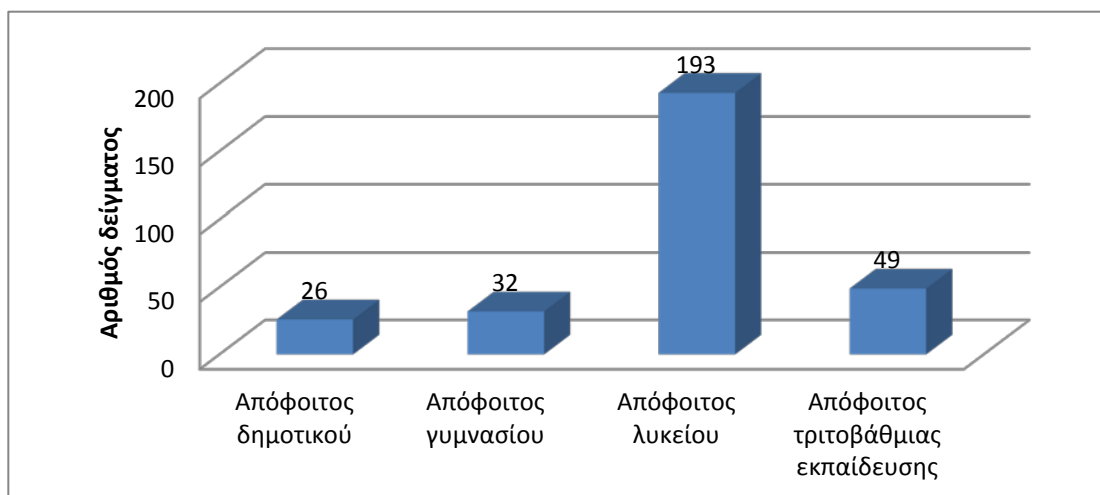
Εικόνα 5: Πλήθος ατόμων που ζουν με τους ασθενείς του δείγματος

Το σύνολο των ασθενών είναι Ελληνικής υπηκοότητας.



Εικόνα 6: Υπηκοότητα δείγματος

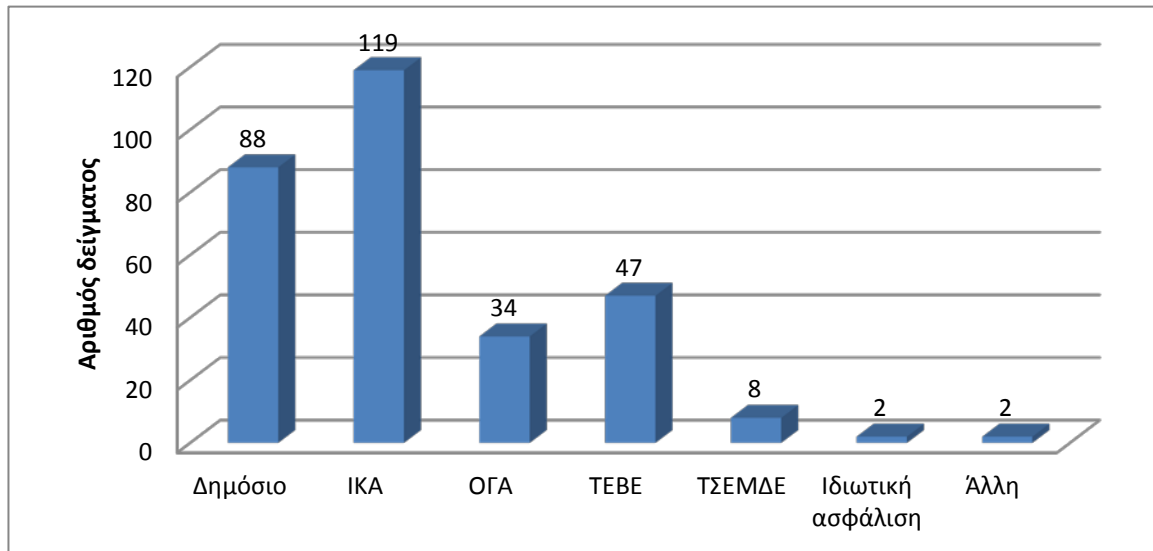
Το 64,3% (193) των ασθενών είναι απόφοιτοι Λυκείου, το 16,3% (49) είναι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας Εκπαίδευσης, το 10,7% (32) είναι απόφοιτοι Γυμνασίου και το υπόλοιπο 8,7%(26) είναι απόφοιτοι Δημοτικού.



Εικόνα 7: Εκπαίδευση δείγματος

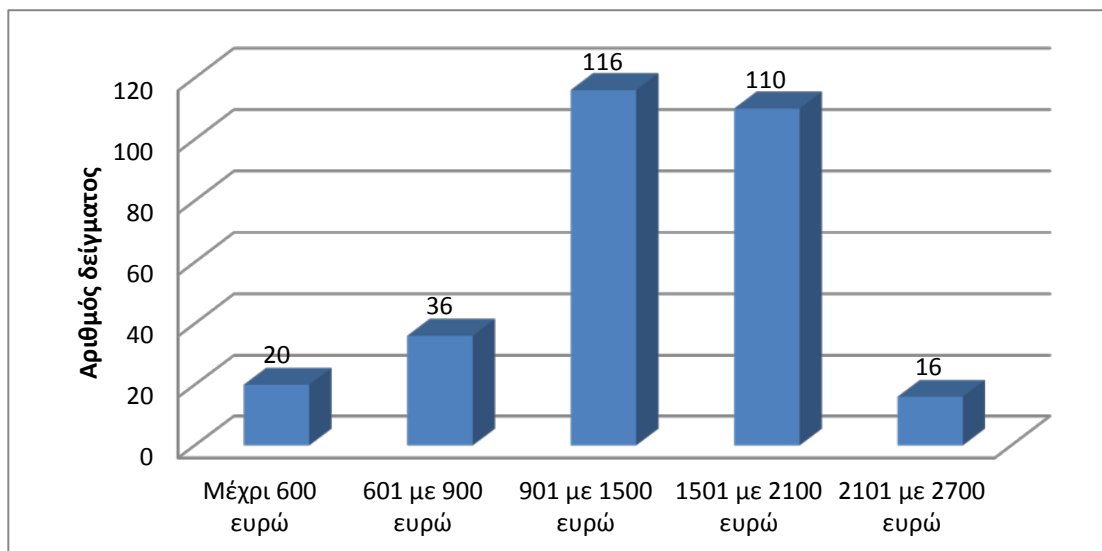
Ως προς την ασφαλιστική κάλυψη των ασθενών το 39,7% (119) είναι ασφαλισμένο στο ΙΚΑ, το 29,3% (88) στο ΟΠΑΔ, το 15,7% (47) στο ΟΑΕΕ, το 11,3% (34) στον ΟΓΑ, το

2,7% (8) στο ΤΣΕΜΔΕ, το 0,7% (2) έχει ιδιωτική ασφάλιση και το υπόλοιπο 0,7% (2) έχει δηλώσει άλλη ασφάλιση.



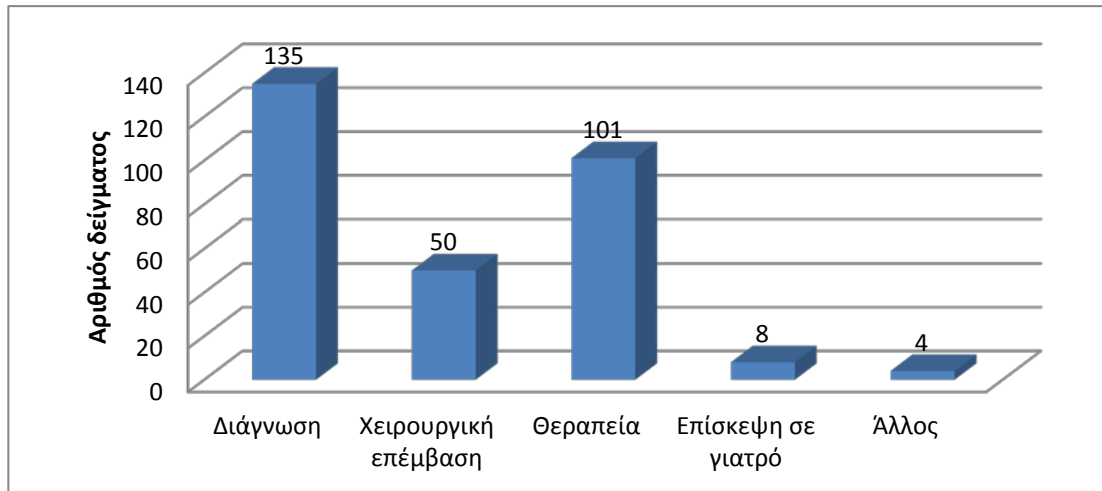
Εικόνα 8: Ασφαλιστικός φορέας δείγματος

Όσον αφορά το μηνιαίο εισόδημα το 38,9% (116) έχει εισόδημα από 901 έως 1500 ευρώ, το 36,9% (110) έχει εισόδημα από 1501 έως 2100 ευρώ, το 12,1% (36) έχει εισόδημα από 601 έως 900 ευρώ, το 6,7%(20) έχει εισόδημα κάτω από 600 ευρώ και το 5,4% έχει εισόδημα από 2101 έως 2700 ευρώ.



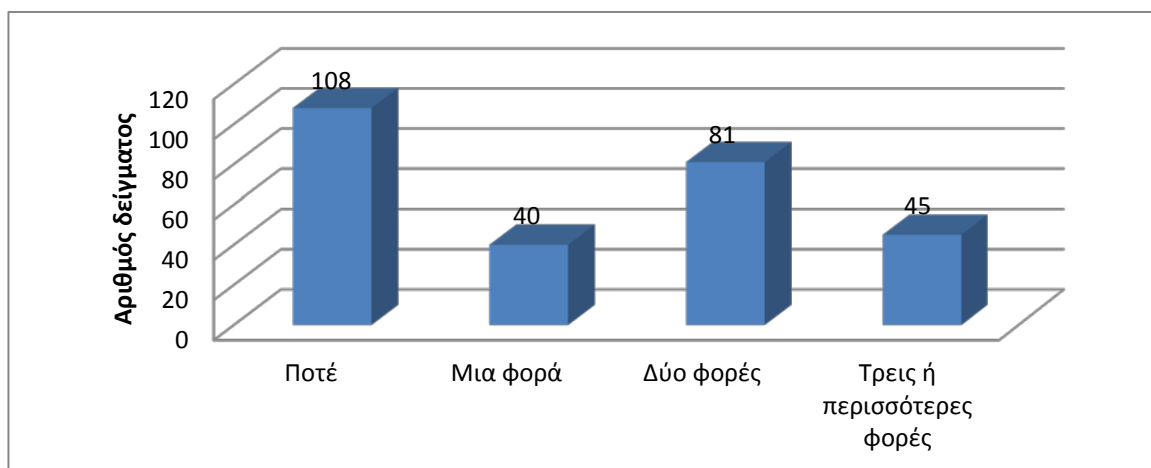
Εικόνα 9: Μηνιαίο εισόδημα δείγματος

Ο λόγος εισαγωγής για το 45,3% (135) των ασθενών στο Νοσοκομείο ήταν η διάγνωση, για το 33,9% (101) η θεραπεία, για το 16,8% (50) η χειρουργική επέμβαση, για το 2,7% (8) η επίσκεψη στο γιατρό και για το 1,3% (4) υπήρχε άλλο λόγο.



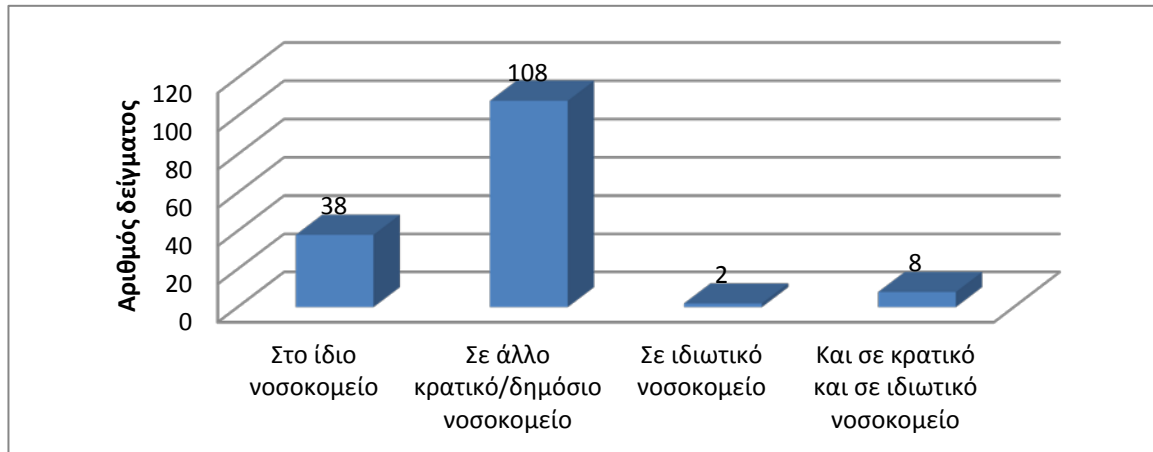
Εικόνα 10: Λόγος εισαγωγής στο νοσοκομείο

Το 39,4% (108) των ασθενών δεν έχει νοσηλευτεί ξανά στο παρελθόν, το 29,6% (81) έχει νοσηλευτεί 2 φορές στο παρελθόν, το 16,4% (45) από 3 και πάνω και το 14,6% (40) μια φορά.



Εικόνα 11: Συχνότητα νοσηλείας στο παρελθόν

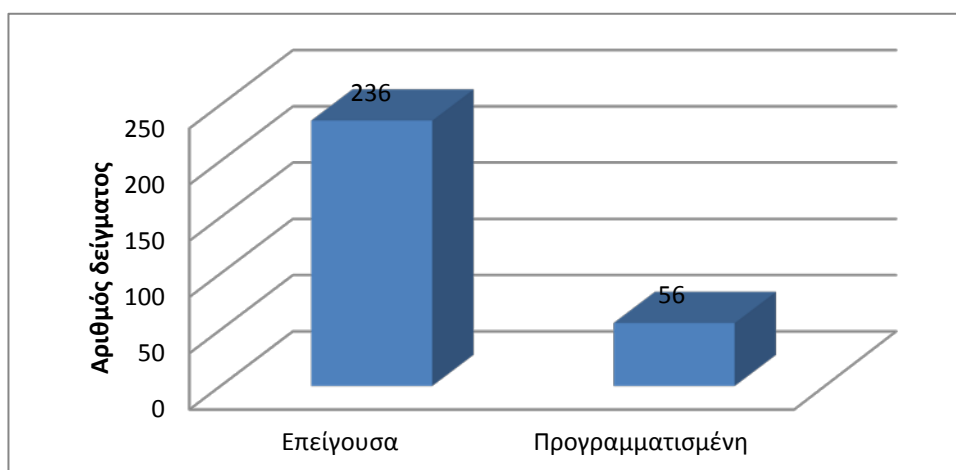
Το 69,2% (108) που έχουν νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομείο δήλωσαν κρατικό/δημόσιο νοσοκομείο, το 24,4% (38) στο ίδιο νοσοκομείο, το 5,1%(8) σε κρατικό και σε ιδιωτικό και το 1,3% (2) μόνο σε ιδιωτικό.



Εικόνα 12: Είδος νοσοκομείου στο οποίο έγινε η νοσηλεία στο παρελθόν

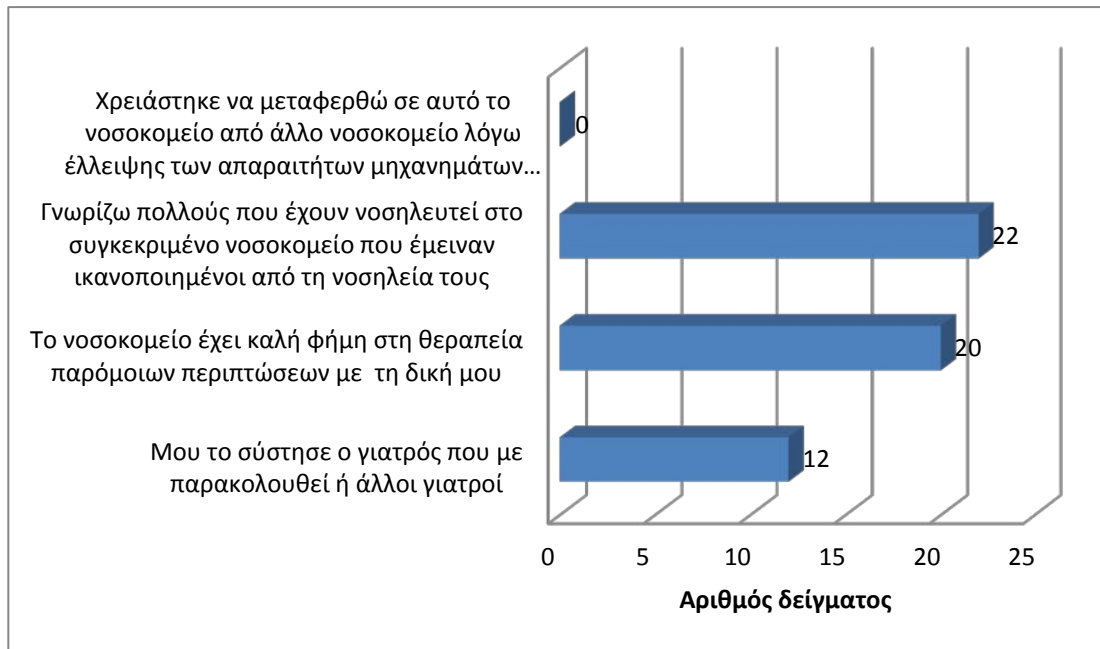
#### *Η ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ*

Το 80,8 (236) των ασθενών εισήχθη στο νοσοκομείο ως επείγον περιστατικό ενώ το 19,2% (56) προγραμματισμένα.



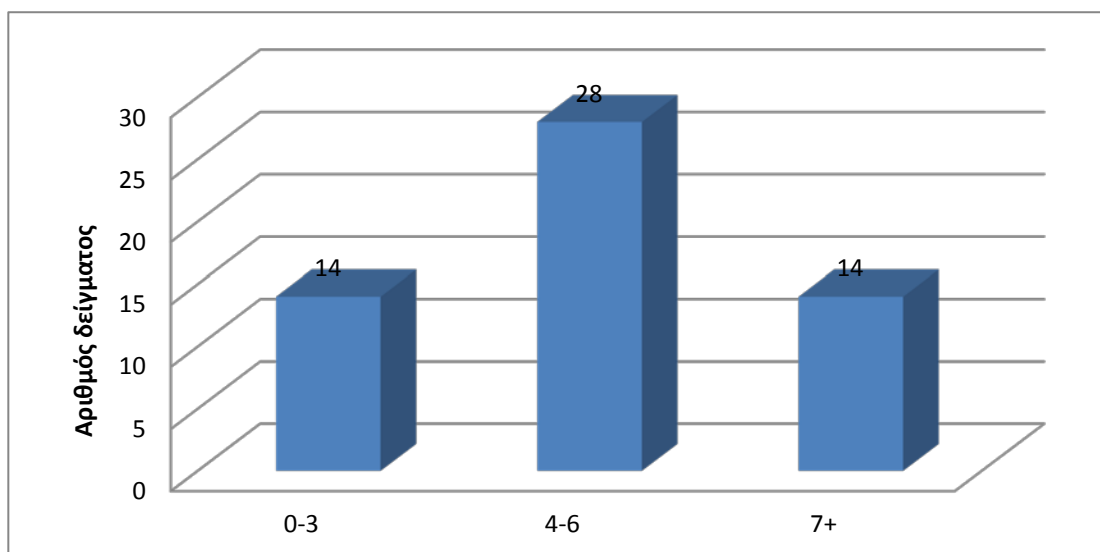
Εικόνα 13: Τύπος εισαγωγής

Για τους ασθενείς που εισήχθησαν στο Νοσοκομείο προγραμματισμένα το 40,7% (22) ανέφερε ότι επέλεξε το Νοσοκομείο διότι γνώριζαν πολλά άτομα που έχουν νοσηλευτεί σε αυτό, το 37% (20) διότι το Νοσοκομείο έχει καλή φήμη στη θεραπεία παρόμοιων περιπτώσεων με τη δική τους και το 22,2% (12) επειδή τους το σύστησε ο γιατρός που τους παρακολουθεί ή άλλοι γιατροί.



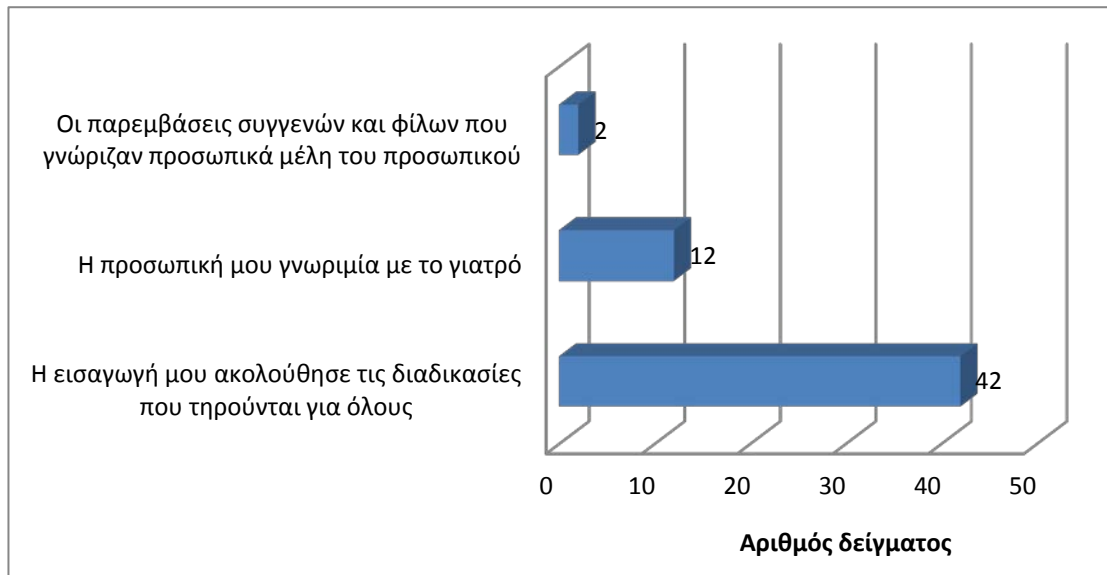
Εικόνα 14: Λόγος επιλογής του νοσοκομείου σε προγραμματισμένη εισαγωγή

Το 25% (14) των ασθενών που έκαναν προγραμματισμένη εξέταση στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία περίμεναν μέχρι το ραντεβού λιγότερο από 3 μέρες, το 50% (28) από 3 έως 7 ημέρες και το υπόλοιπο 25% (14) πάνω από 7 ημέρες.



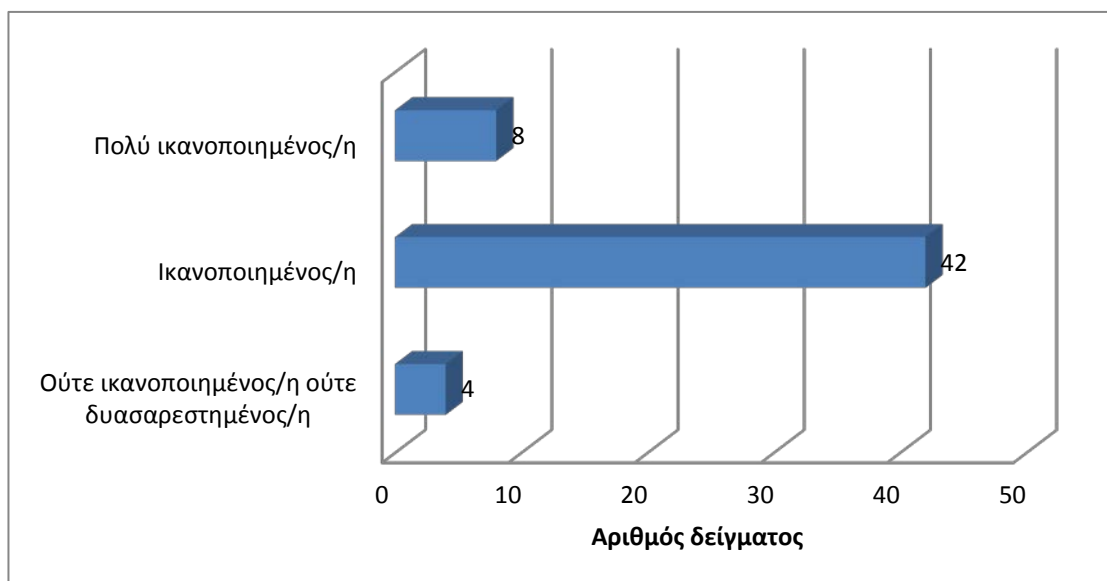
Εικόνα 15: Χρόνος αναμονής για ραντεβού στα Τακτικά εξωτερικά ιατρεία

Το 75% (42) των ασθενών που είχαν προγραμματισμένη εξέταση πιστεύει ότι ο λόγος για τον καθορισμό της ημερομηνίας εξέτασης ήταν οι διαδικασίες που τηρούνται για όλους, το 21,4% (12) αναφέρει την προσωπική γνωριμία με το γιατρό και το 3,6% (2) τις παρεμβάσεις συγγενών και φίλων που γνώριζαν προσωπικά μέλη του προσωπικού.



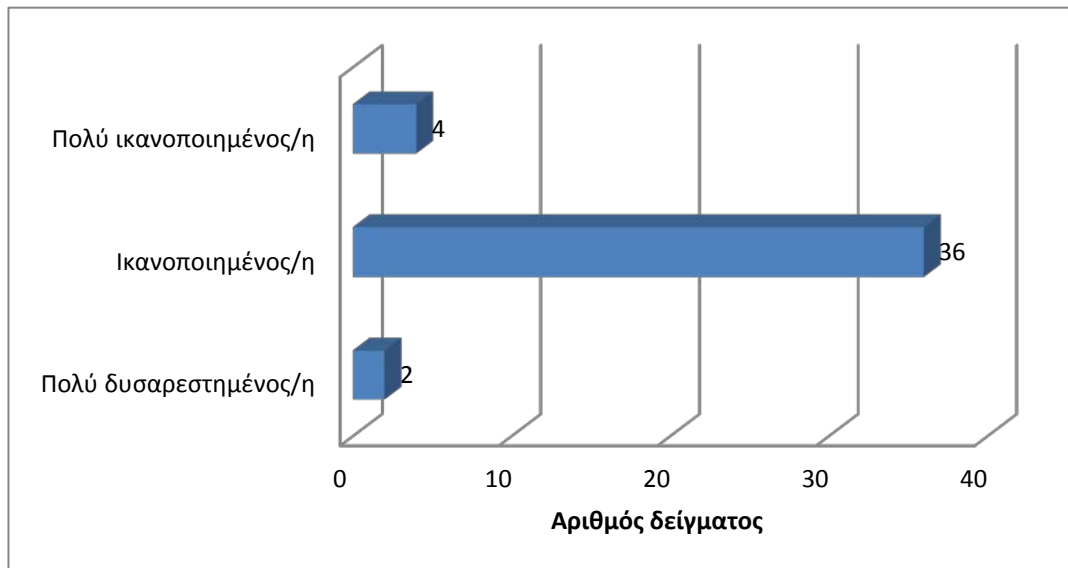
Εικόνα 16: Λόγοι που συνέβαλαν στο να οριστεί το ραντεβού

Το 92,6% (50) των ασθενών με προγραμματισμένη εξέταση είναι τουλάχιστον ικανοποιημένο από τον χρόνο που χρειάστηκε να περιμένει για να κλείσει το ραντεβού εξέτασης ενώ το 7,4% (4) είναι ουδέτερο.



Εικόνα 17: Ικανοποίηση από τον χρόνο αναμονής για ραντεβού στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία

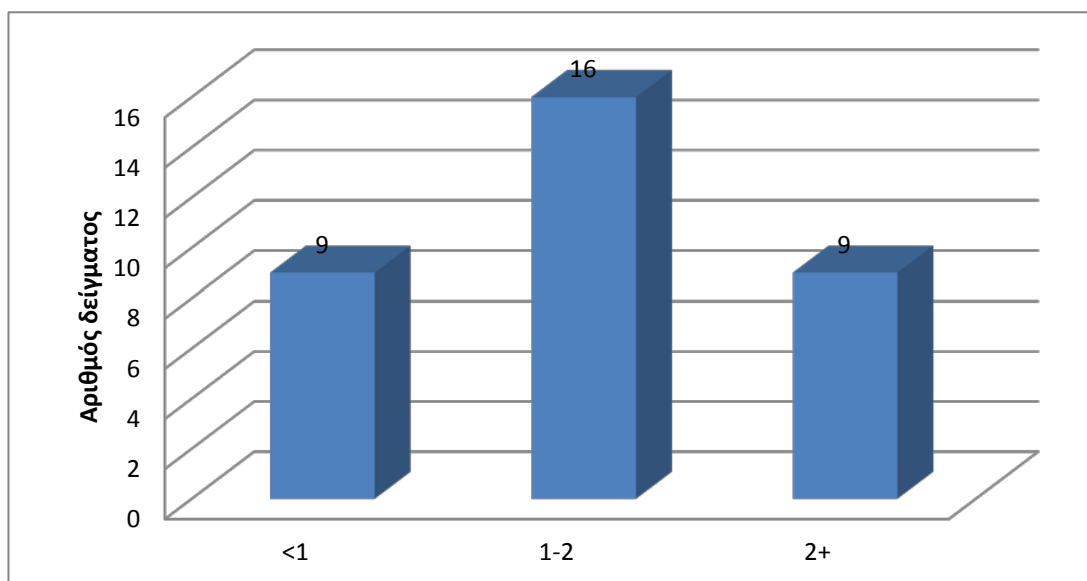
Το 95,2% (40) των ασθενών με προγραμματισμένη εξέταση είναι τουλάχιστον ικανοποιημένο από τις ιατρικές υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία ενώ το 4,8% (2) είναι πολύ δυσαρεστημένο.



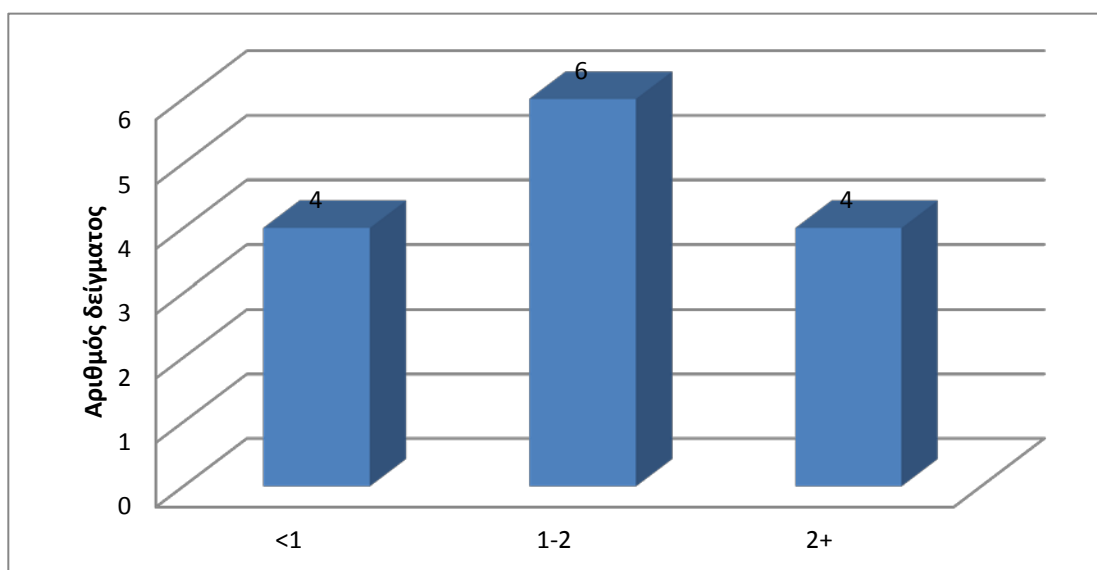
Εικόνα 18: Ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία

Παρατηρούμε ότι ο χρόνος αναμονής για εισαγωγή στην κλινική μετά την εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία ήταν κάτω από μια ώρα για το 25% (9) ασθενών που έκαναν προγραμματισμένη εισαγωγή, για το 50% (16) από 1 έως 2 ώρες και για το υπόλοιπο 25% (9) πάνω από 2 ώρες. Ακόμα το 25% (4) που έκαναν προγραμματισμένη εισαγωγή ανέμεναν λιγότερο από μια ημέρα, το 50% (6) από 1 έως 2 ημέρες και το υπόλοιπο 25% (4) πάνω από 2 ημέρες. Τέλος 2 ασθενείς περίμεναν 4 μήνες για την εισαγωγή τους.



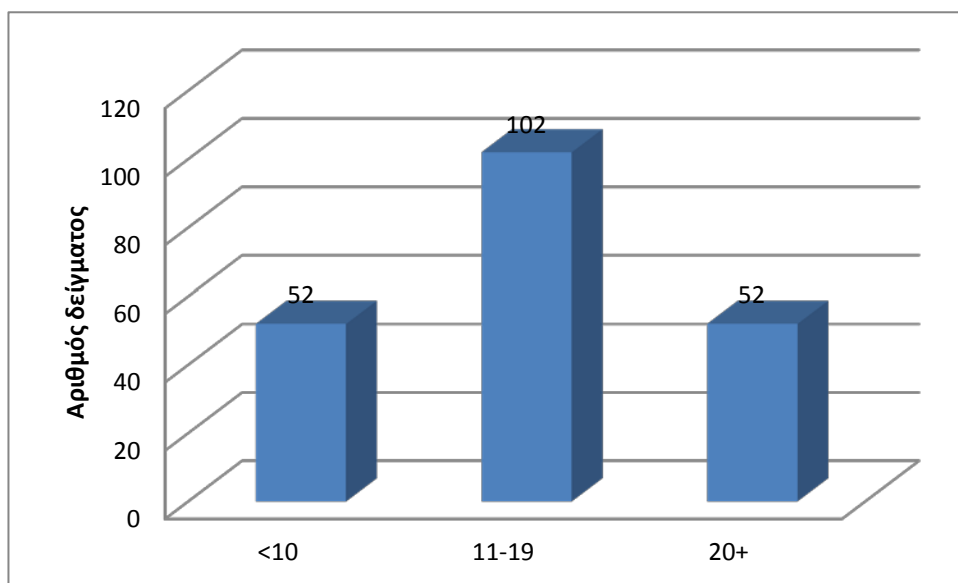


Εικόνα 19: Χρόνος αναμονής για εισαγωγή στη κλινική μετά την εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία (ώρες)

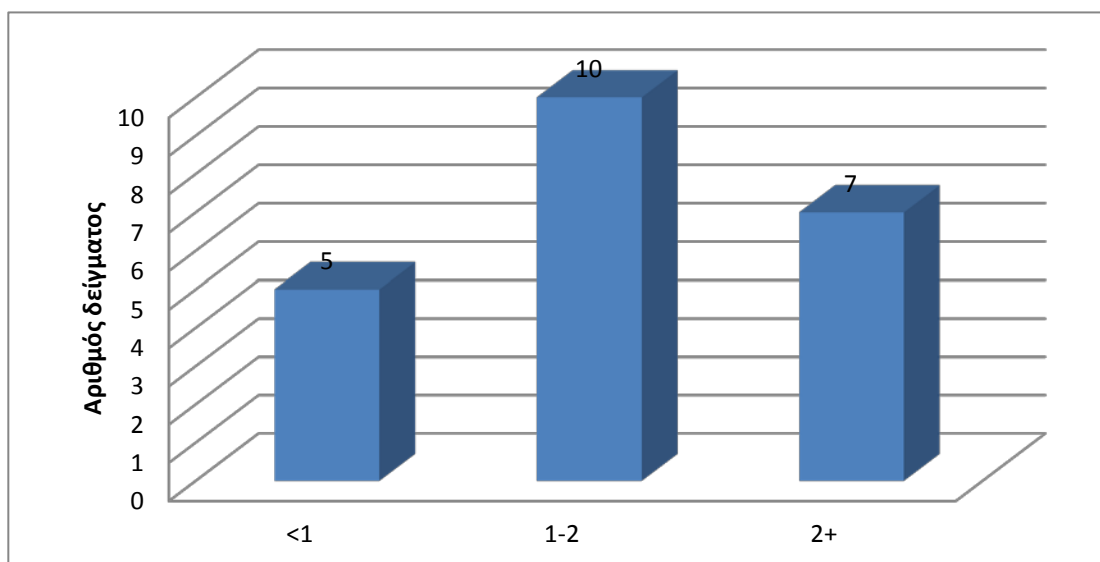


Εικόνα 20: Χρόνος αναμονής για εισαγωγή στη κλινική μετά την εξέταση στα εξωτερικά ιατρεία (ημέρες)

Παρατηρούμε ότι ο χρόνος εξέτασης από τα ιατρεία εφημερίας ήταν κάτω από 10 λεπτά για το 25% (52) ασθενών που δεν έκαναν προγραμματισμένη εισαγωγή, για το 50% (102) από 10 έως 20 λεπτά και για το υπόλοιπο 25% (52) πάνω από 20 λεπτά. Ακόμα το 25% (5) που δεν έκαναν προγραμματισμένη εισαγωγή ανέμεναν λιγότερο από μια ώρα, το 50% (10) από 1 έως 2 ώρες και το υπόλοιπο 25% (5) πάνω από 2 ώρες.

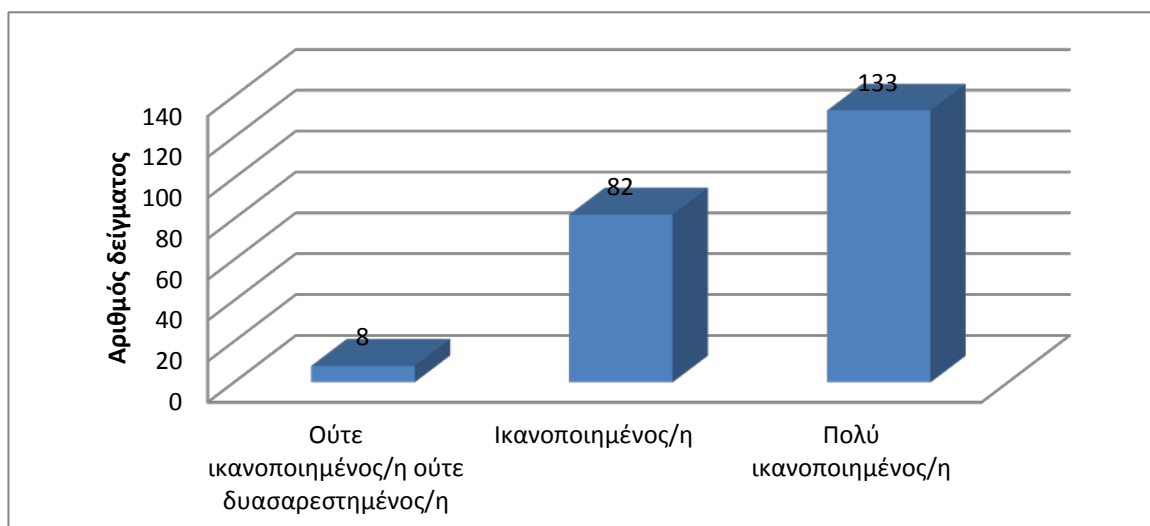


Εικόνα 21: Χρόνος αναμονής για εξέταση στα ιατρεία εφημερίας (λεπτά)



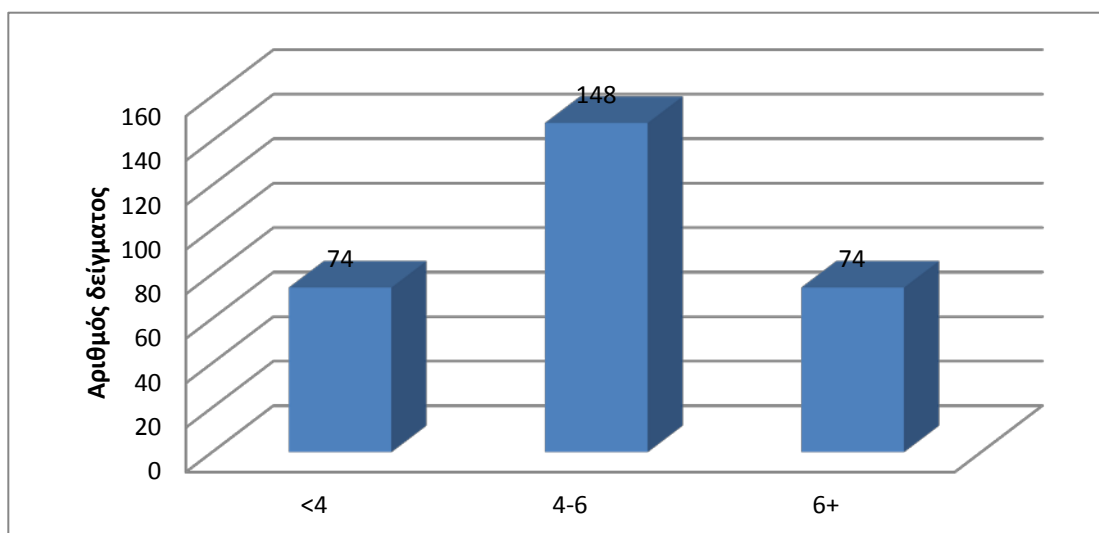
Εικόνα 22: Χρόνος αναμονής για εξέταση στα ιατρεία εφημερίας (ώρες)

Το 96,4% (215) των ασθενών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από τις ιατρικές υπηρεσίες που του προσφέρθηκαν στα ιατρεία εφημερίας και το 3,6% εξέφρασε ουδέτερα συναισθήματα.



Εικόνα 23: Ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στα τακτικά Ιατρεία εφημερίας

Παρατηρούμε ότι ο χρόνος παραμονής των ασθενών στο Νοσοκομείο ήταν κάτω από τις 4 ημέρες για το 25% (78), για το 50% (148) από 4 έως 6 ημέρες και για το υπόλοιπο 25% (78) πάνω από 6 ημέρες. Ο μικρότερος χρόνος παραμονής ήταν η 1 ημέρα και ο μεγαλύτερος οι 20 ημέρες.



Εικόνα 24: Χρόνος παραμονής στο νοσοκομείο (σε ημέρες)

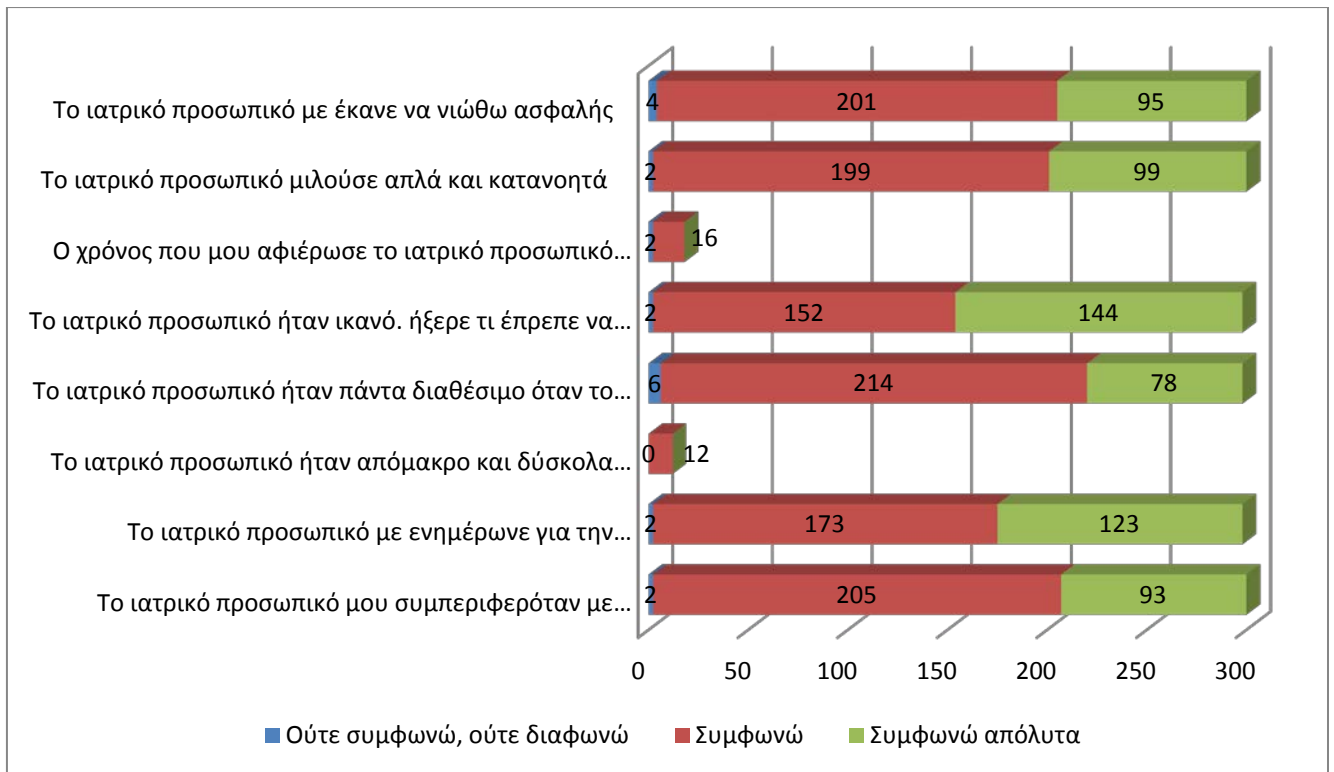
Από τον Πίνακα 1 παρατηρούμε ότι η μέση διάρκεια νοσηλείας σε όλες τις κλινικές είναι 5,45 μέρες κατά μέσο όρο. Τη μεγαλύτερη διάρκεια μέση νοσηλείας την εμφανίζει η Νεφρολογική και η Παθολογική κλινική με 6,4 περίπου κατά μέσο όρο ημέρες ενώ την μικρότερη η Οφθαλμολογική κλινική με 2,57 κατά μέσο όρο ημέρες.

**Πίνακας 1: Μέση Διάρκεια Νοσηλείας ανά Κλινική**

	Πλήθος ασθενών	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση
Καρδιολογική	36	4,4444	2,06252
Νεφρολογική	44	6,4091	3,59145
Ορθοπαιδική	32	5,9375	3,37866
Ουρολογική	20	4,2000	1,00525
Οφθαλμολογική	14	2,5714	,75593
Παθολογική	57	6,3509	2,69584
Πνευμονολογική	47	5,5957	1,42432
Χειρουργικό	46	5,1739	3,12200
Σύνολο	296	5,4561	2,79553

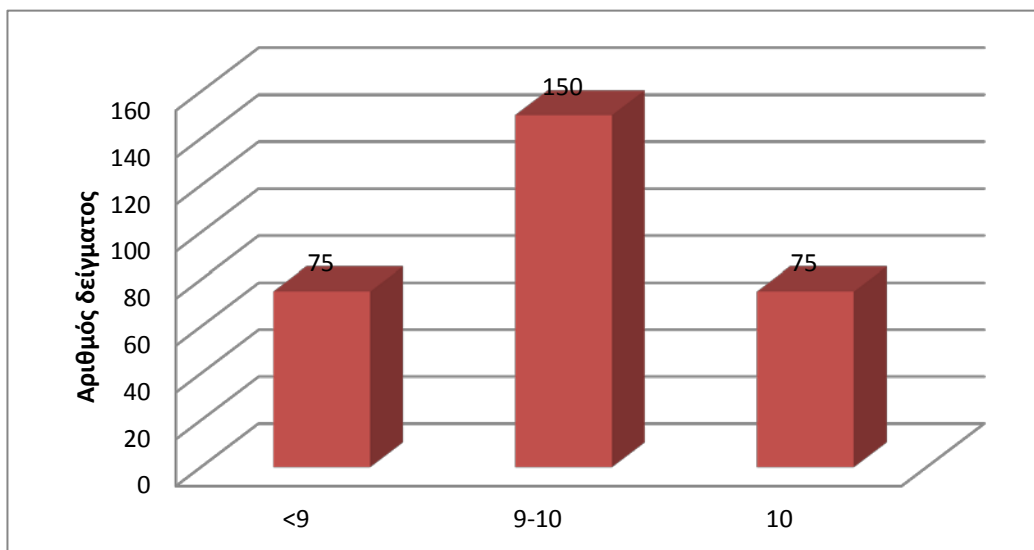
#### *Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ*

Όσον αφορά στη φροντίδα που προσέφερε το ιατρικό προσωπικό παρατηρούμε ότι το 99,3% (298) των ασθενών συμφωνεί ότι συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια, το 99,4% (296) συμφωνεί ότι ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας τους, το 97,3% (292) θεωρεί ότι ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόταν, το 98,7% (296) πιστεύει ότι ήταν ικανό και ήξερε τι έπρεπε να κάνει, το 99,3% (298) θεωρεί ότι μιλούσε απλά και κατανοητά, το 98,7% (296) αισθανόταν ασφάλεια μαζί του, μόνο το 4% (12) θεώρησε ότι το ιατρικό προσωπικό ήταν απόμακρο και μόνο το 5,3% (16) θεώρησε λίγο τον χρόνο που αφιέρωσε το ιατρικό προσωπικό.



Εικόνα 25: Η φροντίδα που προσέφερε το ιατρικό προσωπικό

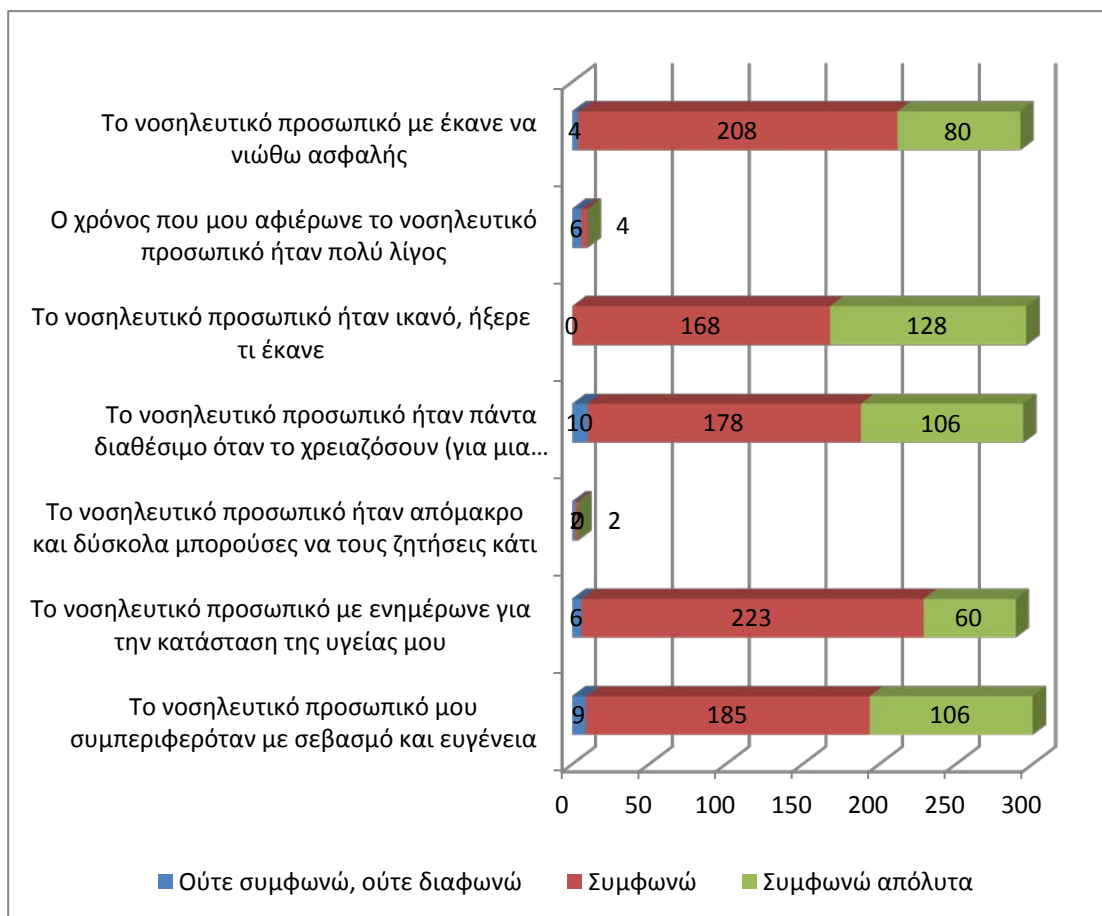
Το 25% (75) των ασθενών αξιολογεί το ιατρικό προσωπικό με βαθμό κάτω από 9, το 50% (150) με 9 έως 10 και το υπόλοιπο 25% (75) με 10. Η μικρότερη βαθμολογία που δόθηκε είναι το 7.



Εικόνα 26: Βαθμολογία ιατρικού προσωπικού με άριστα το 10

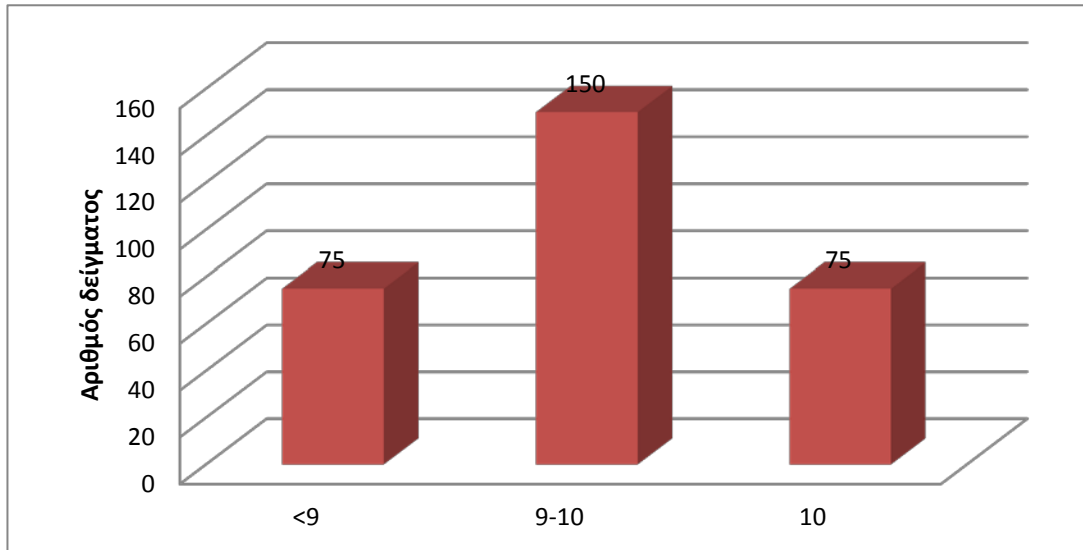
## Η ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΤΟΥ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ

Ως προς την φροντίδα που προσέφερε το νοσηλευτικό προσωπικό παρατηρούμε ότι το 97% (291) των ασθενών συμφωνεί ότι συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια, το 94,9% (283) συμφωνεί ότι ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας τους, το 94,6% (284) θεωρεί ότι ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόταν, το 99,4% (296) πιστεύει ότι ήταν ικανό και ήξερε τι έπρεπε να κάνει, το 96,6% (288) αισθανόταν ασφάλεια μαζί του, μόνο το 0,7% (2) θεώρησε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απόμακρο και μόνο το 1,3% (4) θεώρησε λίγο τον χρόνο που αφιέρωσε το νοσηλευτικό προσωπικό.



Εικόνα 27: Η φροντίδα που προσέφερε το νοσηλευτικό προσωπικό

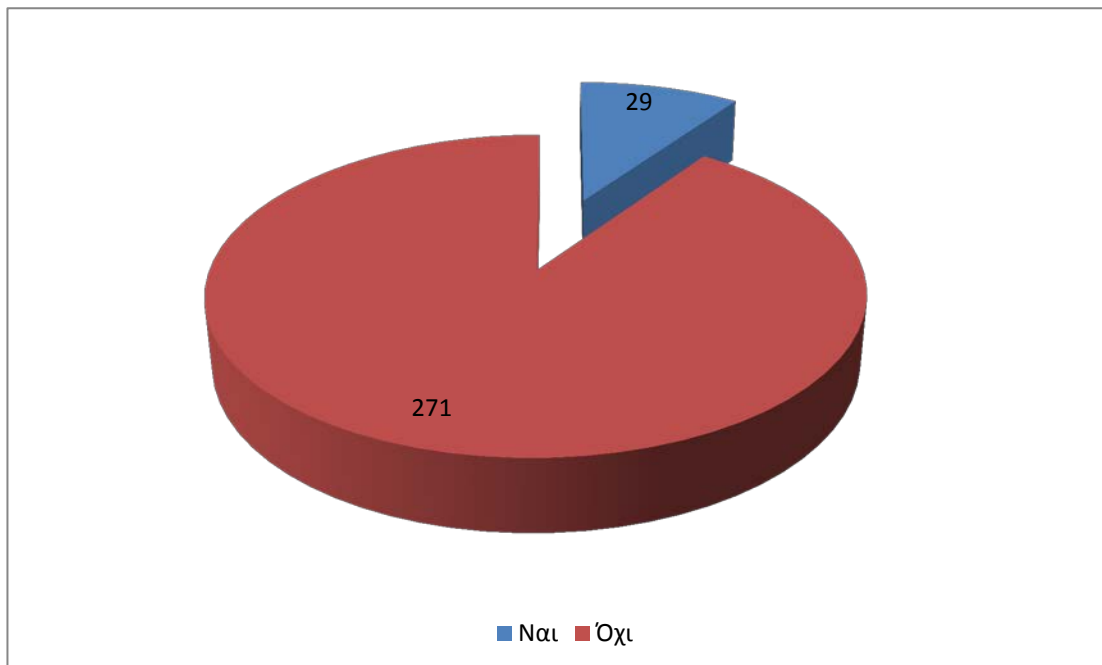
Το 25% (75) των ασθενών αξιολογεί το νοσηλευτικό προσωπικό με βαθμό κάτω από 9, το 50% (150) με 9 έως 10 και το υπόλοιπο 25% (75) με 10. Η μικρότερη βαθμολογία που δόθηκε είναι το 4.



Εικόνα 28: Βαθμολογία νοσηλευτικού προσωπικού με άριστα το 10

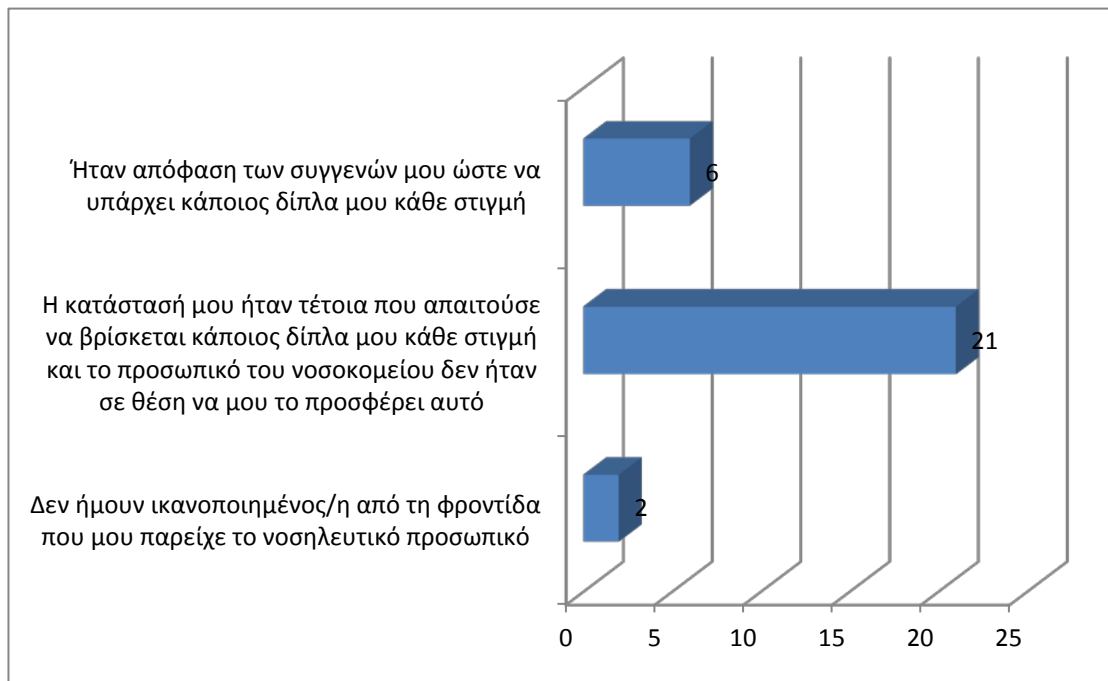
#### ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΗ ΝΟΣΟΚΟΜΑ

Παρατηρούμε ότι το 9,7% (29) των ασθενών να έχουν κάνει χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας και το 90,3% (271) όχι.



Εικόνα 29: Αποκλειστική νοσοκόμα

Το 72,4% (21) των ασθενών που έκαναν χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας δικαιολόγησε την χρήση της διότι η κατάστασή τους ήταν τέτοια που απαιτούσε να βρίσκεται κάποιος δίπλα τους κάθε στιγμή και το προσωπικό του νοσοκομείου δεν ήταν σε θέση να τους το προσφέρει, το 20,7% (6) ανέφερε ότι ήταν απόφαση των συγγενών του και το 69% (2) ανέφερε ότι δεν ήταν ικανοποιημένος από τη φροντίδα που παρείχε το νοσηλευτικό προσωπικό.

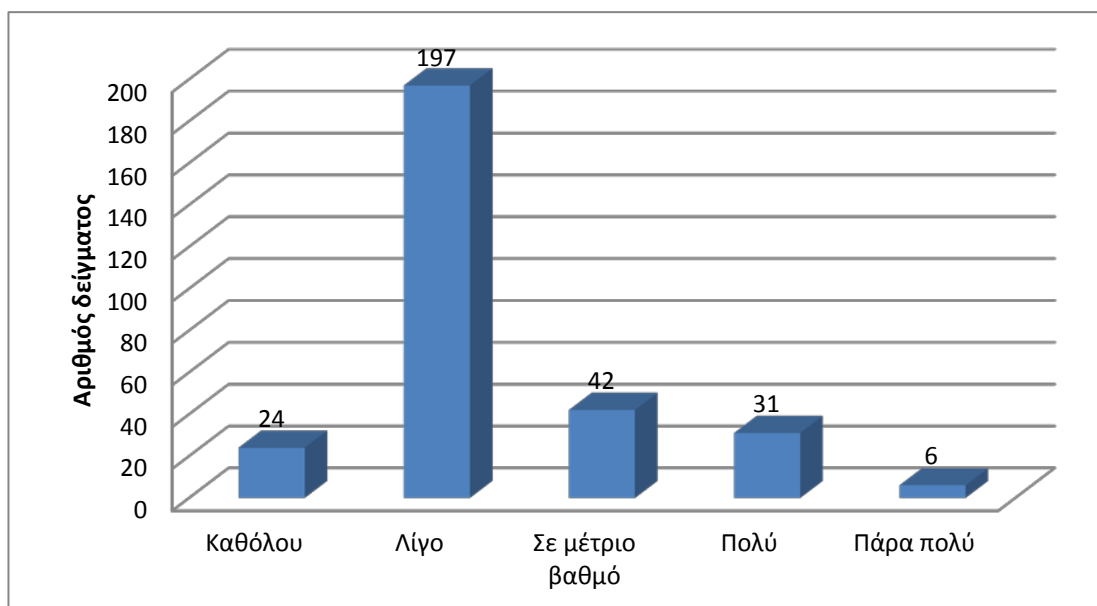


Εικόνα 30: Λόγος χρήσης αποκλειστικής νοσοκόμας

#### ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ

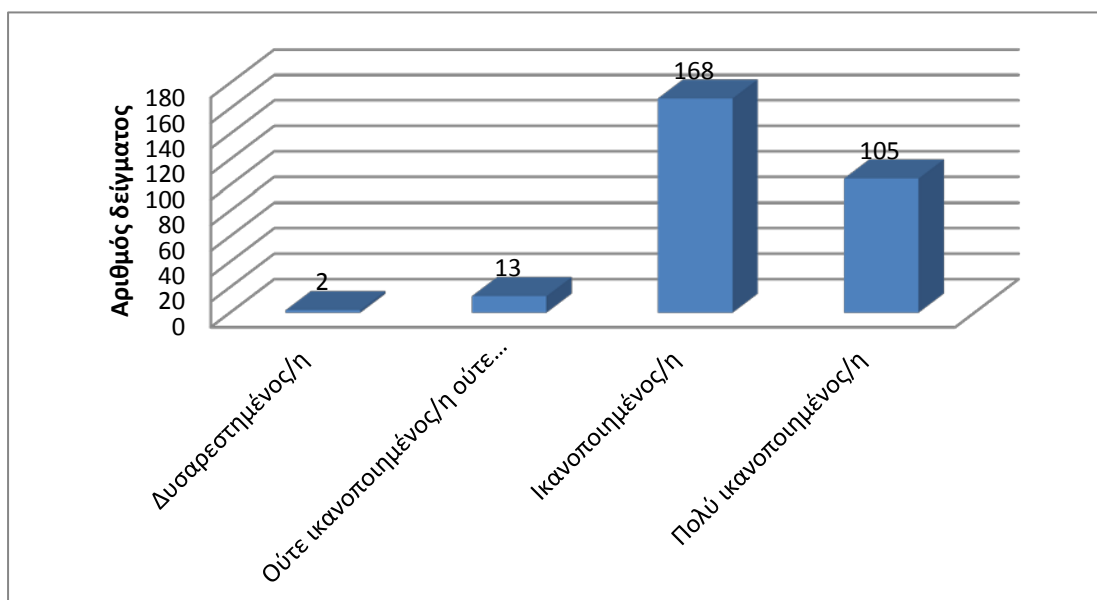
Το 73,7% (221) των ασθενών αισθάνθηκε λίγο ή καθόλου πόνο, το 14% (42) σε μέτριο βαθμό και το υπόλοιπο 12,3% (37) αισθάνθηκε πολύ πόνο.





Εικόνα 31: Εμπειρία πόνου κατά την διάρκεια της νοσηλείας

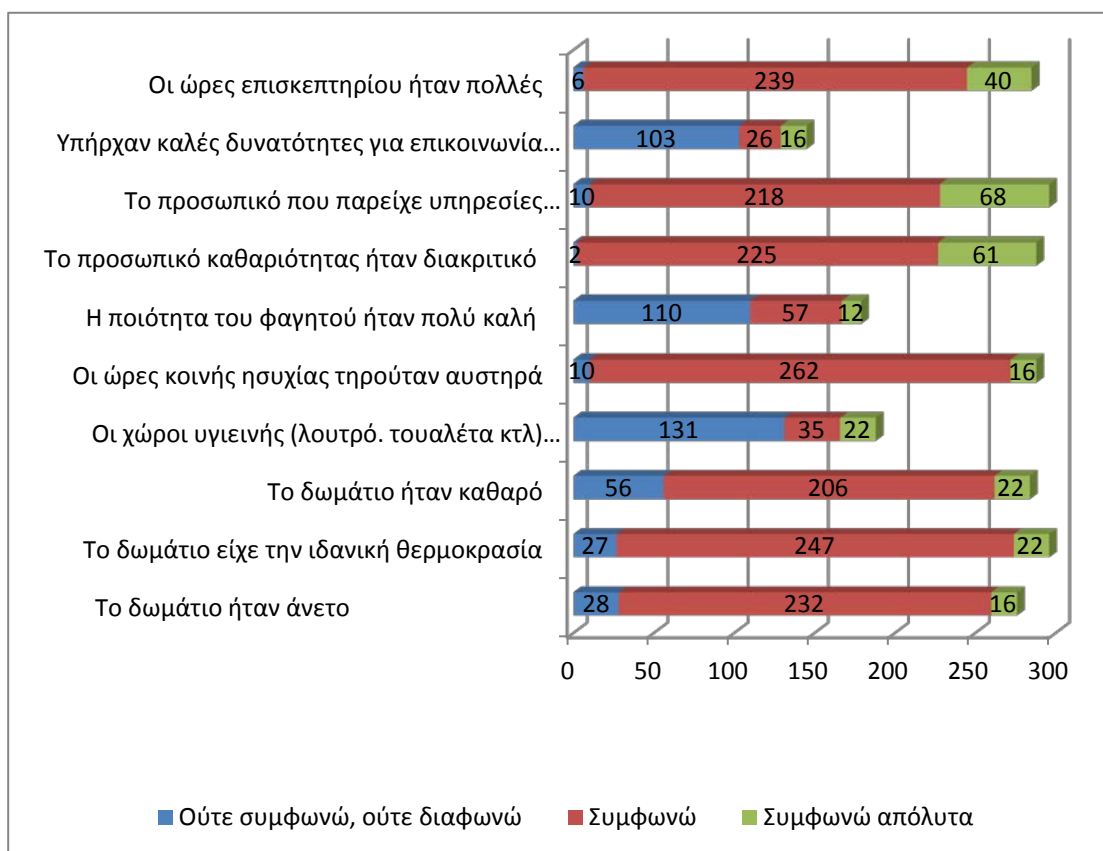
Το 94,8% (273) των ασθενών ήταν τουλάχιστον ικανοποιημένο από την αντιμετώπιση του πόνου τους κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους, το 0,7% (2) δυσαρεστημένο και το υπόλοιπο 4,5% (13) ούτε ικανοποιημένο ούτε δυσαρεστημένο.



Εικόνα 32: Ικανοποίηση από την αντιμετώπιση του πόνου κατά την διάρκεια της νοσηλείας

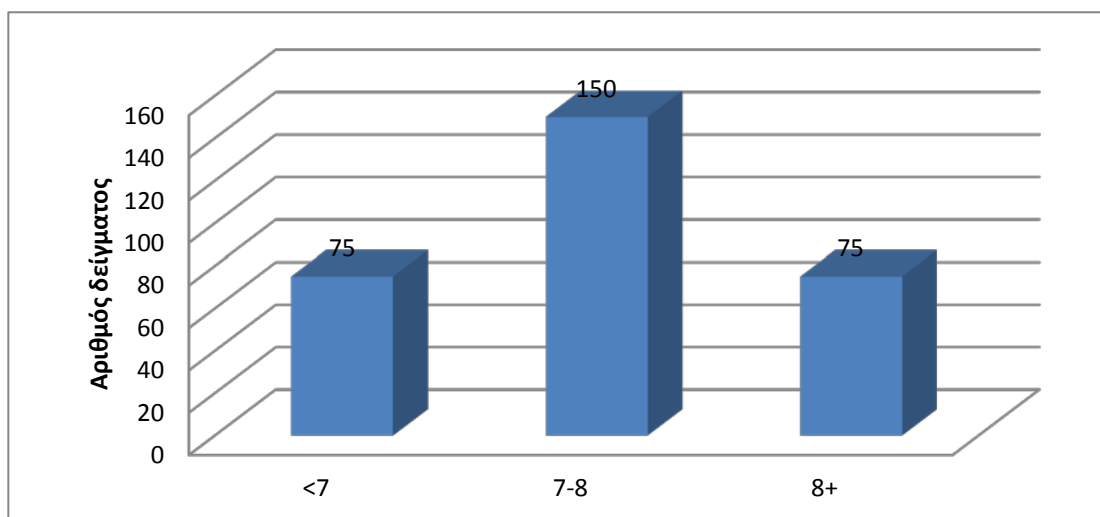
## ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Ως προς την υποδομή του νοσοκομείου παρατηρούμε ότι οι ασθενείς συμφώνησαν στη πλειοψηφία τους ότι το προσωπικό καθαριότητας ήταν διακριτικό 97,2% (286), το προσωπικό ήταν ευγενές 96% (286), οι ώρες επισκεπτηρίου ήταν πολλές 94,9% (279), οι ώρες κοινής ησυχίας τηρούνταν 93,3% (278) και το δωμάτιο ήταν καθαρό 76,5% (228). Μόνο το 19,2% συμφώνησε ότι οι χώροι υγιεινής ήταν καθαροί ενώ επιπλέον μόνο το 14,2% συμφώνησε ότι υπήρχαν καλές δυνατότητες για επικοινωνία και αναψυχή μέσα στο Νοσοκομείο.



Εικόνα 33: Υποδομή του νοσοκομείου

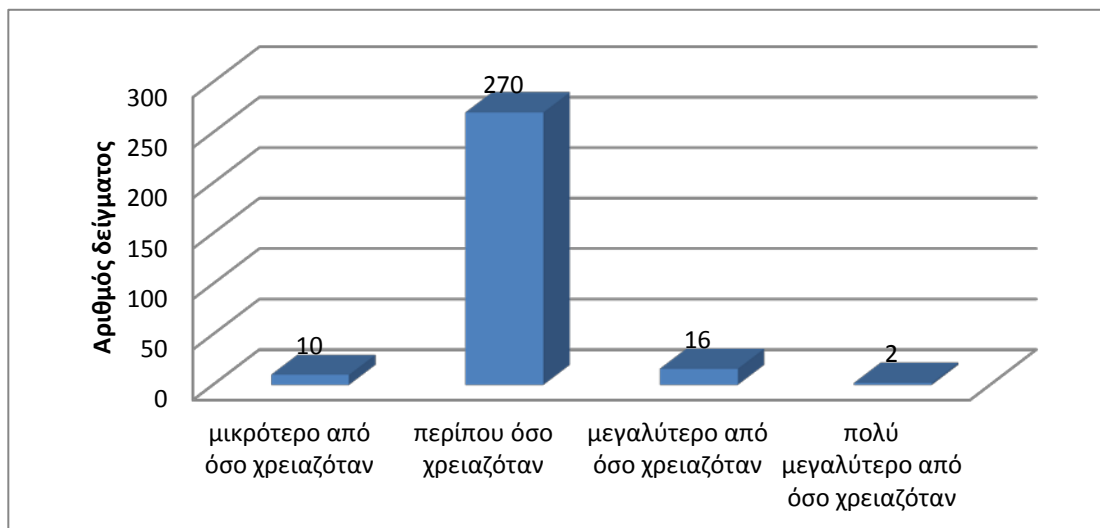
Το 25% (75) των ασθενών αξιολόγησε την ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου κάτω από 7, το 50% (150) από 7 έως 8 και το υπόλοιπο 25% (75) πάνω από 8. Η μικρότερη βαθμολογία που παρατηρήθηκε ήταν το 0 και η μεγαλύτερη το 10.



Εικόνα 34: Ικανοποίηση από την υποδομή του νοσοκομείου

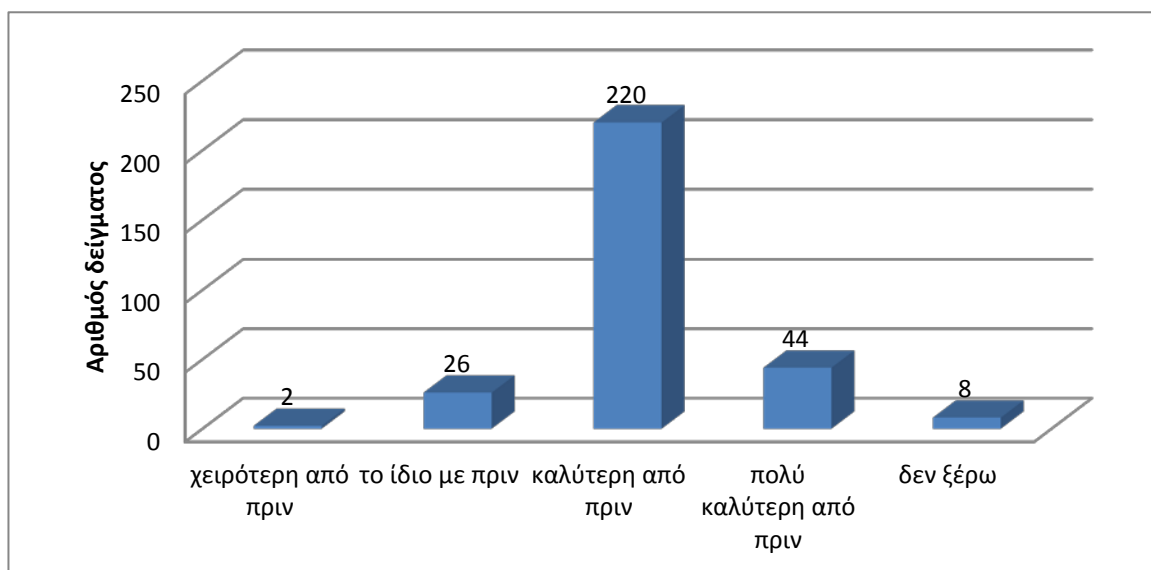
#### ΑΝΑΧΩΡΗΣΗ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Το 90,6% (270) των ασθενών χαρακτήρισε το διάστημα παραμονής του στο νοσοκομείο ότι ήταν αυτό που χρειαζόταν, το 3,4% (10) μικρότερο από όσο χρειαζόταν και το 6,1% (18) μεγαλύτερο από όσο χρειαζόταν.



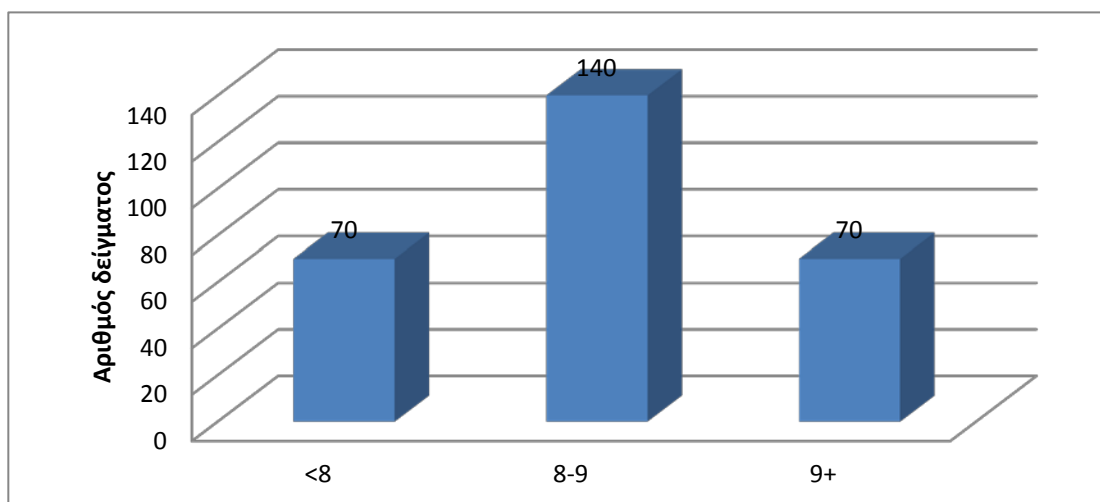
Εικόνα 35: Χαρακτηρισμός του διαστήματος παραμονής στο νοσοκομείο

Το 88% (266) των ασθενών αξιολογεί την κατάσταση της υγείας του μετά την παραμονή στο νοσοκομείο τουλάχιστον καλύτερη από πριν, το 9,3% (26) το ίδιο με πριν, το 0,7% (2) χειρότερη από πριν και το υπόλοιπο 2,7% (8) δεν γνωρίζει.



Εικόνα 36: Αξιολόγηση της κατάστασης της υγείας των ασθενών μετά την παραμονή στο νοσοκομείο

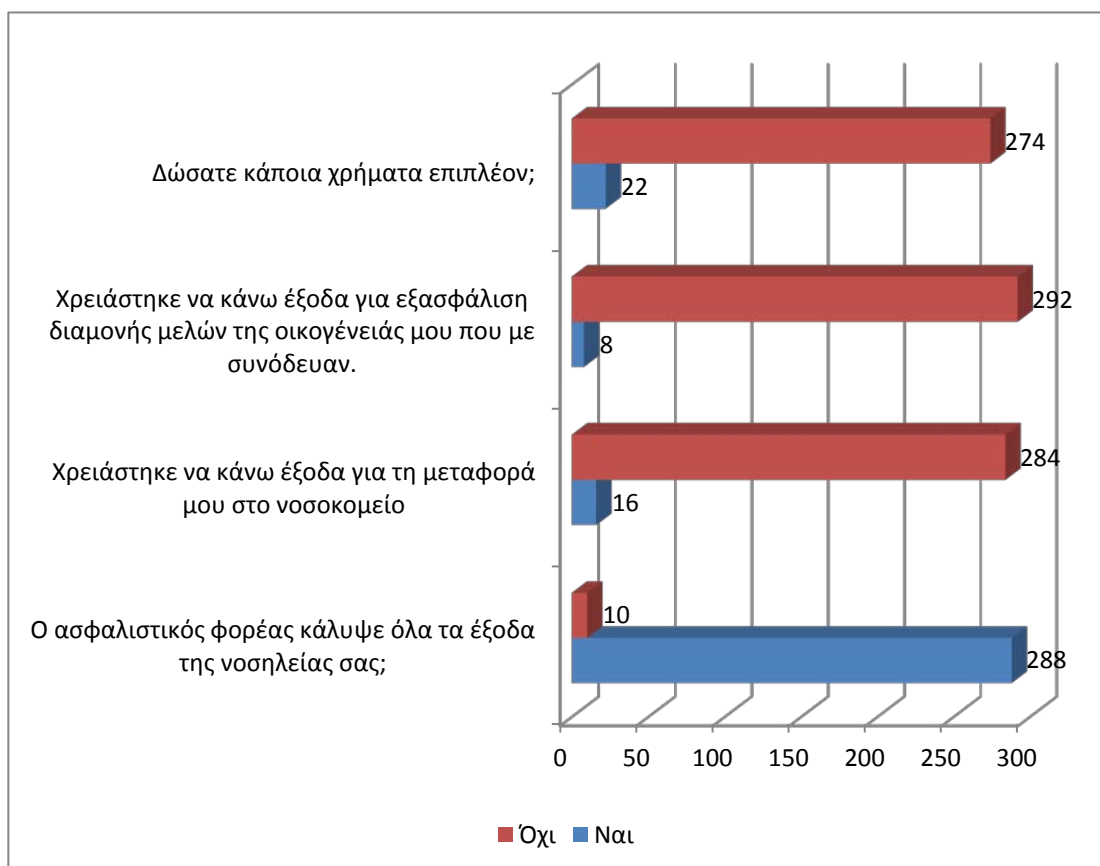
Το 25% (70) των ασθενών αξιολογεί τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου με βαθμό κάτω του 8, το 50% (140) από 8 έως και 9 και το υπόλοιπο 25% (70) πάνω από 9. Η μικρότερη βαθμολογία που παρατηρήθηκε ήταν το 4 και η μεγαλύτερη το 10.



Εικόνα 37: Ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες με άριστα το 10

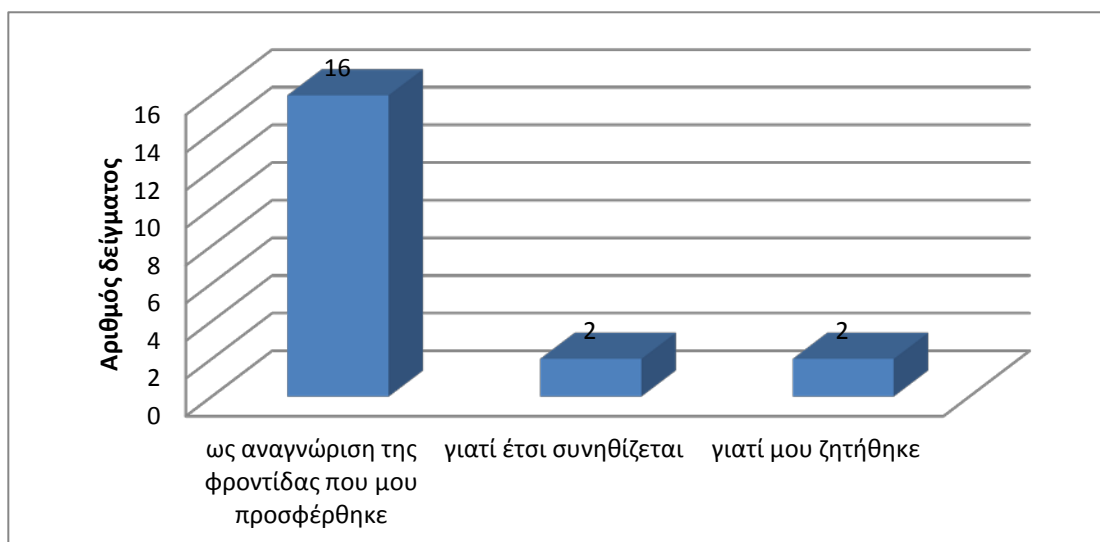
## ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

Ως προς το κόστος νοσηλείας το 96,6% (288) των ασθενών δήλωσε ότι ο ασφαλιστικός φορέας κάλυψε όλα τα έξοδα νοσηλείας τους, το 94,7% (284) δεν χρειάστηκε να κάνει έξοδα για την μεταφορά του στο Νοσοκομείο, το 97,3% (292) δεν χρειάστηκε να κάνει έξοδα για την εξασφάλιση της διαμονής μελών της οικογένειάς τους και το 92,6% (274) δεν χρειάστηκε να δώσει επιπλέον χρήματα.



Εικόνα 37: Κόστος νοσηλείας

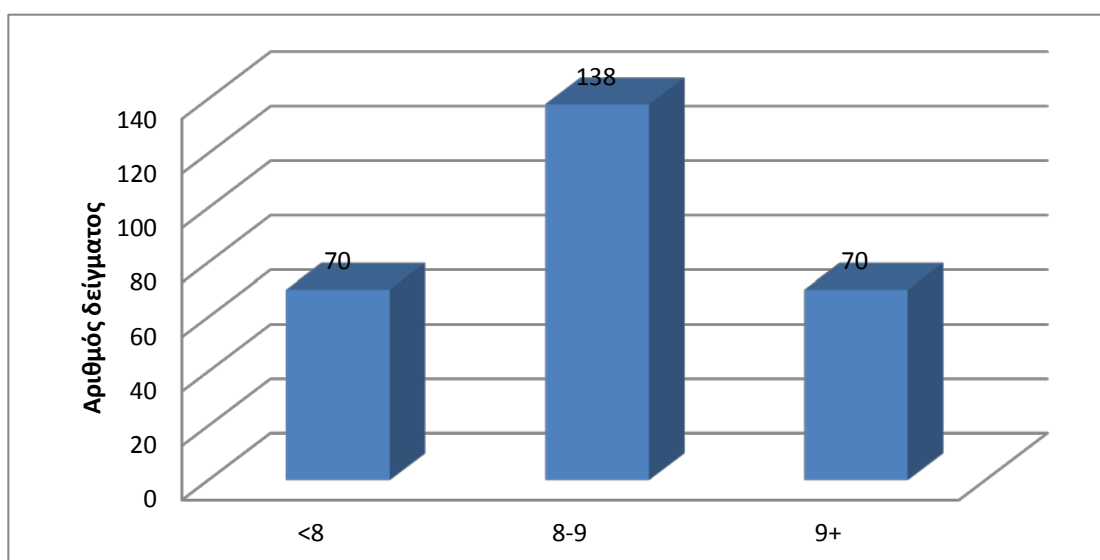
Για τους ασθενείς που χρειάστηκαν να δώσουν επιπλέον χρήματα το 80% (16) το έκανε ως αναγνώριση της φροντίδας που τους προσφέρθηκε, το 10% (2) γιατί έτσι συνηθίζεται και το υπόλοιπο 10% (2) γιατί του ζητήθηκε.



Εικόνα 38: Λόγοι για τους οποίους δόθηκαν παραπάνω χρήματα

#### ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Το 25% (69) των ασθενών αξιολόγησε το Νοσοκομείο με βαθμό κάτω του 8, το 50% (140) από 8 έως 9 και το υπόλοιπο 25% (69) πάνω από 9. Η μικρότερη βαθμολογία που παρατηρήθηκε ήταν το 5 και η μεγαλύτερη το 10.



Σχήμα 39: Συνολική ικανοποίηση από το Νοσοκομείο

**Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του Νοσοκομείου;**

Σύμφωνα με τους ασθενείς τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του Νοσοκομείου ήταν τα εξής:

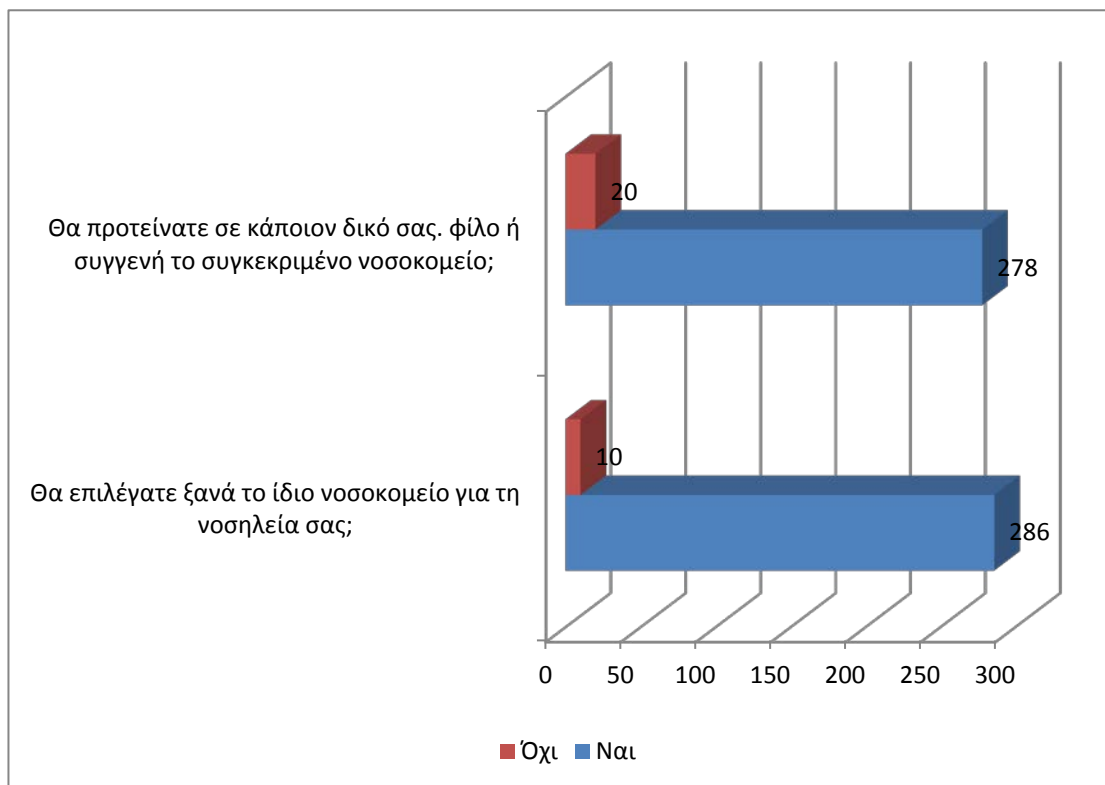
- Άμεση ανταπόκριση του προσωπικού
- Άριστη επιστημονική κατάρτιση ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- Ευγένεια, σεβασμός και υπευθυνότητα του προσωπικού
- Έμπειρο προσωπικό
- Ενδιαφέρον προσωπικού
- Τοποθεσία, χώρος στάθμευσης αυτοκινήτων

**Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα του νοσοκομείου;**

Σύμφωνα με τους ασθενείς τα σημαντικότερα προβλήματα του νοσοκομείου ήταν τα εξής:

- Απαράδεκτες εγκαταστάσεις
- Απουσία χώρων υγιεινής από τους θαλάμους
- Αργοπορία στο εξιτήριο
- Δωμάτια με πολλούς ασθενείς
- Έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού

Το 96,6% (286) των ασθενών δήλωσε ότι θα επέλεγε ξανά το ίδιο Νοσοκομείο για την νοσηλεία του ενώ επιπλέον το 93,3% (278) δήλωσε ότι θα το πρότεινε σε κάποιον δικό του, φίλο ή συγγενή.



Εικόνα 40: Πρόθεση για χρήση του νοσοκομείου στο μέλλον από τους ίδιους ή από φίλους/ συγγενείς

### Στατιστική ανάλυση δεδομένων

Για την πραγματοποίηση των αναλύσεων χρησιμοποιήθηκαν οι εξής έλεγχοι: t-test, ανάλυσης διασποράς, Bonferroni, Spearman's rho.

Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη ιατρική φροντίδα

Από τον Πίνακα 2 παρατηρούμε ότι σημαντικοί παράγοντες που συσχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό προσωπικό είναι: ο σεβασμός και η ευγένεια, η ενημέρωση, η προσιτότητα, η διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού, η ικανότητα του ιατρικού προσωπικού, ο χρόνος που τους αφιερώθηκε, το πόσο κατανοητά τους μιλούσε το ιατρικό προσωπικό, η ασφάλεια που τους έκανε να αισθανθούν και από



τις προσφερόμενες υπηρεσίες στα εφημερεύοντα ιατρεία. Όμως ο χαρακτηρισμός του διαστήματος παραμονής στο Νοσοκομείο, οι υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία και η κατάσταση της υγείας τους μετά την παραμονή στο Νοσοκομείο δεν ασκούν καμία επιρροή στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες.

Πίνακας 2: Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό με:

Spearman's rho	
Το ιατρικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	,290**
Το ιατρικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	,277**
Το ιατρικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να τους μιλήσεις για όσα αισθάνεσαι	-,400**
Το ιατρικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειάζόσουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)	,355**
Το ιατρικό προσωπικό ήταν ικανό. ήξερε τι έπρεπε να κάνει	,387**
Ο χρόνος που μου αφιέρωσε το ιατρικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος	-,362**
Το ιατρικό προσωπικό μιλούσε απλά και κατανοητά	,418**
Το ιατρικό προσωπικό με έκανε να νιώθω ασφαλής	,536**
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία;	0,143
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στα Ιατρεία Εφημερίας;	,267**
Πως θα χαρακτηρίζατε το διάστημα παραμονής σας στο νοσοκομείο;	,141
Πως θα αξιολογούσατε την κατάσταση της υγείας σας μετά την παραμονή σας στο νοσοκομείο;	0,003

\*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 5%, \*\*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 1%

Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα

Από τον Πίνακα 3 παρατηρούμε ότι σημαντικοί παράγοντες που συσχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι: ο σεβασμός και η ευγένεια, η ενημέρωση, η προσιτότητα, η διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, η ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, ο χρόνος που τους αφιερώθηκε, το πόσο κατανοητά τους μιλούσε το νοσηλευτικό προσωπικό, η ασφάλεια που τους έκανε να

αισθανθούν και από τις προσφερόμενες υπηρεσίες στα εφημερεύοντα ιατρεία. Όμως ο χαρακτηρισμός του διαστήματος παραμονής στο νοσοκομείο, η ικανοποίηση της αντιμετώπισης του πόνου κατά τη διάρκεια νοσηλείας και η κατάσταση της υγείας τους μετά την παραμονή στο νοσοκομείο δεν ασκούν καμία επιρροή στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Πίνακας 3: Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από το νοσηλευτικό προσωπικό με:

Spearman's rho	
Πως θα χαρακτηρίζατε το διάστημα παραμονής σας στο νοσοκομείο;	0,047
Πως θα αξιολογούσατε την κατάσταση της υγείας σας μετά την παραμονή σας στο νοσοκομείο;	0,091
Το νοσηλευτικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	,375**
Το νοσηλευτικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	,417**
Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να τους ζητήσεις κάτι	-,337**
Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόσουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)	,394**
Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανό, ήξερε τι έκανε	,425**
Ο χρόνος που μου αφιέρωνε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος	-,334**
Το νοσηλευτικό προσωπικό με έκανε να νιώθω ασφαλής	,479**
Πόσο ικανοποιημένος/η είσθε από την αντιμετώπιση του πόνου σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;	0,089

\*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 5%, \*\*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 1%

Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από το σύνολο των προσφερομένων υπηρεσιών

Από τον Πίνακα 4 παρατηρούμε ότι σημαντικοί παράγοντες που συσχετίζονται θετικά με την ικανοποίηση των ασθενών για το σύνολο της προσφερθείσας σε αυτούς φροντίδα είναι: η διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού, η καθαριότητα του δωματίου, η ευγένεια του προσωπικού που παρείχε υπηρεσίες διατροφής, η διακριτικότητα του προσωπικού καθαριότητας, η καθαριότητα των χώρων υγιεινής και ο μεγάλος αριθμός των ωρών του επισκεπτηρίου. Όμως η ενημέρωση του ιατρικού προσωπικού, η προσιτότητα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, η άνεση του δωματίου, η θερμοκρασία του δωματίου, η τήρηση των ωρών κοινής ησυχίας, η

ποιότητα του φαγητού, οι δυνατότητες για επικοινωνία και αναψυχή και η ικανοποίηση από τις ξενοδοχειακές υποδομές του Νοσοκομείου δεν επηρεάζουν καθόλου την συνολική ικανοποίηση από τις προσφερθείσες υπηρεσίες στους ασθενείς.

Πίνακας 4: Συσχέτιση του βαθμού ικανοποίησης από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών με

Spearman's rho	
Το ιατρικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	,161**
Το ιατρικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να τους μιλήσεις για όσα αισθάνεσαι	-,154*
Το ιατρικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόσουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)	,295**
Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να τους ζητήσεις κάτι	-0,069
Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόσουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)	0,106
Το δωμάτιο ήταν άνετο	,145*
Το δωμάτιο είχε την ιδανική θερμοκρασία	0,116
Το δωμάτιο ήταν καθαρό	,333**
Οι χώροι υγιεινής (λουτρό, τουαλέτα κτλ) ήταν καθαροί	,209**
Οι ώρες κοινής ησυχίας τηρούταν αυστηρά	,130*
Η ποιότητα του φαγητού ήταν πολύ καλή	0,066
Το προσωπικό καθαριότητας ήταν διακριτικό	,228**
Το προσωπικό που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό	,251**
Υπήρχαν καλές δυνατότητες για επικοινωνία και αναψυχή μέσα στο νοσοκομείο (σαλόνι, τηλεόραση, τηλέφωνο, πρόσβαση στον προαύλιο χώρο κτλ)	,193*
Οι ώρες επισκεπτηρίου ήταν πολλές	,235**
Πως βαθμολογείτε τους χώρους και τις ανέσεις (ξενοδοχειακή υποδομή) που σας πρόσφερε το νοσοκομείο που νοσηλεύτήκατε;	,169**

\*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 5%, \*\*Στατιστικά σημαντικό σε επίπεδο 1%

Σύγκριση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών σε σχέση με τα χαρακτηριστικά των ασθενών

### **Ποσοτικές μεταβλητές**

- Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό
- Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό
- Ικανοποίηση από τη ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου
- Ικανοποίηση από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου

### **Ποιοτικές μεταβλητές**

- Φύλο
- Ασφαλιστικό ταμείο
- Κλινική
- Οικογενειακή κατάσταση
- Μηνιαίο εισόδημα
- Συχνότητα επίσκεψης του νοσοκομείου
- Εκπαίδευση

Ως προς τον παράγοντα της Κλινικής βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από ιατρικό προσωπικό είναι υψηλότερη στην Παθολογική (9,47) και Χειρουργική (9,52) Κλινική έναντι της Καρδιολογικής (8,94) ενώ επιπλέον η Χειρουργική (9,52) έχει υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης έναντι της Ορθοπαιδικής (9,06). Για την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε χαμηλότερο επίπεδο ικανοποίησης στην Καρδιολογική (8,63) Κλινική έναντι της Νεφρολογικής (9,36), της Παθολογικής (9,19) και της Χειρουργικής (9,56). Ακόμα για την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου βρέθηκε υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών στη Νεφρολογική

(7,18), στην Ορθοπαιδική (8,38), στην Παθολογική (6,94), στη Χειρουργική (7,78) έναντι της Καρδιολογικής (6,1). Επιπλέον στη Χειρουργική Κλινική (7,78) οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι της Παθολογικής (6,94) και της Πνευμονολογικής (6,85) Κλινικής. Τέλος για την ικανοποίηση από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου η Παθολογική (8,89) και η Χειρουργική (9,00) Κλινική εμφανίζει υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης έναντι της Νεφρολογικής (8,09) Κλινικής. Η Χειρουργική (9,00) Κλινική επίσης εμφανίζει υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης έναντι της Ορθοπαιδικής (8,38), της Πνευμονολογικής (8,43) και της Ουρολογικής (8,10) Κλινικής. Επιπλέον η Παθολογική (8,89) Κλινική εμφανίζει υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης έναντι της Ουρολογικής (8,10).

Ως προς τον παράγοντα της οικογενειακής κατάστασης βρέθηκε ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά στο θέμα της ικανοποίησης από την ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου και από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Όμως οι έγγαμοι (9,34) είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το ιατρικό προσωπικό έναντι των άγαμων (8,83). Το ίδιο ισχύει και για το νοσηλευτικό προσωπικό με τα επίπεδα ικανοποίησης να είναι 9,27 και 8,5 για τους έγγαμους και τους άγαμους αντίστοιχα.

Ως προς τον παράγοντα του ασφαλιστικού ταμείου βρέθηκε ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά στο θέμα της ικανοποίησης από την ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου, το ιατρικό προσωπικό και από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου. Μόνο όσοι ασθενείς έχουν ασφάλεια του ΟΑΕΕ (9,48) είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό έναντι των ασθενών με ασφάλεια του ΙΚΑ (9,01) ή του ΤΣΕΜΔΕ (8,5).

Ως προς τον παράγοντα του μηνιαίου εισοδήματος διαπιστώθηκε ότι υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό για μηνιαία εισοδήματα ασθενών 901-1500 (9,46), 1501-2100 (9,29) έναντι εισοδήματος μέχρι 600 ευρώ (8,80). Αυτό συμβαίνει και για την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό για μηνιαία εισοδήματα ασθενών 901-1500 (9,37), 1501-2100 (9,25) έναντι εισοδήματος μέχρι 600 ευρώ (8,50). Ακόμα για την ικανοποίηση από τη ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου οι ασθενείς με εισοδήματα από 601-900 (7,27), 901-1500 (7,06), 1501-2100 (7,14), 2101-2700 (7,37) εμφανίζουν υψηλότερη ικανοποίηση έναντι της εισοδηματικής κατηγορίας μέχρι 600 (5,30). Τέλος για την ικανοποίηση από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου ασθενείς με εισοδήματα από 601 έως 900 (9,06), 901 έως 1500 (8,67), 2101 έως 2700

(8,75) εμφανίζουν υψηλότερη ικανοποίηση έναντι της εισοδηματικής κατηγορίας μέχρι 600 (7,9).

Ως προς τον παράγοντα του φύλου βρέθηκε ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά στο θέμα της ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, από τη ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου και από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

Ως προς τον παράγοντα της συχνότητας επίσκεψης στο Νοσοκομείου βρέθηκε ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά στο θέμα της ικανοποίησης από το ιατρικό προσωπικό και από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου. Όμως για την ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό βρέθηκε ότι όσοι έχουν νοσηλευθεί στο νοσοκομείο δύο φορές (9,45) είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι όσων έχουν νοσηλευθεί τρεις ή περισσότερες φορές (8,88). Ακόμα για την ικανοποίηση από την ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου βρέθηκε ότι όσοι έχουν νοσηλευθεί στο Νοσοκομείο μια φορά (7,55) είναι περισσότερο ικανοποιημένοι έναντι όσων έχουν νοσηλευθεί τρεις ή περισσότερες φορές (6,60).

Ως προς τον παράγοντα της εκπαίδευσης βρέθηκε ότι δεν υπάρχει καμία διαφορά στο θέμα της ικανοποίησης από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, από τη ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου και από το σύνολο των προσφερόμενων υπηρεσιών του Νοσοκομείου.

## Συμπεράσματα – Συζήτηση

### Συμπεράσματα

Τα αποτελέσματα της μελέτης, μετά την επεξεργασία, αξιολόγηση και στατιστική ανάλυση των απαντήσεων των ασθενών του δείγματος στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, έδειξαν σε ότι αφορά στο κοινωνικο-οικονομικό προφίλ των συμμετεχόντων, πως οι περισσότεροι ήταν κυρίως έγγαμοι, κάτοικοι Αττικής, Δευτεροβάθμιας Εκπαίδευσης. Το επάγγελμα, το μηνιαίο εισόδημα, η ασφαλιστική κάλυψη και το γεγονός ότι ανήκαν σε ηλικιακές ομάδες άνω των 60 ετών, μας κάνει να

υποθέσουμε ότι οι συμμετέχοντες στην μελέτη μας νοσηλευόμενοι ασθενείς ανήκουν κυρίως στα μεσαία κοινωνικά στρώματα όπως αυτά οριοθετούνται από το επίπεδο εκπαίδευσης και τις οικονομικές αποδοχές.

Οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος είχαν νοσηλευθεί και πάλι κατά το παρελθόν στο ίδιο ή άλλο δημόσιο νοσοκομείο. Η κυριότερη αιτία νοσηλείας ήταν η διάγνωση ακολούθως η θεραπεία και μετά η χειρουργική επέμβαση και η μέση διάρκεια νοσηλείας σε όλες τις κλινικές ήταν περίπου 5,5 ημέρες.

Η διαδικασία εισαγωγής, για τους περισσότερους ασθενείς ήταν επείγουσα, από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) και ο μέσος χρόνος αναμονής που απαιτείται για να εξετασθεί ο ασθενής από ιατρό ήταν περίπου 20 λεπτά. Ποσοστό 96,4% επί του συνόλου του δείγματος έμεινε ικανοποιημένο από τις ιατρικές υπηρεσίες που προσφέρθηκαν στα ιατρεία εφημερίας.

Σε ότι αφορά στην ικανοποίηση από τη φροντίδα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και την ικανοποίησή τους από το κλινικό έργο, οι συμμετέχοντες ασθενείς δηλώνουν υψηλού βαθμού ικανοποίηση σε όλες τις παραμέτρους που εξετάστηκαν. Στο αποτέλεσμα αυτό οι ασθενείς καταλήγουν πιθανόν αξιολογώντας με υψηλό βαθμό κριτήρια όπως την επιστημονική επάρκεια του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού) ή γενικά τη στάση και συμπεριφορά απέναντί τους και όχι την αριθμητική τους επάρκεια.

Το ανθρώπινο δυναμικό κατά την άποψη των συμμετεχόντων ασθενών αποτελεί το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του Νοσοκομείου που νοσηλεύθηκαν. Η συνολική ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, την οποία δήλωσαν οι ασθενείς πηγάζει ίσως από την ικανοποίηση σε υψηλά ποσοστά των παραμέτρων όπως η εμπιστοσύνη, το αίσθημα ασφάλειας, η ενημέρωση-πληροφόρηση και η ανάπτυξη διαπροσωπικών σχέσεων με το θεράποντα ιατρό.

Το κόστος νοσηλείας για τους ασθενείς της μελέτης μας κατά κύριο λόγο επιβάρυνε τα ασφαλιστικά τους ταμεία και όχι τους ίδιους.

Σε ότι αφορά την συμπεριφορά του προσωπικού καθαριότητας και σίτισης οι ασθενείς δήλωσαν υψηλό ποσοστό ικανοποίησης.

Σχετικά με την ξενοδοχειακή υποδομή του Νοσοκομείου, την καθαριότητα των χώρων υγιεινής, την ποιότητα των γευμάτων και την έλλειψη δυνατοτήτων για επικοινωνία και αναψυχή μέσα στο Νοσοκομείο, ο βαθμός ικανοποίησης είναι χαμηλός.

Ο βαθμός ικανοποίησης των συμμετεχόντων από την υποδομή του Νοσοκομείου και τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες φαίνεται να υπολείπεται του βαθμού ικανοποίησης από τις υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Στην μελέτη οι συμμετέχοντες ασθενείς επισημαίνουν την έλλειψη νοσηλευτικού κυρίως προσωπικού, την ύπαρξη πολύκλινων θαλάμων νοσηλείας και την απουσία χώρων υγιεινής στους θαλάμους ως τα σημαντικότερα προβλήματα του Νοσοκομείου.

Καταλήγοντας, με βάση τα αποτελέσματα της μελέτης μπορούμε να υποστηρίξουμε ότι οι ασθενείς του δείγματος μας δήλωσαν ότι είναι ικανοποιημένοι από τις συνολικές υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν στο Νοσοκομείο που νοσηλεύθηκαν. Ποσοστό 75% επί του συνόλου του δείγματος αξιολόγησε τις παρεχόμενες σε αυτό συνολικά φροντίδες με τους μεγαλύτερους βαθμούς της κλίμακας (8 έως 10). Η γνώμη των συμμετεχόντων ασθενών ότι θα επέλεγαν να νοσηλευθούν ξανά στο ίδιο Νοσοκομείο και ότι θα το πρότειναν σε φίλους ή συγγενείς τους, ως παράγοντας ικανοποίησης των προσδοκιών τους, φαίνεται να συνδέεται με τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης που δήλωσαν συνολικά.

## **Συζήτηση**

Η παρούσα μελέτη αποσκοπούσε στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΓΝ Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ». Για την εξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων επιλέχθηκαν ασθενείς την ημέρα της εξόδου τους.

Η συνολική ικανοποίηση για το Νοσοκομείο κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα, κάτι που δεν διαπιστώνεται από άλλες ανάλογες έρευνες στον ελληνικό χώρο, αφού οι έρευνες



αυτές αναδεικνύουν αντίστοιχο χαμηλότερο βαθμό ικανοποίησης ασθενών. Επομένως οποιαδήποτε γενίκευση για το επίπεδο ποιότητας του συστήματος υγείας, χρησιμοποιώντας αποσπασματικά δεδομένα από μονάδες θα ήταν παρακινδυνευμένο.

Επίσης δεν υπάρχει αντίστοιχη μελέτη στο νοσοκομείο ώστε να υπάρχει η δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων. Βάσει των ευρημάτων της παρούσας μελέτης οι εργαζόμενοι του Νοσοκομείου ειδικά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες αξιολογούνται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, γεγονός, που βελτιώνει τη συνολική εικόνα του Νοσοκομείου. Αντίθετα η κτιριακή υποδομή του Νοσοκομείου επηρεάζει αρνητικά την ικανοποίηση των χρηστών.

Συνοψίζοντας, οι χρήστες του Νοσοκομείου μένουν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του, θέση που επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι όταν οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση εάν θα συνέστηναν το Νοσοκομείο σε κάποιον δικό τους άνθρωπο στη συντριπτική τους πλειοψηφία απαντούν θετικά.

### **Προτάσεις βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών**

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε ευνομούμενου και σωστά λειτουργούντος κράτους. Η επίτευξη του στόχου αυτού είναι δύσκολη και απαιτεί συστράτευση πολλών δυνάμεων, οργάνωση, πολιτική βούληση και ωριμότητα. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο νοσοκομειακό τομέα και στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες υγείας. Παρακάτω, αναφέρονται ορισμένες προτάσεις και ενέργειες, οι οποίες θα συμβάλουν στην βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών και κατ' επέκταση στην ποιότητα των υπηρεσιών του όλου συστήματος υγείας. Οι προτάσεις αυτές ανταποκρίνονται, στην υπάρχουσα κατάσταση του Ελληνικού Συστήματος Υγείας. Οι ενέργειες αυτές είναι οι εξής:

- Καθορισμός σε κεντρικό επίπεδο, σαφούς και συγκεκριμένης πολιτικής υγείας, την οποία θα κληθούν να εφαρμόσουν τα νοσοκομεία, με βάση συγκεκριμένο ετήσιο προγραμματισμό των δραστηριοτήτων τους.

- Θεσμοθέτηση ενός νέου και σύγχρονου πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας, μέσω του οποίου, τα διοικητικά συμβούλια θα αποκτήσουν ελευθερία δράσης για θέματα άμεσου ενδιαφέροντος, όπως προσλήψεις προσωπικού.
- Ανάθεση της διοίκησης-διαχείρισης των νοσοκομείων σε ικανούς managers, η επιλογή των οποίων θα γίνεται αποκλειστικά με βάση επαγγελματικά κριτήρια και στους οποίους θα δοθούν κίνητρα για την επίτευξη των αποτελεσμάτων.
- Ανάπτυξη της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ώστε οι ασθενείς με λιγότερο άμεσα και σοβαρά προβλήματα να μην φθάνουν έως το Νοσοκομείο προκαλώντας συμφόρηση στη λειτουργία του.
- Εφαρμογή διεθνών πρωτοκόλλων για τη διαχείριση περιστατικών.
- Χρήση σχεδιασμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Νοσοκομείων, η οποία θα συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας, στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παράλληλα με τη δυνατότητα μείωσης του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών.
- Θέσπιση κινήτρων, τόσο για το προσωπικό, όσο και για το ίδιο το Νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας και με το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Προαγωγή μεθόδων και διαδικασιών, ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας να αποτελεί το επίκεντρο εστίασης των δραστηριοτήτων της υγειονομικής πολιτικής.
- Εκτενή πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της ηγεσίας σε θέματα ποιότητας.
- Ενσωμάτωση της ποιοτικής διοίκησης στην καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων.

Οι κινητήριες δυνάμεις που πρέπει να σηματοδοτούν οποιαδήποτε αλλαγή στον τομέα της υγείας είναι:

- α) Η εστίαση στον ασθενή
- β) Η συμμετοχή του εργαζόμενου
- γ) Η συνεχής και συστηματική βελτίωση

Η εστίαση στον ασθενή σημαίνει χρησιμοποίηση της γνώσης που προκύπτει με την επαφή μαζί του για βελτίωση της απόδοσης του προσωπικού, αλλά και επικοινωνία με άλλα νοσοκομεία για την επίλυση προβλημάτων τα οποία εκείνα έχουν ήδη αντιμετωπίσει επιτυχώς. Η συνεχής βελτίωση έρχεται ως αποτέλεσμα της οργάνωσης του νοσοκομείου

κατά διαδικασίες και της χρήσης συστημάτων που επιτρέπουν τη μέτρηση και τη συνεχή βελτίωση.

Οι τομείς που χρήζουν άμεσης βελτίωσης στο δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι:

- Επάρκεια στελέχωσης με κατάλληλα εκπαιδευμένο προσωπικό όλων των βαθμίδων σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα.
- Εκπαίδευση του προσωπικού όλων των βαθμίδων με βάση τις συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες της εργασίας του.
- Παροχή κινήτρων στο προσωπικό για να προωθεί και να μην παρακωλύει τις διοικητικές αλλαγές.
- Θέσπιση συναντήσεων με όλο το προσωπικό για ανταλλαγή απόψεων και θέσπιση κοινών στόχων.
- Χρήση ανεπτυγμένου τεχνολογικά εξοπλισμού για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών.
- Μέτρηση της ποιότητας των εξετάσεων και συνεχείς έλεγχοι των οργάνων και μηχανημάτων.
- Μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών για την παροχή θεραπείας.
- Βελτίωση της επικοινωνίας του ασθενή με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να αισθάνεται ότι αντιμετωπίζεται ως άτομο και όχι ως περιστατικό.
- Βελτίωση των χώρων και των εγκαταστάσεων που περιθάλπεται ο ασθενής.

Η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σχετίζεται άμεσα με την εκ βάθρων αναμόρφωσή τους, ώστε να συμπεριλαμβάνουν τον τελικό αποδέκτη, αλλά και τον προμηθευτή, λαμβάνοντας υπόψη τις γενικές τάσεις και γνωρίζοντας τις κινήσεις του ανταγωνισμού.

Έτσι, τα νοσοκομεία πρέπει να αρχίσουν να μετράνε το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχουν για να μπορέσουν να τις βελτιώσουν.

## ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Σιγάλας Ι., Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου «Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο – Ιδιοτυπίες και προκλήσεις», Τόμος Δ., Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999, σελ. 31-33.
2. Μερκούρης Α., *Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 1996.
3. Παπανικολάου Β., Σιγάλας Ι., *Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας*, Επιθεώρηση Υγείας, 1995, σελ. 248-256.
4. Παπανικολάου Β., *Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Αρχές – Μέθοδοι και Εφαρμογές*, Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, 2007, σελ. 175-176.
5. Koch T., *A review of nursing quality assurance*, *Journal Advanced Nursing*, Τόμος 17<sup>ος</sup>, 1992, pp. 78-94.
6. Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Παπασωτηρίου, Αθήνα 2008, σελ. 325-334.
7. Risser H.L. *Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurse* , *Nursing Research*, 1975, 24(1), pp. 45.
8. Donabedian A., *The Definition of Quality and Approaches to its Assessment*, Anne Arbor, Michigan, Health Administration Press, 1980.
9. Pascoe G., *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*. *Evaluation and Programm Planning*, 1983, pp. 189.
10. Smith C., *Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom*, *Quality Assurance in Hhealth Care*, 4(3), 1992, pp.171
11. Petersen M., *Measuring patient satisfaction: Collecting useful data*. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 1988, pp.25.
12. Linder Pelz S., *Toward a theory of patient satisfaction*. *Sosial Science and Medicine*, 16, 1982, pp.577.
13. Τσελέπη Χ. *Ικανοποίηση των Χρηστών Υπηρεσιών Υγείας*, *Τμήμα Διοίκηση Μονάδων Υγείας, Κοινωνικές – Πολιτιστικές πτυχές της Υγείας και Αρρώστιας*, Τόμος Α, Εκδόσεις Ε.Α.Π., Πάτρα 2000, σελ. 158-164
14. Strasen L., *Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures*, *Journal of Nursing Administration*, 18(11), 1988, pp.5-6.

15. Fitzpatrick R., *Surveys on patient satisfaction; I-Important general considerations* British Medical Journal, 1991, pp. 887-889.
16. Ραφτόπουλος Β., «*Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας*», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002
17. Anderson L.A.& Zimmerman MA., *Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfactions: a study of chronic disease management*, Patient Education and Counseling, 20, 1993, 27-36.
18. Hall J. A., & Dornan M.C. *What the patients like about their care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature*. Social Science Medical, 27, 1988, 935- 939.
19. Owens J.D. Batchelor C., *Patient satisfaction and the elderly* , Social science and Medicine, 42(11), 1996, pp. 1483-1491
20. Al Assaf, A.F., Schemele, J.A., eds. *The textbook of total quality in health – care*. Derlay Beach: St. Lucie, 1993
21. Lutz, B., Bowers, B. *Patient – Centered Care: Understanding Its Interpretation and Implementation in Health Care*. *Schdarly inquiry for nursing practice*, 14 (2), 2000, p.p. 165.
22. England, S., J., *Patients choices and perceptions after an invitation to participation in treatment decisions*. *Social Science Medicine*, 1992, pp. 1217 – 1225.
23. Ovretveit, J., *Evaluation health interventions: an introduction to evaluation of health treatments, services, policies and organizational interventions*. Bucking – ham: Open University Press, 1998.
24. Delbanco, T., *Quality of care through the patient’s eyes. Satisfaction surveys are just the start of an emerging science*. British Medical Journal, 1996, pp. 832-833
25. *Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, Measurement of Patient Satisfaction*. Health Strategy Implementation Project 2003. Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.
26. Σουλιώτης Κ., Παπανικολάου Β., Κυριόπουλος Γ., *Η Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδόσεις Θεμέλιο, Αθηνά, 2006.
27. Νιάκας Δ., *Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.*, Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα, 2003, σελ. 85-126

28. Urden, Linda D., *Patient Satisfaction Measurement: "Current Issues and Implications"*. Lippincott Williams & Wilkins, Inc., Volume 7 (5) September / October, 2002, p.p. 194-200
29. Merkouris A., Yfantopoulos J., Lanara V., Lemonidou C., *Developing instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece, Journal of Nursing Management*, Volume 7, Issue 2, March, 1999, p.p. 91-100.
30. Σαχίνη – Καρδάση Α., *Μεθοδολογία Έρευνας στο χώρο της Υγείας, γ' έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα, 1997.*
31. Cochrane, *Effectiveness and efficiency: random reflections on health services* London, 1972, Nuffield Provincial Hospital Trust.
32. Donabedian A., *Criteria and standards for quality assessment and monitoring, Quality Review Bulletin 12*, 1986, p.p. 99-108.
33. Parasuraman A., Zeithaml V., Berry L., *SERVQUAL: a Multiple-Item Scale for Measuring Customer Perceptions of Service Quality*, *Journal of Retailing*, 64 (1), 1988, p.p. 12-40
34. Παπανικολάου Β., *«Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα»*, Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα 1994.
35. Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ., *«Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας»*, Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, τόμος 48, τεύχος 2, Αθήνα, Μάρτιος – Απρίλιος, 2003.
36. Gronroos C., *A service quality model and its marketing implications*, *European Journal of Marketing*, 18, 1984, pp.39-50.
37. Andrea, R., *Executing profitable sales negotiations: selling value, not price. Industrial and Commercial Training*, 2005, Vol. 37, No1, pp. 18-24.
38. Petersen, P.B., *Total quality management and the Deming approach to quality management. Journal of Management History*, 1999, Vol. 5, No 8, pp. 468-488
39. Παπανίκος Γ., *Στατιστικές τεχνικές και Διοίκηση Ολικής Ποιότητας*. Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας», εκδ. Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας – Ελληνικό Τμήμα, Θεσσαλονίκη 1994, σελ. 61.
40. Juran J., *Juran Planning for Quality*, The Free Press, New York, 1998.
41. Crosby P.B., *The quality management maturity grid*, in Crosby, P.B.(eds), *Quality is Free; the actor of making quality certain*, McGraw Hill, New York, 1979, pp.25-63.

42. International Organization for Standardization, ISO, *Quality Management and Quality System Elements*, 1990, Part2: Guidelines for Services
43. Τούντας Γ., «*Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας*», Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 20, Τεύχος 2, 2003, σελ. 532-546.
44. Thompson R., *Next steps in implementing quality appraisal / action plans in hospitals*, εκδ.: Thompson, Mohr and Associates Inc., Oakbrook, 1980
45. Nelson A., *Measuring performance and improving quality. Hospital Management International*, International Hospital Federation sterling Publications Limited, London, 1996.
46. Palmer HR., *Considerations in defining quality of health care*. In: Palmer HR, Donabedian A., Povar GJ(eds). *Striving for quality in health care*. An inquiry into policy and practice. Health Administration Press, Ann Arbor, 1991.
47. Π.Ο.Υ. Υγεία 2001: *Υγεία για όλους τον 21<sup>ο</sup> αιώνα*, επιμέλεια – μετάφραση Δημολιάτης Γ., Τυπωθήτω Αθήνα, 2002.
48. Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, *The Quality of medical care: information for consumers*, 1988, Diane Publishing.
49. Donabedian A., *Exploration in quality assessment and monitoring*. Ann Arbor, Mich.: Health Administration Press.
50. Θεοδώρου Μ., «*Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας*», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, 3 (1), Αθήνα 1992.
51. Τσιότρας Γ., *Βελτίωση ποιότητας*, Β' Έκδοση, Εκδόσεις Μπένου, Αθήνα, 2002, σελ. 15, 17-19.
52. Donabedian A., *The quality of care how can it be assessed?* , Journal of the American Medical Association, 1988, Τόμος 260, Τεύχος 12, σελ.1743-1748.
53. Παπανικολάου Β., *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών*. Στο Κυριόπουλος Ι., Λιονής Χ., Σουλιώτης Κ., και Τσάκος Γ. (επιμ.) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εκδ. ΘΕΜΕΛΙΟ / Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, 2006, σελ. 261-278, ISBN9603102997.
54. Κυριόπουλος Γ., Γεωργούση Ε., «*Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα*», Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα, 1994.
55. Σιγάλας Ι., *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 10, Τεύχος 56, Ιανουάριος – Φεβρουάριος, Αθήνα 1999, σελ. 45

\

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ



### Ερωτηματολόγιο

Νοσοκομείο:.....

Κλινική:.....

### Προσωπικές πληροφορίες

---

1. Φύλο:
  - Άνδρας
  - Γυναίκα
  
2. Ηλικία: .....ετών
  
3. Οικογενειακή κατάσταση:
  - Άγαμος/η
  - Έγγαμος/η
  - Χήρος/α
  - Διαζευγμένος/η
  
4. Αριθμός ατόμων που ζουν μαζί σας:  
.....
  
5. Υπηκοότητα:
  - Ελληνική
  - Άλλη (αναφέρατε):.....
  
6. Εκπαίδευση:
  - Απόφοιτος δημοτικού
  - Απόφοιτος γυμνασίου

- Απόφοιτος λυκείου (ή εξατάξιου γυμνασίου)
- Απόφοιτος τριτοβάθμιας εκπαίδευσης

7. Επάγγελμα: .....

8. Ασφαλιστική κάλυψη:
- Δημόσιο
  - ΙΚΑ
  - ΟΓΑ
  - ΤΕΒΕ
  - ΤΣΜΕΔΕ
  - Ιδιωτική ασφάλιση
  - Καμία ασφάλιση
  - Άλλη (παρακαλώ αναφέρατε):

9. Μηνιαίο εισόδημα (οικογενειακό για του έγγαμους):
- Μέχρι 600 ευρώ
  - 601 με 900 ευρώ
  - 901 με 1500 ευρώ
  - 1501 με 2100 ευρώ
  - 2101 με 2700 ευρώ
  - πάνω από 2701 ευρώ

10. Τόπος διαμονής: .....

11. Παρακαλώ αναφέρατε ποιος ήταν ο λόγος εισαγωγής σας στο νοσοκομείο:
- Διάγνωση
  - Χειρουργική επέμβαση
  - Θεραπεία

- Επίσκεψη σε γιατρό
- Άλλος (παρακαλώ αναφέρατε):
12. Έχετε ξανανοσηλευτεί στο παρελθόν;
- Ποτέ→**συνεχίστε στην ερώτηση 14**
- Μία φορά
- Δύο φορές
- Τρεις ή περισσότερες φορές
13. Αν η απάντησή σας στην προηγούμενη ερώτηση είναι θετική, σε τι είδους νοσοκομείο έχετε (ξανα)νοσηλευτεί;
- Στο ίδιο νοσοκομείο
- Σε άλλο κρατικό/δημόσιο νοσοκομείο
- Σε ιδιωτικό νοσοκομείο
- Και σε κρατικό και σε ιδιωτικό νοσοκομείο

### Η διαδικασία εισαγωγής σας στο νοσοκομείο

14. Η εισαγωγή σας στο νοσοκομείο ήταν:
- Επείγουσα→**αν αυτή είναι η απάντησή σας, συνεχίστε στην ερώτηση 21**
- Προγραμματισμένη
15. Αν η εισαγωγή σας ήταν προγραμματισμένη, για ποιους λόγους επιλέξατε το συγκεκριμένο νοσοκομείο; (Μπορείτε να δώσετε περισσότερες από μια απαντήσεις)
- Μου το σύστησε ο γιατρός που με παρακολουθεί ή άλλοι γιατροί
- Το νοσοκομείο έχει καλή φήμη στη θεραπεία παρόμοιων περιπτώσεων με τη δική μου
- Γνωρίζω πολλούς που έχουν νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο που έμειναν

- ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους

Τα έξοδα νοσηλείας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο ήταν μέσα στις δυνατότητές μου

Χρειάστηκε να μεταφερθώ σε αυτό το νοσοκομείο από άλλο

- νοσοκομείο λόγω έλλειψης των απαραίτητων μηχανημάτων για τις εξετάσεις και τη θεραπεία μου

Άλλο (παρακαλώ αναφέρατε):

- 

- 

16. Πόσο χρονικό διάστημα χρειάστηκε να περιμένετε μέχρι να κλείσετε ραντεβού εξέτασης στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία;

.....ημέρες

.....μήνες

17. Ποιοι λόγοι πιστεύετε πως συνέβαλαν ώστε να οριστεί ημερομηνία για το ραντεβού εξέτασης;

- Η εισαγωγή μου ακολούθησε τις διαδικασίες που τηρούνται για όλους

Η προσωπική μου γνωριμία με το

- γιατρό

Οι παρεμβάσεις συγγενών και φίλων που γνώριζαν προσωπικά

- μέλη του προσωπικού

Η επιμονή μου και η καθημερινή μου επαφή με τις υπηρεσίες του

- νοσοκομείου  
Άλλοι λόγοι (αναφέρατε): .....
- 
18. Πόσο ικανοποιημένος/η είστε από το χρόνο που χρειάστηκε να περιμένετε μέχρι να κλείσετε ραντεβού εξέτασης;
- πολύ δυσαρεστημένος/η  
 δυσαρεστημένος/η  
 ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η  
 ικανοποιημένος/η  
 πολύ ικανοποιημένος/η
19. Πόσο περιμένετε. μετά την εξέτασή σας στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία. για την εισαγωγή σας στην κλινική;
- .....ώρες ....ημέρες .....μήνες
20. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία; **→συνεχίστε στην ερώτηση 23**
- πολύ δυσαρεστημένος/η  
 δυσαρεστημένος/η  
 ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε ικανοποιημένος/η  
 ικανοποιημένος/η  
 πολύ ικανοποιημένος/η
21. Σε περίπτωση που εισαχθήκατε από τα Ιατρεία Εφημερίας (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών). πόσο χρειάστηκε να περιμένετε από τη στιγμή που φθάσατε μέχρι να εξεταστείτε;
- .....λεπτά ....ώρα .....ώρες
22. Πόσο ικανοποιημένος είστε από τις ιατρικές υπηρεσίες που σας προσφέρθηκαν στα Ιατρεία
- πολύ δυσαρεστημένος/η  
 δυσαρεστημένος/η

Εφημερείας;

ούτε δυσαρεστημένος/η ούτε  
ικανοποιημένος/η

ικανοποιημένος/η

πολύ ικανοποιημένος/η

23. Ποια ήταν η διάγνωσή σας; .....

24. Πόσες μέρες μείνατε στο  
νοσοκομείο; .....

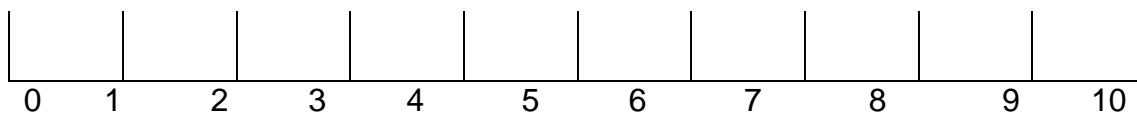
### Η φροντίδα που σας πρόσφερε το ιατρικό προσωπικό

---

	<i>διαφωνώ απόλυτα</i>	<i>διαφωνώ</i>	<i>ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	<i>συμφωνώ</i>	<i>συμφωνώ απόλυτα</i>
25. Το ιατρικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια	1	2	3	4	5
26. Το ιατρικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου	1	2	3	4	5
27. Το ιατρικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να τους μιλήσεις για όσα αισθάνεσαι	1	2	3	4	5
28. Το ιατρικό προσωπικό ήταν					

	πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόσουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία)	1	2	3	4	5
29.	Το ιατρικό προσωπικό ήταν ικανό. ήξερε τι έπρεπε να κάνει	1	2	3	4	5
30.	Ο χρόνος που μου αφιέρωσε το ιατρικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος	1	2	3	4	5
31.	Το ιατρικό προσωπικό μιλούσε απλά και κατανοητά	1	2	3	4	5
32.	Το ιατρικό προσωπικό με έκανε να νιώθω ασφαλής	1	2	3	4	5

33. Πως βαθμολογείτε το ιατρικό προσωπικό με άριστα το 10;

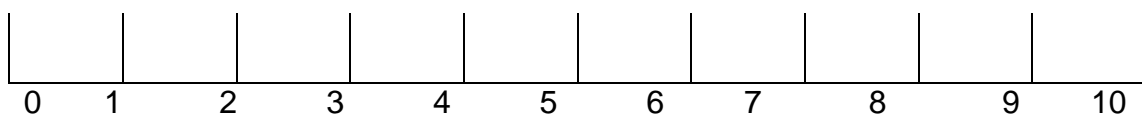


### Η φροντίδα που σας πρόσφερε το νοσηλευτικό προσωπικό

	<i>διαφωνώ απόλυτα</i>	<i>διαφωνώ</i>	<i>ούτε συμφωνώ ούτε διαφωνώ</i>	<i>συμφωνώ</i>	<i>συμφωνώ απόλυτα</i>
34.	Το νοσηλευτικό προσωπικό μου συμπεριφερόταν με σεβασμό και ευγένεια				
	1	2	3	4	5
35.	Το νοσηλευτικό προσωπικό με ενημέρωνε για την κατάσταση της υγείας μου				

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν απόμακρο και δύσκολα μπορούσες να τους ζητήσεις κάτι             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πάντα διαθέσιμο όταν το χρειαζόσουν (για μια ερώτηση ή ανησυχία) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ικανό. ήξερε τι έκανε  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Ο χρόνος που μου αφιέρωνε το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν πολύ λίγος                             | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Το νοσηλευτικό προσωπικό με έκανε να νιώθω ασφαλής   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

41. Πως βαθμολογείτε το νοσηλευτικό προσωπικό με άριστα το 10;



### Αποκλειστική νοσοκόμα

---

42. Είχατε αποκλειστική νοσοκόμα;
- ναι
- όχι → **συνεχίστε στην ερώτηση 44**
43. Αν η απάντησή σας στην προηγούμενη ερώτηση είναι
- Δεν ήμουν ικανοποιημένος /η από τη φροντίδα που μου παρείχε το



θετική. για ποιους λόγους είχατε αποκλειστική νοσοκόμα;

νοσηλευτικό προσωπικό

- Η κατάσταση μου ήταν τέτοια που απαιτούσε να βρίσκεται κάποιος δίπλα μου κάθε στιγμή και το προσωπικό του νοσοκομείου δεν ήταν σε θέση να μου το προσφέρει αυτό

Ήταν απόφαση των συγγενών μου ώστε να υπάρχει κάποιος δίπλα μου κάθε στιγμή

- Προτιμώ να πληρώσω κάποιον και να ξέρω πως θα ανταποκριθεί στις ανάγκες μου παρά να περιμένω πότε θα βρει χρόνο το νοσηλευτικό προσωπικό να ασχοληθεί μαζί μου
- Επέλεξα να έχω αποκλειστική νοσοκόμα γιατί είναι πιο εύκολο να έχεις μια πιο προσωπική σχέση και να ζητήσεις κάποια πράγματα

Άλλο.....

### Διαχείριση του πόνου

---

44. Είχατε εμπειρία από πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

- καθόλου
- λίγο
- σε μέτριο βαθμό

- πολύ
- πάρα πολύ

45. Πόσο ικανοποιημένος/η είσθε από την αντιμετώπιση του πόνου σας κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

- πολύ δυσαρεστημένος/η
- δυσαρεστημένος/η
- ούτε ικανοποιημένος/η ούτε δυσαρεστημένος/η
- ικανοποιημένος/η
- πολύ ικανοποιημένος/η

---

### Υποδομή του νοσοκομείου

---

	<i>διαφωνώ</i>		<i>ούτε συμφωνώ</i>	<i>συμφωνώ</i>	
	<i>απόλυτα</i>	<i>διαφωνώ</i>	<i>ούτε διαφωνώ</i>	<i>συμφωνώ</i>	<i>απόλυτα</i>
46. Το δωμάτιο ήταν άνετο	1	2	3	4	5
47. Το δωμάτιο είχε την ιδανική θερμοκρασία	1	2	3	4	5
48. Το δωμάτιο ήταν καθαρό	1	2	3	4	5
49. Οι χώροι υγιεινής (λουτρό, τουαλέτα κτλ) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5
50. Οι ώρες κοινής ησυχίας τηρούταν αυστηρά	1	2	3	4	5
51. Η ποιότητα του φαγητού ήταν πολύ καλή	1	2	3	4	5

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 52. Το προσωπικό καθαριότητας ήταν διακριτικό  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Το προσωπικό που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Υπήρχαν καλές δυνατότητες για επικοινωνία και αναψυχή μέσα στο νοσοκομείο (σαλόνι, τηλεόραση, τηλέφωνο, πρόσβαση στον αύλειο χώρο κτλ) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 55. Οι ώρες επισκεπτηρίου ήταν πολλές  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

56. Πως βαθμολογείτε τους χώρους και τις ανέσεις (ξενοδοχειακή υποδομή) που σας πρόσφερε το νοσοκομείο που νοσηλευτήκατε;



### **Αναχώρηση από το νοσοκομείο**

---

57. Πως θα χαρακτηρίζατε το διάστημα παραμονής σας στο νοσοκομείο;

- πολύ μικρότερο από όσο χρειαζόταν
- μικρότερο από όσο χρειαζόταν

- περίπου όσο χρειαζόταν
- μεγαλύτερο από όσο χρειαζόταν
- πολύ μεγαλύτερο από όσο χρειαζόταν

58. Πως θα αξιολογούσατε την κατάσταση της υγείας σας μετά την παραμονή σας στο νοσοκομείο;

- πολύ χειρότερη από πριν
- χειρότερη από πριν
- το ίδιο με πριν
- καλύτερη από πριν
- πολύ καλύτερη από πριν
- δεν ξέρω

59. Σε περίπτωση που ήλθατε σε επαφή με τις διοικητικές υπηρεσίες (γραφείο εισαγωγής, νοσηλίων, Γραμματείας, Κίνησης κτλ), πως θα βαθμολογούσατε το διοικητικό προσωπικό με άριστα το 10;



### **Το κόστος της νοσηλείας**

---

60. Ο ασφαλιστικός φορέας κάλυψε όλα τα έξοδα της νοσηλείας σας;

- ναι
- όχι

61. Χρειάστηκε να κάνω έξοδα για τη μεταφορά μου στο νοσοκομείο.

- ναι
- όχι

62. Χρειάστηκε να κάνω έξοδα για εξασφάλιση διαμονής μελών της οικογένειάς μου που με συνόδευαν.

- ναι
- όχι

63. Δώσατε κάποια χρήματα επιπλέον;

- ναι
- όχι → **συνεχίστε στην ερώτηση 65**

64. Αν ναι για ποιους λόγους;
- ως αναγνώριση της φροντίδας που μου προσφέρθηκε
  - γιατί έτσι συνηθίζεται
  - γιατί μου ζητήθηκε
  - γιατί αν πληρώσεις σε αντιμετωπίζουν καλύτερα

### **Συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου**

---

Παρακαλώ απαντήστε τώρα στις παρακάτω ερωτήσεις που αφορούν τη συνολική αξιολόγηση του νοσοκομείου που νοσηλεύτηκατε:

65. Λαμβάνοντας υπόψη συνολικά την εμπειρία της νοσηλείας σας στο νοσοκομείο, πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη φροντίδα που σας προσφέρθηκε; Βαθμολογίστε με άριστα το 10:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

66. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πλεονέκτημα του νοσοκομείου;.....

.....  
.....  
.....  
.....

67. Ποιο πιστεύετε ότι είναι το μεγαλύτερο πρόβλημα του νοσοκομείου;.....

.....  
.....  
.....  
.....

68. Θα επιλέγατε ξανά το ίδιο νοσοκομείο για τη νοσηλεία σας;

- ναι
- όχι

69. Θα προτείνατε σε κάποιον δικό σας, φίλο ή συγγενή το συγκεκριμένο νοσοκομείο;

- ναι
- όχι

**Παρατηρήσεις, σχόλια, προτάσεις** (μπορείτε να γράψετε εδώ παρατηρήσεις, σχόλια και προτάσεις για τη βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας)

---

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ: Άδεια χρήσης ερωτηματολογίου



ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ  
ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΑΘΗΝΩΝ 1929 - 1994

Αθήνα, 10 ΜΑΡ 2011

Πρός: Παναγιώτα Βαχαβιώλου  
Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια,  
Τμήμα Νοσηλευτικής,  
Παν/μιο Πελοποννήσου

Αγαπητή κυρία Βαχαβιώλου,

Θα ήθελα να σας συγχαρώ για την εφαρμογή των κανόνων δεοντολογίας κατά την εκπόνηση της ερευνητικής σας εργασίας με θέμα «Διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών του Γενικού Νοσοκομείου Μελισσίων «Αμαλία Φλέμιγκ»» και παράλληλα να σας χορηγήσω την άδεια χρήσης του συγκεκριμένου ερωτηματολογίου.

Ευχόμενη κάθε επιτυχία στην ολοκλήρωση της εργασίας σας,



Βασιλική Παπανικολάου, Ph.D, MSc.

Επιστημονική Συνεργάτις ΕΣΔΥ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ: Άδεια εκπόνησης μελέτης από: Διοικητικό Συμβούλιο  
Επιστημονικό Συμβούλιο



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ

**ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ**

**ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ**

Μελίσσια, 7 Ιουνίου 2011

Αρ. πρωτ.: 8311 7/6/11

Βαθμός ασφαλείας

Βαθμός προτερ

Προς

ΔΙΕΥΘΥΝΤΗ ΙΑΤΡΙΚΗΣ  
ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

#### ΥΠΗΡΕΣΙΑΚΟ ΣΗΜΕΙΩΜΑ

Σας διαβιβάζω απόσπασμα της 7<sup>ης</sup> /02-06-11 Συνεδρίασης Δ.Σ. του Νοσοκομείου για το θέμα  
Ημερήσιας Διάταξης 4<sup>ο</sup>, 5<sup>ο</sup>, 6<sup>ο</sup>, 7<sup>ο</sup>  
Παρακαλώ για την κοινοποίησή της στους άμεσα εμπλεκόμενους και τις τυχόν δικές σας ενέργειες.

Η ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Δ.Σ.

ΣΠΑΝΟΥ ΜΑΡΙΑ

Κοινοποίηση:  
- Γρ. Διοικητή.



## ΙΑΤΡΙΚΑ ΘΕΜΑΤΑ

Θέμα 4<sup>ο</sup>: Αίτημα της κας Π. Βαχαβιώλου ΤΕ Νοσηλεύτριας του Νοσοκομείου μας.

7697/26-05-11

Εισήγηση υπ' αριθμ. πρωτ. 7697/26-05-11 του Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας,

**Το Συμβούλιο ομόφωνα**

**Αποφασίζει**

Αποδέχεται το αίτημα της κας Π. Βαχαβιώλου για τη διανομή ερωτηματολογίου στους ασθενείς του Νοσοκομείου μας, εφόσον δεν παραβιάζονται ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των συμμετεχόντων ασθενών στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΑΚΡΙΒΕΣ ΑΝΤΙΓΡΑΦΟ  
ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΟ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ  
1<sup>η</sup> ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ  
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕΛΙΣΣΙΩΝ  
« ΑΜΑΛΙΑ ΦΛΕΜΙΓΚ »

Μελίσσια 19 Μαΐου 2011  
Αριθμ. πρωτ.: 7401/20-5-11

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ  
Α.Π.Ε.Σ: 68.

**ΠΡΟΣ:**

Το Διευθυντή Ιατρικής Υπηρεσίας

**ΘΕΜΑ «Αίτημα της κας Π. Βαχαβιώλου ΤΕ Νοσηλεύτριας του Νοσοκομείου μας»**

Το Επιστημονικό Συμβούλιο στη τακτική του συνεδρίαση στις 18-05-11, αφού συζήτησε το υπ' αριθμ. πρωτ. 6655/10-05-11 έγγραφο με το αίτημα της κας Παναγιώτας Βαχαβιώλου, φοιτήτριας του μεταπτυχιακού προγράμματος σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας & Διαχείριση Κρίσεων» στο Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου, για έγκριση εκπόνησης εργασίας με διανομή ερωτηματολογίου στους ασθενείς του Νοσοκομείου μας με θέμα: «Διερεύνηση της ικανοποίησης των χρηστών του Γενικού Νοσοκομείου «Α. Φλέμιγκ» από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα» και λαμβάνοντας υπόψη την έγκριση της Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας κας Μ. Κυριλλίδου, αποφάσισε την έγκριση της διανομής του ανωτέρω ερωτηματολογίου, εφ' όσον δεν παραβιάζονται με οποιοδήποτε τρόπο ευαίσθητα προσωπικά δεδομένα των ασθενών που ενδεχόμενα θα συμμετέχουν στην ερευνητική μελέτη συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο.

Συν/να : (17) φ.

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ  
ΤΟΥ Ε.Σ.

Dr. H. ΡΕΝΤΟΥΚΑΣ MD