

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗ
ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ
ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΑΜΑΤΙΑ Ν. ΗΛΙΟΥΔΗ
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
MSC ΣΤΑ «ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ»
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΣΠΑΡΤΗ, 2013



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΗ ΔΙΑΤΡΙΒΗ
ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗ
ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ
ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

ΣΤΑΜΑΤΙΑ Ν. ΗΛΙΟΥΔΗ
ΠΤΥΧΙΟΥΧΟΣ ΤΟΥ ΤΜΗΜΑΤΟΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΠΕΙΡΑΙΩΣ
MSC ΣΤΑ «ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΑ ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ»
ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟΥ ΑΘΗΝΩΝ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Επιβλέπουσα: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Παν/μίου
Πελοποννήσου

Μέλος: Διονύσιος - Δημήτριος Κουτσούρης, Καθηγητής Ε.Μ.Π.

Μέλος: Παντελής Αγγελίδης, Καθηγητής Παν/μίου Δυτικής Μακεδονίας

ΣΠΑΡΤΗ, 2013

Copyright © ΗΛΙΟΥΔΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ, 2013

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

Η παρούσα εργασία εκπονήθηκε στο πλαίσιο της διδακτορικής διατριβής «Διαδικτυακό Πληροφοριακό Σύστημα για τη Μέτρηση της Ικανοποίησης Νοσηλευόμενων από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας» στο Τμήμα Νοσηλευτικής. Η έγκρισή της δεν υποδηλώνει απαραίτητως και την αποδοχή των απόψεων του συγγραφέα εκ μέρους του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

Βεβαιώνω ότι η παρούσα 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:

Μέλη Επταμελούς

1. Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (Επιβλέπουσα).
2. Διονύσιο-Δημήτριο Κουτσούρη, Καθηγητή Σχολής Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου.
3. Παντελή Αγγελίδη, Αναπληρωτή Καθηγητή Τμήματος Μηχανικών Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας.
4. Ιωάννη Μαντά, Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών.
5. Κωνσταντίνα Νικήτα, Καθηγήτρια Σχολής Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου.
6. Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου
7. Αθηνά Λαζακίδου, Λέκτορα Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα μελέτη αποτελεί το επιστέγασμα μιας προσπάθειας, στην οποία συμμετείχαν αρκετοί και σημαντικοί άνθρωποι, επιστήμονες και μη. Τους είμαι ευγνώμων και επιθυμώ να τους ευχαριστήσω τον καθένα ονομαστικά.

Πρώτα απ' όλα την επιβλέπουσα της διδακτορικής μου διατριβής Αναπληρώτρια Καθηγήτρια Μαρία Τσιρώνη, η οποία μου έδωσε τη δυνατότητα να ξεκινήσω αυτή την ερευνητική προσπάθεια στο Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Την ευχαριστώ για την επιστημονική καθοδήγηση που μου παρείχε σε ειδικά θέματα υγείας, τη διαρκή υποστήριξη και την πολύπλευρη μέριμνα της για την ολοκλήρωση της διατριβής.

Θα ήθελα επίσης να ευχαριστήσω θερμά τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον κ. Διονύσιο-Δημήτριο Κουτσούρη, Καθηγητής Σχολής Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου και τον κ. Παντελή Αγγελίδη, Αναπληρωτή Καθηγητή Τμήματος Μηχανικών Πληροφορικής και Τηλεπικοινωνιών, Πανεπιστημίου Δυτικής Μακεδονίας για τις εποικοδομητικές παρατηρήσεις τους κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στα μέλη της επταμελούς επιτροπής, τον κ. Ιωάννη Μαντά, Καθηγητή Τμήματος Νοσηλευτικής, Εθνικού και Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών, την κ. Κωνσταντίνα Νικήτα, Καθηγήτρια Σχολής Ηλεκτρολόγων Μηχανικών και Μηχανικών Υπολογιστών, Εθνικού Μετσόβιου Πολυτεχνείου και την κ. Σοφία Ζυγά, Επίκουρη Καθηγήτρια Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου για τις πολύτιμες συμβουλές και τα εύστοχα σχόλια τους, τα οποία βελτίωσαν την τελική έκδοση της διδακτορικής διατριβής. Ιδιαίτερες ευχαριστίες στην κ. Αθηνά Λαζακίδου, Λέκτορα Πληροφορικής της Υγείας, Τμήματος Νοσηλευτικής, Πανεπιστημίου Πελοποννήσου. Η συμβολή της κ. Λαζακίδου ήταν ουσιαστική στην απόφασή μου να ξεκινήσω αυτή την ερευνητική προσπάθεια. Η επιστημονική καθοδήγηση και οι εποικοδομητικές παρατηρήσεις κατά τη διάρκεια της εκπόνησης της διατριβής ήταν θεμελιώδους σημασίας για την εξέλιξη και αποπεράτωση της.

Επιπρόσθετα επιθυμώ να εκφράσω τις θερμές ευχαριστίες μου στους κυρίους Άγγελο Κόντο και Αλέξανδρο Αρβανίτου, της εταιρίας Diastasis, για την ευγενική χορηγία

των λογισμικών πακέτων Mobiq και Stat, τα οποία ήταν απαραίτητα για την ολοκλήρωση της διδακτορικής έρευνας. Πέρα από τη χορηγία των χρήσιμων πακέτων λογισμικού, είναι ανεκτίμητη η προθυμία τους να συμβάλλουν στο ερευνητικό μου εγχείρημα και η συμπαράσταση τους, όπως επίσης και η βοήθεια που μου παρείχαν σε ειδικά θέματα στατιστικής ανάλυσης και επεξεργασίας των δεδομένων.

Παράλληλα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους μεταπτυχιακούς φοιτητές του Τμήματος Νοσηλευτικής κ. Βασιλική Αδάμη και κ. Ευάγγελο Νικολαΐδη για την συνεργασία και τη διανομή των έντυπων ερωτηματολογίων κατά την πιλοτική φάση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), Γ.Ν. Πελοποννήσου και σε τρία Κέντρα Υγείας του νομού Λακωνίας. Μέσα από τα στατιστικά αποτελέσματα των διπλωματικών εργασιών τους αποδείχθηκε η ορθότητα και αξιοπιστία του δομημένου ερωτηματολογίου μέτρησης ικανοποίησης ασθενών που προτείνεται στην παρούσα μελέτη.

Απέραντη ευγνωμοσύνη οφείλω στους φίλους μου Χριστίνα Κώτσου, Ιωάννα Θεοδωρίδου, Εύη Γκουγκούδη και Ανδρέα Δράκο, για την ψυχολογική τόνωση, σε στιγμές κούρασης και αδυναμίας μου κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διδακτορικής διατριβής.

Τις θερμότερες ευχαριστίες μου εκφράζω στα μέλη της οικογένειάς μου που εξεδήλωσαν το ενδιαφέρον τους διαρκώς με κάθε τρόπο: τον πατέρα μου Νικόλαο, τη μητέρα μου Λεμονιά και την αδερφή μου Χριστίνα.

Κλείνοντας, θέλω να ευχαριστήσω τους νοσηλευόμενους που έλαβαν μέρος στην έρευνα στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ένα σύνολο προϊόντων νέας τεχνολογίας, όπως φορητές συσκευές, δίνουν τη δυνατότητα ενσωμάτωσης και χρήσης ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων με σκοπό τη διεξαγωγή ερευνών. Στον τομέα της υγείας ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η αποτίμηση και αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Σκοπός: Αντικείμενο της παρούσας διδακτορικής εργασίας είναι να εντοπίσει και να διερευνήσει τα κριτήρια με τα οποία μπορεί: (1) να δημιουργηθεί μία έγκυρη κλίμακα για τη μέτρηση του βαθμού της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, (2) να αξιολογηθεί το νοσηλευτικό ίδρυμα περαιτέρω από τους ασθενείς, (3) να εντοπιστούν οι ελλείψεις του νοσηλευτικού ιδρύματος, (4) να αξιολογηθούν οι Επαγγελματίες Υγείας, που εργάζονται στο Νοσοκομείο, για τις παρεχόμενες φροντίδες και κατ' επέκταση να αξιοποιηθούν κατάλληλα από τους φορείς υγείας και (5) να δημιουργηθεί μία εύχρηστη διαδικτυακή εφαρμογή, η χρήση της οποίας θα γίνεται μέσω φορητών συσκευών, για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών, προσαρμόσιμη σε οποιοδήποτε τμήμα, δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα υγείας της Ελλάδας.

Μέθοδος: Αρχικά για την παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε Πιλοτική Δοκιμή του έντυπου ερωτηματολογίου για να προσδιορισθεί η λειτουργικότητα και εγκυρότητα του. Οι παρατηρήσεις της Πιλοτικής Δοκιμής χρησιμοποιήθηκαν για να διαμορφωθεί η οριστική δομή του ερωτηματολογίου. Στη συνέχεια διεξήχθη Πιλοτική Δοκιμή Διανομής του έντυπου ερωτηματολογίου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) του Γενικού Νοσοκομείου (Γ.Ν.) της 6^{ης} Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου και σε τρία Κέντρα Υγείας του Νομού Λακωνίας, για να μελετηθεί ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητα του.

Κατά την παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε η προσαρμογή των έντυπων ερωτηματολογίων για νοσηλευόμενους και σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε η συμπλήρωσή τους να πραγματοποιείται μέσω του διαδικτύου από φορητές συσκευές, Smartphone και Tablet PC. Συγχρόνως, προστέθηκε μία ακόμη ενότητα στο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, που καλείται «Επιπρόσθετα Στοιχεία», η οποία περιλαμβάνει ερωτήσεις για τον προσδιορισμό μιας εύχρηστης συσκευής για την εγκατάσταση του συστήματος.

Αποτελέσματα: Κατά την Πιλοτική Δοκιμή Διανομής του έντυπου ερωτηματολογίου ο πληθυσμός της έρευνας ήταν 786 άτομα. Τα αποτελέσματα της Πιλοτικής Δοκιμής Διανομής έντυπου ερωτηματολογίου απέδειξαν ότι το ερωτηματολόγιο χαρακτηρίζεται από υψηλό επίπεδο αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Cronbach $\alpha=0,95$). Το πλήθος δειγμάτων ήταν 512 ερωτηθέντες, από τους οποίους 384 νοσηλεύόμενοι (ποσοστό ανταπόκρισης 75%) συμπλήρωσαν το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, με τη χρήση του διαδικτυακού συστήματος (61% Γ.Ν. Αττικής και 39% Γ.Ν. Πελοποννήσου), μέσω φορητών συσκευών.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων ήταν έγγαμοι, Έλληνες πολίτες, ηλικίας 45-64, απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, με ασφαλιστικό φορέα, κυρίως, το ΙΚΑ και τον ΟΓΑ, οι οποίοι προσήλθαν για έκτακτο πρόβλημα υγείας. Επιπλέον, κατά την επιλογή συσκευής για τη χρήση του διαδικτυακού συστήματος η πλειονότητα του πληθυσμού της έρευνας και στα δύο νοσοκομεία προτίμησε τη χρήση του Tablet PC, έναντι του κινητού τηλεφώνου (Smartphone) (86%-14% Γ.Ν. Αττικής και 87%-13% Γ.Ν. Πελοποννήσου).

Αναφορικά με το Διαδικτυακό Σύστημα προκύπτει ότι ενώ το σύνολο των νοσηλευόμενων θεωρούν ότι είναι ελάχιστα εξοικειωμένοι με τη χρήση φορητών συσκευών, ωστόσο βρίσκουν πολύ εύκολη την ενασχόληση τους με αυτό. Επιπλέον, σχετικά με τον τύπο της συσκευής, οι χρήστες εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από το μέγεθος του Tablet PC, λόγω της μεγάλης οθόνης, γεγονός που κάνει τους χαρακτήρες πιο ευδιάκριτους, οι επιλογές του Διαδικτυακού Συστήματος εμφανίζονται χωρίς αναδιπλώσεις ή πτυσσόμενα μενού, στοιχεία που ενισχύουν την ευχρηστία του Συστήματος.

Συμπεράσματα: Η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων στην παρούσα μελέτη αποδεικνύει την υψηλή ποιότητα των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Εξαιρέση αποτελούν οι παράγοντες ενημέρωση και συναισθηματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό και η απουσία συμμετοχής των ίδιων των ασθενών στην λήψη αποφάσεων, αναφορικά με τη θεραπευτική αγωγή. Σχετικά με την συσχέτιση ικανοποίησης με την υποδομή-εξοπλισμό υπάρχει ανάγκη βελτίωσης, καθώς και στην ποιότητα φαγητού, τη διαφύλαξη της ιδιωτικότητας και τη συνεχή ενημέρωση του ασθενούς για τις διαδικασίες που οφείλει να ακολουθεί τόσο κατά την υποδοχή όσο και κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο. Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο ότι αν και οι χρήστες του διαδικτυακού συστήματος δεν θεωρούν ότι είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση νέων τεχνολογιών, ωστόσο χρησιμοποίησαν με ευκολία και τις δύο συσκευές

της μελέτης. Το γεγονός αυτό ενθαρρύνει τη διεξαγωγή ερευνών με τη χρήση των νέων τεχνολογιών για λόγους ευκολίας τόσο κατά τη συλλογή, αποθήκευση και επεξεργασία όσο και για λόγους αξιοπιστίας και ασφάλειας των δεδομένων/αποτελεσμάτων.

Λέξεις Κλειδιά: Υγεία, Ηλεκτρονική Υγεία, Ικανοποίηση Ασθενών, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Ηλεκτρονικό Ερωτηματολόγιο, Φορητές Συσκευές, Κινητή Υγεία.

ABSTRACT

Introduction: A set of new technology products, such as mobile devices enable integration and use of electronic questionnaires to conduct surveys. Of special interest in the health sector is the evaluation and assessment of the degree of satisfaction of the hospitalized patient regarding their received health services.

Purpose: The goal of this PhD thesis is to identify and investigate the criteria which can be used: (1) to create a valid scale in order to measure the degree of patients' satisfaction by health professionals, (2) to evaluate further the health centers by patients, (3) to identify the shortcomings of the health institutions, (4) to evaluate the health professionals, for the care provided in the health institutions and thus to make proper use of them in the health organization (5) to create a flexible web application for measuring the inpatients' satisfaction through mobile devices, adaptable to any clinic of a public or private health provider in Greece.

Method: Initially for this research study a Pilot Test was conducted of printed questionnaires in order to determine its functionality and validity. The observations of the pilot test were used to form the final structure of the questionnaire. After that, an additional Pilot Test was conducted where printed questionnaires were distributed at the Emergency Department (ED) of the General Hospital of the 6th Sanitary District Peloponnese and three Health Centers in Laconia in Greece, as to study the reliability and validity of questionnaires.

In the present investigation the printed questionnaires were adapted in electronic format in order to be completed via the Internet by mobile devices, such as Smartphones and Tablets. At the same time, a new section was added in the electronic questionnaire, called "Additional Information", which included questions on identifying a usable device for installing the system.

Results: During the Pilot Test the printed questionnaire survey was distributed to a sample of 786 people. The results of the pilot test showed that the questionnaire is characterized by a high level of reliability (Cronbach $\alpha = 0,95$) and validity. The sample size was 512 respondents, of whom 384 inpatients (response rate 75%) completed the electronic questionnaire, using the web-based system through mobile devices (61% General Hospital (G.N.) of Attica and 39% General Hospital (G.N.) of Peloponnese).

The majority of inpatients were married, Greek citizens, aged 45-64, graduates of secondary education with insurance, mainly in Social Security Organization (SSO) and Agricultural Security Organization (ASO), who were hospitalized for emergency health issues. Moreover, the majority of the survey population in both hospitals preferred the use of Tablets, over Smartphones (86% -14% G.H. Attica and 87% - 13% G.H. Peloponnese).

Despite the fact that the inpatients showed limited familiarity in using mobile devices they found the use of the web-based system easy to interact with. Moreover, regarding the type of device, users appeared more satisfied with the Tablet, because of the size of the screen, which makes the characters more distinct and readable. Additionally the online system options appear without folding menus thus enhancing the overall system usability.

Conclusions: The measurement of the inpatients' satisfaction in this study demonstrates the high quality of medical and nursing services. Exceptions are due to factors such as information and emotional support by the nursing staff and the lack of patients' participation in decisions made regarding treatment. Other findings of this study include the correlation of satisfaction with the infrastructure-equipment needs to be improved, as well as, the quality of food, the preservation of privacy and the continuous updating of the patient about the procedures to be followed during both, the reception and his/her stay in hospital. Moreover, it is noteworthy that although the users of the web-based system do not seem to be familiar with the new technologies, they easily used both devices of the study. This encourages the use of new technologies in future surveys enhancing the convenience in the collection, storage and processing, as well as improving the reliability and safety of data and results.

Key words: Health, Electronic Health, Patient Satisfaction, Quality of Health Care Services, Electronic questionnaire, Electronic survey, Mobile Devices, Mobile Health.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	1
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	5
1.1 Ορισμός της Ποιότητας στο χώρο της Υγείας.....	6
1.2 Διαστάσεις της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	9
1.3 Αναγκαιότητα Μέτρησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.....	12
1.4 Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας	14
1.4.1 Ποιοτικός Έλεγχος.....	14
1.4.2 Διασφάλιση της Ποιότητας.....	16
1.4.3 Κύκλοι Ποιότητας.....	16
1.4.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	18
1.4.5 Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας	19
1.4.6 Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής	20
1.5 Οφέλη των Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας	21
2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	23
2.1 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών.....	24
2.2 Χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών.....	28
2.3 Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών	33
2.3.1 Αντικειμενικός Στόχος της Μέτρησης Ικανοποίησης Ασθενών.....	35
2.3.2 Οφέλη από τη Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών	40
2.4 Μεθοδολογική Προσέγγιση της Διαδικασίας Μέτρησης Ικανοποίησης Ασθενών.....	41
2.4.1 Ποιοτικές Μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης Ασθενών	42
2.4.2 Ποσοτικές Μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης Ασθενών	45
2.5 Προβλήματα κατά τη Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών	49
3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	51
3.1 Συσχέτιση Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας.....	52
3.2 Στρατηγικές Διασφάλισης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και της Ικανοποίησης των Χρηστών	55
3.3 Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας στον Ελληνικό Χώρο.....	57
3.5 Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας στο Διεθνή Χώρο	65
3.6 Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών με τη Χρήση Νέων Τεχνολογιών	70
3.6.1 Συσκευές και Λογισμικά για Ηλεκτρονικές Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών.....	71
4. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ.....	77
4.1 Ηλεκτρονική Υγεία.....	78
4.1.1 Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος.....	80
4.1.2 Εφαρμογές Έξυπνων Καρτών.....	85
4.1.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση	90
4.1.4 Ηλεκτρονική Τιμολόγηση Υπηρεσιών Υγείας	91
4.1.5 Ηλεκτρονικές Προμήθειες	95
4.1.6 Εφαρμογές Τηλεϊατρικής.....	98
4.2 Κινητή Υγεία	103

4.2.1 Ευεξία	105
4.2.2 Πρόσβαση σε Πληροφορίες για την Υγεία.....	106
4.2.3 Διαχείριση Χρόνιων Παθήσεων	107
4.2.4 Τήρηση της Φαρμακευτικής Αγωγής	107
4.2.5 Παρακολούθηση με Ασφάλεια	108
4.3 Ηλεκτρονικές Πύλες Αξιολόγησης Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.....	109
4.4 Εφαρμογές Ανοικτού Κώδικα στην Υγεία	111

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	116
1.1 Σκοπός της έρευνας	117
1.2 Ερευνητικό Πρόβλημα.....	117
2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	119
2.1 Μεθοδολογία.....	120
2.2 Α΄ Φάση: Κατασκευή Έντυπου Ερωτηματολογίου-Πιλοτικές Δοκιμές	121
2.2.1 Δομή Έντυπου Ερωτηματολογίου	121
2.2.2 Πιλοτική Δοκιμή Έντυπου Ερωτηματολογίου	124
2.2.3 Διανομή Έντυπου Ερωτηματολογίου	126
2.3 Β΄ Φάση: Ανάπτυξη Συστήματος	127
2.3.1 Σχεδιασμός Συστήματος	127
2.3.2 Περιγραφή Συστήματος.....	131
2.3.3 Υλοποίηση Συστήματος.....	133
2.3.4 Προδιαγραφές Συστήματος.....	137
2.4 Γ΄ Φάση: Διεξαγωγή Έρευνας	137
2.5 Στατιστική Ανάλυση	140
2.6 Κανόνες Δεοντολογίας.....	141
3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	142
3.1 Αποτελέσματα Πιλοτικής Δοκιμής.....	143
3.2 Αποτελέσματα Έρευνας.....	143
3.2.1 Περιγραφή Ποιοτικών Μεταβλητών	144
3.2.2 Περιγραφή Ποσοτικών Μεταβλητών	147
3.2.3 Περιγραφή Κατηγοριών Ικανοποίησης	163
3.2.4 Συσχέτιση Ποιοτικών Μεταβλητών με Ικανοποίηση	163
3.2.5 Συσχέτιση Φορητής Συσκευής με Ποιοτικές Μεταβλητές.....	180
4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ	191
4.1 Συζήτηση- Συμπεράσματα της Έρευνας.....	192
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	203
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	217
ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ	221
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α.....	226
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β	231
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ	236
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ	242
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε	247
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ	248
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ	249
ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ	249
ΛΙΣΤΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ.....	249
ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	250
ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ.....	252

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

«*υγεία τίμιον ἀλλ' εὐμετάστατον*» (Πλούταρχος, 45-120 μ.Χ.)
(*Η Υγεία είναι πολύτιμη αλλά ευμετάβλητη*)

Σύμφωνα με τον ορισμό που διατυπώθηκε στο καταστατικό του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας το 1946 (WHO, 1946), υγεία είναι «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας». Ως εκ τούτου, η ποιοτική φροντίδα υγείας για όλους τους πολίτες πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα σε κάθε Υγειονομικό Σύστημα. Η δομή ενός συστήματος υγείας στηρίζεται στον τρόπο κάλυψης των πολιτών από ασθένειες, ατυχήματα και ανικανότητες. Διαφορετικές χώρες παρέχουν φροντίδα υγείας με διάφορους τρόπους, βάσει αυτού προσδιορίζονται τρεις δομές υγείας (Roemer, 1993; Wall, 1996), ως εξής:

- *Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης (τύπου Bismarck)*: Πρόκειται για ένα σύστημα κοινωνικής ασφάλισης, στο οποίο η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού βασίζεται στη δημιουργία ασφαλιστικών Ταμείων. Συνεπώς, το κράτος αναλαμβάνει την κάλυψη των κοινωνικών αναγκών με βάση την εργασία του πληθυσμού.
- *Εθνικό Σύστημα Υγείας (τύπου Beveridge)*: Πρόκειται για ένα σύστημα υγείας που στηρίζεται στη φιλοσοφία της κοινωνικής αλληλεγγύης και στην ισότιμη κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης. Η κάλυψη των αναγκών του πληθυσμού σε υπηρεσίες υγείας γίνεται από το κράτος και στηρίζεται στη λογική δικαιωμάτων – υποχρεώσεων μεταξύ πολιτών και κράτους.
- *Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας-Σύστημα Ιδιωτικής Ασφάλισης*: Σε ένα φιλελεύθερο σύστημα υγείας, ο ρόλος του κράτους είναι περιορισμένος. Ουσιαστικά το κράτος συμμετέχει στο να προσφέρει υπηρεσίες υγείας προς αυτούς που δεν μπορούν να τις αγοράσουν. Συνεπώς, η κάλυψη εξαρτάται από την οικονομική δυνατότητα του ασθενούς.

Το ελληνικό σύστημα υγείας ανήκει στα συστήματα τύπου Bismarck βάσει του Νόμου 1397/83 άρθρο 1^ο, με τους φορείς κοινωνικής ασφάλισης να προσφέρουν παροχές σε είδος (εξωνοσοκομειακή, νοσοκομειακή, και φαρμακευτική περίθαλψη), παροχές σε χρήμα (επιδόματα ασθενείας ή ατυχημάτων) είτε συνδυασμό αυτών. Ωστόσο, λόγω του ότι διαθέτει και κάποια χαρακτηριστικά, όπως χρηματοδότηση της

μισθοδοσίας προσωπικού, του εξοπλισμού υψηλής τεχνολογίας και των έργων από το κράτος μέσω προγραμμάτων δημοσίων επενδύσεων ή μέσω των κοινοτικών προγραμμάτων (σύστημα υγείας τύπου Beveridge), αντιμετωπίζεται ως μεικτό σύστημα. Βασίζεται κυρίως στην υποχρεωτική κοινωνική ασφάλιση, ενώ ένα μέρος της χρηματοδότησής του, προέρχεται από τις ασφαλιστικές εισφορές και ένα άλλο μέρος, κυρίως στο επίπεδο της νοσοκομειακής περίθαλψης, προέρχεται από τη φορολογία. Επίσης υπάρχει αυξημένη η συμμετοχή του ιδιωτικού τομέα τόσο στην παροχή, όσο και στη χρηματοδότηση των υπηρεσιών υγείας.

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε τρία επίπεδα (άρθρο 5, Ν. 1397/83):

- Πρωτοβάθμια,
- Δευτεροβάθμια και
- Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.

Πρωτοβάθμια Φροντίδα ή αλλιώς Πρωτοβάθμια Περίθαλψη: παρέχεται από Υγειονομικούς Σταθμούς, Κέντρα Υγείας, τις κινητές μονάδες, τα εξωτερικά ιατρεία νοσηλευτικών ιδρυμάτων, τα ιατρεία των ασφαλιστικών οργανισμών και τον ιδιωτικό τομέα υγείας. Η πρωτοβάθμια φροντίδα, έχει ως σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση στα πλαίσια της κοινότητας, ώστε να περιορίζεται η προσφυγή στη νοσοκομειακή περίθαλψη (WHO & UNICEF, 1978). Η πιο πρόσφατη νομοθεσία σχετικά με την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας είναι ο νόμος 3918/2011, όπου προβλέπεται η σύσταση του «Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας,- Ε.Ο.Π.Υ.Υ.», ο οποίος τελεί υπό την εποπτεία των Υπουργείων Εργασίας και Κοινωνικής Ασφάλισης και Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ή Δευτερογενής Πρόληψη: παρέχεται στα νοσοκομεία, ειδικά και γενικά, τα οποία διακρίνονται σε ΝΠΔΔ (Νομικά Πρόσωπα Δημοσίου Δικαίου), όπως Πανεπιστημιακά ή Περιφερειακά, ΝΠΙΔ (Νομικά Πρόσωπα Ιδιωτικού Δικαίου) και ιδιωτικές κλινικές, κάτω από την εποπτεία και την οικονομική διαχείριση του υπουργείου Υγείας, που συνάπτουν συμβάσεις με τους ασφαλιστικούς φορείς για την περίθαλψη των ασφαλισμένων σε αυτούς (άρθρο 14 Ν. 2889/2001). Ειδικά, παροχή της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας γίνεται από τα νομαρχιακά νοσοκομεία, τα οποία είναι γενικά νοσοκομεία, λειτουργούν ανά νομό χωρίς σαφώς να περιορίζονται στα όρια του νομού στον οποίο απευθύνονται και μόνο. Επιπλέον, εδώ περιλαμβάνονται οι υπηρεσίες που παρέχονται από ενισχυμένα

κέντρα υγείας, στρατιωτικά νοσοκομεία, μονάδες ψυχικής υγείας, κέντρα αποθεραπείας-αποκατάστασης κλειστής νοσηλείας και θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που πραγματοποιούνται κατά τη διάρκεια ημερήσιας νοσηλείας.

Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ή Τριτογενή Πρόληψη, η οποία παρέχεται από τα Περιφερειακά ή Πανεπιστημιακά γενικά νοσοκομεία, που ταυτόχρονα αναλαμβάνουν την εκπαίδευση και τη συνεχιζόμενη εκπαιδευτική διαδικασία του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού τους, καθώς και από Ιδιωτικά νοσοκομεία ειδικά ή γενικά.

Τέλος, η παροχή της οδοντιατρικής περίθαλψης στηρίζεται κυρίως στον ιδιωτικό τομέα, ενώ, η φαρμακευτική κάλυψη παρέχεται σχεδόν αποκλειστικά από ιδιωτικά φαρμακεία (Κυριόπουλος και συν., 1996) και για τα φάρμακα υψηλού κόστους από τα φαρμακεία των Νοσοκομείων και του ΕΟΠΥΥ.

Η επιστήμη της πληροφορικής έχει υλοποιήσει ένα σύνολο εφαρμογών, στο χώρο της υγείας, με στόχο την καλύτερη και ταχύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και στα τρία επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, η εισαγωγή του όρου «ηλεκτρονική υγεία» (*eHealth*), καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εργαλείων βασισμένων στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών, που στοχεύουν στην καλύτερη πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση και διαχείριση της υγείας και του τρόπου ζωής. Κατά την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται στις ανάγκες των ασθενών και την κάλυψη αυτών, καθώς και στο βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Επιπλέον, το κόστος νοσηλείας, η ασφάλεια των ασθενών, καθώς και η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών, ωστόσο, μέχρι σήμερα σε αρκετές χώρες δεν υπάρχει αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας. Συνεπώς, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι δύσκολο να διερευνηθεί και να εκτιμηθεί.

Αναμφίβολα, ο όρος «Παροχή Υπηρεσιών Υγείας» περιλαμβάνει μία πληθώρα εμπλεκόμενων φορέων, ατόμων και διακινούμενης πληροφορίας. Το γεγονός αυτό, προκαλεί ιδιαιτερότητες και δυσκολία στον προσδιορισμό της ποιοτικής φροντίδας υγείας.

Η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων

υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1997). Βάσει αυτής της διαπίστωσης πραγματοποιούνται έρευνες που σκοπό έχουν να καταγράψουν και να αξιολογήσουν την άποψη των ασθενών, η οποία χαρακτηρίζεται ως ικανοποίηση για τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται, καθώς μπορεί να αποτελεί έναν αξιόπιστο δείκτη εκτίμησης της ποιότητας.

Συνεπώς, για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος οφείλουν τα τμήματα των Φορέων Υγείας να συνεργάζονται και να εκτελούν έρευνες ικανοποίησης ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα, ώστε να εντοπίζονται οι προβληματικοί τομείς και να βελτιώνονται εγκαίρως.

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι η δημιουργία έγκυρου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, δηλαδή μιας έγκυρης διαδικτυακής κλίμακας, για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών σε Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας, με τη χρήση φορητών συσκευών, καθώς και ο προσδιορισμός της εύχρηστης φορητής συσκευής για το σκοπό αυτό.



1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η έννοια «ποιότητα» στο χώρο της υγείας είναι δύσκολο να οριστεί, εφόσον δίνονται διαφορετικές διαστάσεις από τον χρήστη-ασθενή του προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας. Ωστόσο, η ποιότητα μπορεί να εξεταστεί βάσει μίας ακολουθίας κριτηρίων, αναφορικά με τη δομή της φροντίδας υγείας, τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται για την παραγωγή και παροχή της, καθώς και την αξιολόγηση του αποτελέσματός.

1.1 Ορισμός της Ποιότητας στο χώρο της Υγείας

Ο προσδιορισμός της έννοιας «ποιότητα» απασχόλησε και απασχολεί τους ερευνητές σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δράσης, εφόσον η αξία και σημαντικότητα αυτής κρίνεται αναμφισβήτητη. Συγκεκριμένα, ετυμολογικά η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία ελληνική λέξη «ποιότης» και σημαίνει η φύση, εσωτερική κατάσταση ή υπόσταση προσώπου ή πράγματος, σε σχέση με την αξία του.

Η σύγχρονη έννοια του όρου «ποιότητα» αποτέλεσε αντικείμενο ενδιαφέροντος και κατανόησης, αρχικά, στον τομέα της παραγωγής βιομηχανικών προϊόντων τη δεκαετία του 1950.

Στον τομέα της υγείας, η ανάγκη προσδιορισμού του ιατρικού έργου εμφανίστηκε από την εποχή του Ιπποκράτη, όπου δινόταν σημαντική βαρύτητα στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς.

Στις αρχές του 19ου αιώνα στην Αγγλία, η θεμελιώτρια της νοσηλευτικής επιστήμης, Florance Nightingale, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών σε τρεις φάσεις, κατά τη διάρκεια της μεταφοράς τους στο νοσοκομείο, της παραμονής σε αυτό και μετά από χειρουργική επέμβαση, με απώτερο σκοπό την αποτίμηση και αξιολόγηση των παρεχόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Οικονομοπούλου, 2002).

Σήμερα, η διασφάλιση ποιότητας στο χώρο της υγείας αποτελεί αντικείμενο μελέτης και προβληματίζει έντονα, τους επαγγελματίες υγείας, τα διευθυντικά στελέχη των υπηρεσιών υγείας και τις κυβερνήσεις των χωρών, καθώς αποτελεί κύριο ζητούμενο από την πλευρά των καταναλωτών-χρηστών των υπηρεσιών (Σιγάλας και συν., 1999).

Η έννοια «ποιότητα» είναι δύσκολο να ερμηνευτεί με ένα κοινά αποδεκτό ορισμό, εφόσον δίδονται διαφορετικές διαστάσεις από τον αγοραστή/καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας και από τον παραγωγό/προμηθευτή τους. Από την

πλευρά του αγοραστή/καταναλωτή, η ποιότητα ορίζεται ως ο βαθμός κατά τον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του. Αντίστοιχα, από την πλευρά του παραγωγού/προμηθευτή, η ποιότητα ορίζεται ως η ικανότητα της παραγωγικής διαδικασίας να συμμορφωθεί με τις προδιαγραφές που έχει επιλέξει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία (Δερβιτσιώτης, 1999). Επομένως, για να μπορέσουν οι ερμηνείες να ταυτιστούν, θα πρέπει οι προδιαγραφές, που επιλέγει η διοίκηση για το προϊόν ή την υπηρεσία, να «πλησιάζουν» τις απαιτήσεις του αγοραστή/καταναλωτή, ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να έχει τη μεγαλύτερη επιτυχία όταν προωθηθεί στην αγορά. (Σιγάλας, 1999).

Συνεπώς, για να μπορέσουμε να ορίσουμε την έννοια «ποιότητα» στο χώρο της υγείας, οφείλουμε να εξετάσουμε την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας ως προϊόν, από την πλευρά του ασθενούς-χρήστη και από την πλευρά του νοσοκομείου-φορέα. Στη βιβλιογραφία οι πιο συχνά αναφερόμενοι ορισμοί που προσανατολίζονται σε αυτές τις δύο προσεγγίσεις είναι οι ακόλουθοι.

Ένας γενικός ορισμός, είναι αυτός του Juran, σύμφωνα με τον οποίο η ποιότητα ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο ένα συγκεκριμένο προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες συγκεκριμένου χρήστη. Επιπλέον, αναπτύσσοντας τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης, επισημαίνει ότι η ποιότητα πρέπει να σχεδιάζεται και όχι να αφήνεται στην τύχη (Juran, 1998).

Δεδομένου ότι, ο προμηθευτής των υπηρεσιών και ο χρήστης αντιλαμβάνονται με διαφορετικό τρόπο την έννοια της ποιότητας, προκύπτει ότι η ποιότητα μπορεί να οριστεί ως το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, το οποίο προσφέρει στον χρήστη τις υπηρεσίες που έχει ανάγκη και προσδοκά, τη δεδομένη χρονική στιγμή, με το χαμηλότερο δυνατό κόστος (Κωσταγιώλας και συν., 2008).

Συγχρόνως, ως ποιότητα στο χώρο της υγείας μπορεί να θεωρηθεί το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του ιδίου, αλλά και της οικογένειάς του, έτσι ώστε να ενσωματώνει, τόσο την αποτελεσματικότητα, όσο και το κόστος των υπηρεσιών υγείας (Thompson, 1980).

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization for Standardization - ISO) ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας

υπηρεσίας, που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους (International Organization for Standardization, 1990).

Λαμβάνοντας υπόψη τη διαφορετικότητα του όρου «ποιότητα», στο χώρο της υγείας σε σχέση με αυτή της βιομηχανίας, η οποία έγκειται στο γεγονός ότι η ποιότητα στον τομέα της βιομηχανίας εστιάζεται κυρίως στην απόλυτη τήρηση ορισμένων προδιαγραφών ενός προϊόντος και η αποφυγή παρεκκλίσεων κατά τη διαδικασία και στο αποτέλεσμα, ενώ στο χώρο της υγείας, λόγω του ότι οι ασθενείς εμφανίζουν σημαντικές διαφορές και οι θεραπείες τους ποικίλουν κατά περίπτωση, αναμένονται αναγκαίες διαφορές και προσαρμογές στον τρόπο αντιμετώπισής τους (Τούντας, 2003). Ως εκ τούτου, η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη, όχι ως καλοσύνη (Crosby, 1984).

Επιπρόσθετα, ως ποιότητα ορίζεται ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας, για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Institute of Medicine, 1991), ενώ ο Williamson ορίζει την ποιότητα ως την έκταση στην οποία τα οφέλη επιτυγχάνονται κάτω από επιθυμητές καταστάσεις φροντίδας και με λογικούς περιορισμούς κόστους (Williamson, 2007).

Παράλληλα, η Palmer έχοντας υπόψη δύο συνιστώσες, την άποψη του ιατρικού σώματος και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, δίνει την εξής ερμηνεία «η ποιότητα της φροντίδας μετράτε με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη, τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και στην τεχνολογία, όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο (Palmer, 1991).

Τέλος, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας υποστηρίζει ότι η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (World Health Organization, 1993). Παράλληλα, το Υπουργείο Υγείας της Αγγλίας απλουστεύοντας την έννοια «ποιότητα» στην υγεία καθόρισε ότι πρέπει «να γίνονται οι σωστές ενέργειες, για τους σωστούς ανθρώπους στο σωστό χρόνο» (Department of Health, 1998).

1.2 Διαστάσεις της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίτερη μορφή στη βιομηχανία παροχής υπηρεσιών. Ο ασθενής-χρήστης των υπηρεσιών αναμένει πολύ περισσότερα, τα οποία ποικίλουν ανάμεσα στην ικανοποίηση διαφόρων αναγκών του, οι οποίες μπορεί να είναι φυσικές, ψυχικές, κοινωνικές ή πνευματικές. Ταυτόχρονα, ο ασθενής κρίνει την ετοιμότητα, προσβασιμότητα και αξιοπιστία των υπηρεσιών. Το σύνολο αυτών των παραγόντων αποτελούν καθοριστικής σημασίας συνιστώσες, τόσο για έγκαιρη και σωστή διάγνωση, όσο για τη χρήση υψηλής τεχνολογίας, καθώς και για τον επαγγελματισμό του προσωπικού υγείας. Ως εκ τούτου, συμπεριλαμβάνονται κατά το σχεδιασμό ερωτηματολογίων αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών.

Σύμφωνα με την JCAHO (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations) ποιότητα ορίζεται ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων με δεδομένη την παρούσα γνώση» και προσδιορίζει ορισμένες διαστάσεις για ποιοτική φροντίδα υγείας όπως: καταλληλότητα, διαθεσιμότητα, συνέχεια, αποτελεσματικότητα, δραστικότητα, αποδοτικότητα, σεβασμός και φροντίδα, ασφάλεια και επικαιρότητα (JCAHO, 2000).

Παράλληλα, ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (Π.Ο.Υ) ορίζει ότι η υψηλής ποιότητας περίθαλψη οφείλει να διέπεται από τα εξής χαρακτηριστικά (World Health Organization, 1993): υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων, μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, ικανοποίηση του ασθενούς, τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενούς

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί αντικείμενο έρευνας και εμφανίζεται ότι καθορίζεται, τόσο από το βαθμό ικανοποίησης των χρηστών-καταναλωτών, στους οποίους προσφέρονται, όσο και από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ανάλυση αποδοτικότητας των διεργασιών που τις υποστηρίζουν.

Ο Donabedian, επικεντρώνεται στο τρίπτυχο: δομή-διαδικασία-αποτελέσμα και διατυπώνει τις απόψεις του σχετικά με το αν και κατά πόσο, κάθε ένας από τους τομείς αυτούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί για τον προσδιορισμό της ποιότητας του τελικού προϊόντος της υγειονομικής φροντίδας, με σκοπό την επίτευξη ποιότητας και στα τρία, με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή (Donabedian, 1966, Donabedian, 1980). Συγκεκριμένα, έχουμε:

- *Δομή:* Περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας, με τα οποία θεωρείται ικανή η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδας υγείας από μία μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Αναλυτικά, το κριτήριο προσδιορίζεται από στοιχεία όπως το υλικό (εγκαταστάσεις και τεχνική υποδομή), το ανθρώπινο δυναμικό (ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό) και στοιχεία του οργανισμού (μέθοδοι αξιολόγησης, συστήματα αμοιβών). 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.
- *Διαδικασία:* Συχνά αποκαλείται και απόδοση και περιλαμβάνει το σύνολο των δραστηριοτήτων που πραγματοποιούνται τη στιγμή που ο ασθενής θα επισκεφτεί τον φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας έως την έξοδό του από αυτό. Συνεπώς, ελέγχεται κατά πόσο οι ενέργειες που έγιναν για έναν ασθενή ήταν ενδεδειγμένες και πλήρεις.
- *Αποτέλεσμα:* Αναφέρεται στη βραχυπρόθεσμη ή στη μακροπρόθεσμη αλλαγή της υγείας του ασθενούς (βελτίωση, σταθεροποίηση ή επιδείνωση). Η έκβαση του περιστατικού είναι καθοριστικής σημασίας για την ποιότητα και βάσει αυτής κρίνεται η ιατρονοσηλευτική φροντίδα που παρέχεται σε έναν ασθενή.

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

- *Ελάχιστο επίπεδο:* Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών δεν επιτρέπεται να πέσει κάτω από αυτό το επίπεδο.
- *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.
- *Ιδανικό επίπεδο:* Αυτό το επίπεδο ουσιαστικά αποτελεί το στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας, 1999).

Επιπλέον, ο Donabedian προχώρησε σε εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας ποιότητα υπηρεσιών υγείας και κατέγραψε παράγοντες, οι οποίοι επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της. Συγκεκριμένα, η παροχή της φροντίδας είναι ένας σύνθετος παράγοντας, που χαρακτηρίζεται από τρεις επιμέρους διαστάσεις:

- *Τεχνικό μέρος (technical, science of medicine)*: Το τεχνικό μέρος προσδιορίζεται από το συνδυασμό της επιστήμης της ιατρικής και της τεχνολογίας για την εφαρμογή της καλύτερης φροντίδας προς την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενούς.
- *Διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine)*: Το διαπροσωπικό μέρος προσανατολίζεται στην ανθρώπινη διάσταση του ασθενούς. Συγκεκριμένα, αναφέρεται στη συμπεριφορά απέναντι στον ασθενή και τις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών, βάσει των κανόνων δεοντολογίας και ηθικής που διέπουν κάθε κοινωνία.
- *Ξενοδοχειακή υποδομή (amenities)*: Προσδιορίζεται από τον εξοπλισμό του δωματίου και τις ανέσεις που προσφέρονται στους ασθενείς (Donabedian, 1992).

Βάσει των τριών αυτών διαστάσεων δόθηκε από τον Donabedian ο εξής ορισμός για την ποιότητα όσον αφορά στις υπηρεσίες υγείας: «ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία».

Πέρα των τριών πιο πάνω διαστάσεων, ο Donabedian παρατήρησε και άλλες δύο διαστάσεις, οι οποίες χαρακτηρίζουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας:

- *Ποσότητα της Ιατρικής Φροντίδας και η Ποιότητα*: Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών έχει δυο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια της φροντίδας. Η δεύτερη αντίθετα αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις.
- *Οικονομικό Κόστος της Ποιότητας*: Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων, ωστόσο η επένδυση αυτή θα συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους με τον περιορισμό περιττών και αναποτελεσματικών πράξεων.

Η ποιότητα χαρακτηρίζεται από ένα υποκειμενικό στοιχείο δεδομένου ότι ο πελάτης-ασθενής είναι αυτός που επιβεβαιώνει ότι, αυτό είναι το είδος των αγαθών ή υπηρεσιών, που καλύπτουν τις ανάγκες, επιθυμίες ή προσδοκίες του.

1.3 Αναγκαιότητα Μέτρησης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Ο λόγος που το ενδιαφέρον των ερευνητών στρέφεται έντονα προς τη μέτρηση της ποιότητας έγκειται στο ότι οι οργανισμοί έχουν παρατηρήσει την υψηλή οικονομική επιβάρυνση λόγω της κακής ποιότητας. Η ποιότητα επηρεάζει όλες τις πτυχές ενός οργανισμού και έχει δραματικές επιπτώσεις κόστους. Η πιο προφανής συνέπεια εμφανίζεται όταν η κακή ποιότητα δημιουργεί δυσαρεστημένους πελάτες και οδηγεί, τελικά, σε απώλεια επιχειρηματικών δραστηριοτήτων.

Αναμφίβολα, η μέτρηση και κατ' επέκταση η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να κατέχουν σημαντική θέση κατά το σχεδιασμό, την οργάνωση και τη διοίκηση κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας, καθώς συνδέεται άμεσα και απασχολεί προμηθευτές και καταναλωτές. Συνεπώς, η επιδίωξη της ποιότητας στην υγεία αφορά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας (νοσοκομεία, εργαστήρια, κ.ά.) και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας (Τούντας, 2008). Ο αντικειμενικός σκοπός της μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι να προσφέρει στους ασθενείς την καλύτερη και ασφαλέστερη υγειονομική περίθαλψη.

Ο Royer αναφέρει ότι οι ενέργειες των ιατρών, ενός φορέα υγείας, είναι ικανές να θέσουν σε κίνδυνο μια σημαντική πλειονότητα των αποτελεσμάτων στον τομέα της υγείας (Royer, 1999). Αρκετές φορές, ανεξήγητες κλινικές μεταβολές οδηγούν σε αύξηση του κόστους της υγειονομικής περίθαλψης, σε ιατρικά λάθη, σε απογοήτευση των ασθενών και αρνητικά κλινικά αποτελέσματα. Ως εκ τούτου, οι οργανισμοί που θέλουν να βελτιώσουν την ποιότητα των υπηρεσιών τους θα πρέπει να αλλάξουν τη στάση/συμπεριφορά των ιατρών ώστε να μειωθούν οι ποικίλες πρακτικές.

Επιπλέον, αν ένας οργανισμός προτίθεται να διαχειριστεί την ποιότητα, θα πρέπει να θέσει σε εφαρμογή συστήματα και διαδικασίες, οι οποίες μετρούν την ποιότητα. Συστήματα μέτρησης μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον καθορισμό προτεραιοτήτων και τη μέτρηση της προόδου με την πάροδο του χρόνου (Betka, 1993).

Αναλυτικά, η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας δίνει τη δυνατότητα στον φορέα ιατρικής φροντίδας να καταγράψει τυχόν ελλείψεις ή προβλήματα των υπηρεσιών που παρέχει, καθώς και προτάσεις αντιμετώπισης αυτών. Επιπλέον, με

αυτό τον τρόπο, είναι εφικτή και η τροποποίηση της λειτουργίας μιας υπηρεσίας προς την κατεύθυνση για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων της. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων, υλικών και οικονομικών πόρων (Θεοδώρου, 1992).

Η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς αποτελεί κρίσιμης σημασίας διαχρονικό ζητούμενο και συνεχώς επιτείνεται για μια σειρά από λόγους, όπως η αναποτελεσματικότητα των υγειονομικών υπηρεσιών, η συνεχής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας χωρίς ανάλογη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών, η άνοδος του μορφωτικού και πολιτισμικού επιπέδου της κοινωνίας με συνέπεια την αυξανόμενη απαίτηση για καλύτερη αντιμετώπιση (Τούντας, 2003).

Η National Committee for Quality Assurance (NCQA) των Η.Π.Α. στην ετήσια έκθεσή της, το 2011 για την υγεία, αναφέρει την ανάγκη για περισσότερη έμφαση στον ασθενή, θέτοντας τον στο επίκεντρο, χρησιμοποιώντας πληροφορίες από τον ίδιο τον ασθενή. Συγκεκριμένα, το πλαίσιο PCMH (Patient-Centered Medical Home (PCMH) για ανατροφοδότηση από τον ασθενή υποστηρίζει ό,τι είναι ευρέως γνωστό ως «τριπλός στόχος», που περιλαμβάνει βελτίωση της ποιότητας, συγκράτηση του κόστους και την ενίσχυση της εμπειρίας του ασθενούς. Η NCQA συνεργάζεται με το Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems (CAHPS) Clinician & Group Survey, για την ανάπτυξη μιας έκδοσης εκτίμησης, ιατρική στο σπίτι, για τον καταναλωτή-ασθενή της παρεχόμενης υγειονομικής περίθαλψης, ένα ευρέως χρησιμοποιούμενο εργαλείο αξιολόγησης της εμπειρίας των ασθενών.

Όσον αφορά στη συμβολή των επαγγελματιών υγείας για την επίτευξη ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, αυτή είναι αναμφισβήτητη. Συγκεκριμένα, λόγω του συνεχώς αυξανόμενου κόστους των υπηρεσιών και της προόδου στην τεχνολογία, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς των επαγγελματιών υγείας, επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας υγείας (Μερκούρης, 1996; Wen et al., 2004; Timmins, 2005; Montazeri, 2008). Αξίζει να σημειωθεί, ότι οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών ως προς την ικανοποίηση των αναγκών τους άλλοτε συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό, ενώ άλλοτε οι νοσηλευτές βαθμολογούν την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς (Μερκούρης, 1996).

Μία προσπάθεια μέτρησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να στηρίζεται σε ορισμένα κριτήρια, τα οποία είναι απαραίτητα να τίθενται, εκ των προτέρων, από τον αρμόδιο φορέα, σε συνεργασία πάντα με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό (Παπανικολάου, 2006). Βάσει των κριτηρίων, δομή-διαδικασία-αποτέλεσμα, 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 βάσει του βαθμού ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών στα προκαθορισμένα κριτήρια.

1.4 Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας

Αναμφισβήτητα, πέρα από τη μέτρηση και την περαιτέρω αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, ένας από τους κυριότερους στόχους των διοικήσεων των οργανισμών υγείας είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι μόνο σε σχέση με το υπάρχον αρχικό επίπεδο, αλλά θέτοντας υψηλότερους στόχους κάθε φορά που επιτυγχάνονται οι προηγούμενοι.

Έχοντας ως αντικείμενο τη βελτίωση της ποιότητας έχουν αναπτυχθεί διάφορες διαδικασίες, διοικητικού κυρίως χαρακτήρα, η εφαρμογή των οποίων μπορεί να έχει θετικά αποτελέσματα. Στα ακόλουθα τμήματα, αυτής της ενότητας, πραγματοποιείται μία περιγραφή ορισμένων διαδικασιών-μεθόδων που επιτυγχάνουν αποτίμηση, βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

1.4.1 Ποιοτικός Έλεγχος

Ο ποιοτικός έλεγχος είναι «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τις αδυναμίες ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει, χωρίς να δημιουργήσει καινούρια» (Σιγάλας, 1999). Συνεπώς, ο ποιοτικός έλεγχος καταγράφει τα προβλήματα, κρίνει την επάρκεια ή την καταλληλότητα των δομών, διαδικασιών ή του αποτελέσματος της παροχής υπηρεσιών υγείας και αποφασίζει, εάν θα πρέπει να γίνει παρέμβαση σε αυτές τις κατευθύνσεις, καθώς και ποια θα πρέπει να είναι η μορφή αυτών των παρεμβάσεων, ώστε ο τρόπος εφαρμογής τους, να επιφέρει τη βελτίωση της ποιότητας αυτών.

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη λειτουργία της μεθόδου αυτής είναι η τήρηση αρχείων ελέγχων. Αξιοσημείωτο στοιχείο του ποιοτικού ελέγχου, είναι το γεγονός ότι κατά την εφαρμογή του εντοπίζονται προβλήματα, κατά το σχεδιασμό και την παραγωγή/διάθεσης μιας υπηρεσίας/προϊόντος, αφού προσφερθεί στον χρήστη/καταναλωτή.

Βασική προϋπόθεση ποιοτικού ελέγχου ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι ουσιαστικά η σύγκριση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με συγκεκριμένες προδιαγραφές. Στον τομέα της υγείας και συγκεκριμένα σε ένα σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, τέτοιου είδους έλεγχος είναι πολύ πιο δύσκολο να εφαρμοστεί, συγκριτικά με επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων, λόγω του ότι ισχύει πάντοτε ο ιδιαίτερος «υποκειμενισμός» του ασθενούς (Αλεξιάδης και συν., 2003). Αναμφίβολα, το θέμα του ποιοτικού ελέγχου είναι μείζονος σημασίας εφόσον, συνδέεται διεθνώς με την παράμετρο «κόστος των υπηρεσιών της υγείας».

Ως εκ τούτου, ο ποιοτικός έλεγχος των παρεχόμενων υπηρεσιών από τους φορείς παροχής υπηρεσιών Πρωτοβάθμια Φροντίδας Υγείας είναι υποχρεωτικός και διενεργείται από εξουσιοδοτημένο φορέα του Δημοσίου ή οποιανδήποτε άλλον διαπιστευμένο φορέα του εσωτερικού ή εξωτερικού, σύμφωνα και με τις προβλέψεις του Ν. 3918/2011.

Αναλυτικά, ο ποιοτικός έλεγχος αποτελείται από δύο συμπληρωματικές δραστηριότητες: εσωτερικό ποιοτικό έλεγχο και εξωτερικό ποιοτικό έλεγχο.

- *Εσωτερικός Ποιοτικός Έλεγχος (Internal Quality Control)*: Ο εσωτερικός ποιοτικός έλεγχος σχετίζεται με τις εσωτερικές διαδικασίες, δηλαδή τα μέτρα που λαμβάνονται από το προσωπικό του εργαστηρίου, για τη συνεχή παρακολούθηση των διαδικασιών και το συστηματικό έλεγχο των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, ώστε να εξασφαλίζεται η επιθυμητή ποιότητα και αξιοπιστία των δεδομένων που παράγονται. Αυτό βέβαια επιτυγχάνεται, όταν ο έλεγχος περιλαμβάνει όλα τα στάδια εξέλιξης των εργαστηριακών εξετάσεων, με τη βοήθεια των δειγμάτων ελέγχου και την ακρίβεια με την βοήθεια των διπλών αναλύσεων των δειγμάτων δοκιμής και/ή των δειγμάτων ελέγχου και δεν περιορίζεται στο τελικό αποτέλεσμα.
- *Εξωτερικός Ποιοτικός Έλεγχος (External Quality Assessment)*: Ο εξωτερικός ποιοτικός έλεγχος περιλαμβάνει αναφορά σε άλλα εργαστήρια, δηλαδή σχετίζεται με

τον έλεγχο των εργαστηριακών αποτελεσμάτων από μία εξωεργαστηριακή ιατρική αρχή, με συμμετοχή σε εθνικά και/ή διεθνή διεργαστηριακά δείγματα δεδομένων. Ο αντικειμενικός κύριος στόχος, είναι η εξασφάλιση συγκρίσιμων, με άλλα εργαστήρια, αποτελεσμάτων.

1.4.2 Διασφάλιση της Ποιότητας

Επέκταση του Ποιοτικού Ελέγχου αποτελεί η Διασφάλιση της Ποιότητας, που σχετίζεται με τον προσδιορισμό και την παρακολούθηση δεικτών που αντικατοπτρίζουν τα πρότυπα και τις προδιαγραφές της περίθαλψης. Συγκεκριμένα, 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 (Τσότρας, 2002).

Αναλυτικά, ο φορέας υγείας ορίζει τους στόχους που επιθυμεί και στη συνέχεια προσπαθεί να επιτευχθούν, χωρίς να επικεντρώνεται στα αίτια, που ενδεχομένως λειτουργούν ανασταλτικά προς αυτή την κατεύθυνση, όπως γίνεται στη μέθοδο του ποιοτικού ελέγχου. Συνεπώς, ο φορέας υγείας για να μπορέσει να αξιολογήσει/συγκρίνει τα αποτελέσματα στηρίζεται σε συγκεκριμένα διεθνή πρότυπα, όπως αυτά που συντάχθηκαν από το Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης.

Ως εκ τούτου, 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 (Σιγάλας, 1999). Συμπεραίνουμε ότι η μέθοδος της διασφάλισης ποιότητας πραγματοποιεί έλεγχο σε υψηλότερο βαθμό λεπτομέρειας, εφόσον περιλαμβάνει όλα τα μέτρα που λαμβάνονται από την επιλογή της κατάλληλης εξέτασης μέχρι τη σωστή διάγνωση ή τη σωστή αξιολόγηση της εξέτασης, ώστε αυτή να αποβεί προς όφελος του ασθενούς.

1.4.3 Κύκλοι Ποιότητας

Οι Κύκλοι Ποιότητας εμφανίστηκαν για πρώτη φορά στην Ιαπωνία τη δεκαετία του 1960, τείνουν να βελτιώσουν, όχι μόνο την απόδοση οποιουδήποτε οργανισμού,

αλλά, επίσης, να παρέχουν κίνητρα και να εμπλουτίσουν την εργασιακή ζωή των εργαζόμενων. Οι κύκλοι ποιότητας χαρακτηρίζονται συνήθως ως μικρές εθελοντικές ομάδες, των 5-15 εργαζομένων, που ανήκουν συνήθως στον ίδιο τομέα και συναντιούνται περιοδικά για πρακτικούς σκοπούς, όπως:

- ποιοτική βελτίωση των παραγόμενων προϊόντων,
- συνθήκες ασφαλείας,
- μείωση κόστους παραγωγής,
- βελτίωση της παραγωγικής διαδικασίας,
- βελτίωση της επικοινωνίας μεταξύ των εργαζομένων και της διοίκησης (Ishikawa et al., 1985).

Εφόσον καταλήξουν στην οριστική επίλυση του προβλήματος ο κύκλος ποιότητας παύει να λειτουργεί. Η σύνθεση ενός νέο κύκλου, με τα ίδια ή διαφορετικά άτομα, πραγματοποιείται για την επίλυση άλλων προβλημάτων, που ενδεχομένως δημιουργηθούν. 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, καθώς και την έλλειψη συνεργασίας με τα μεσαίου επιπέδου στελέχη (Τούντας, 2003).

Συγκεκριμένα, εμφανίζονται δύο είδη κύκλων ποιότητας. Ο πρώτος κύκλος αναφέρεται στη διαχείριση 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 τη διασφαλίσει της.

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 (Παπανικολάου, 2006).

1.4.4 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί πρωτίστως δέσμευση της ηγεσίας, συνεχή επιμόρφωση όλων των βαθμίδων του προσωπικού και συμμετοχή όλων στις διαδικασίες (Παπανικολάου, 2006). Στη δεκαετία του 1950, ο Deming εισήγαγε το μοντέλο της διεργασίας του στατιστικού ελέγχου, με σκοπό την ανεύρεση βελτιώσεων παρά σφαλμάτων στη διαδικασία παραγωγής ενός προϊόντος. Στις θεωρίες και απόψεις του Deming, όπως συμπληρώθηκαν και επεκτάθηκαν από τους Juran, Grosby, Filgerbaum και Ishikawa, στηρίχτηκε ένα ολόκληρο σύστημα διοίκησης (Οικονομοπούλου, 2001), η φιλοσοφία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management).

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, αποτελεί ένα σύστημα διοίκησης, με βάση το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων (Τσιότρας, 1995).

Αναλυτικά, κατά τη διοίκηση ολικής ποιότητας πραγματοποιείται:

- *Εστίαση στον καταναλωτή και στους εμπλεκόμενους φορείς:* Ο καταναλωτής-ασθενής είναι ο βασικός κριτής της ποιότητας της υπηρεσίας. Ως εκ τούτου, οι οργανισμοί υγείας θα πρέπει να αντιληφθούν πλήρως όλα τα στοιχεία του προϊόντος-υπηρεσίας, που μπορούν να έχουν αξία στον καταναλωτή-ασθενή με απώτερο σκοπό την ικανοποίηση του.
- *Ολική συμμετοχή και ομαδική εργασία:* Οι διοικητές των οργανισμών υγείας οφείλουν να ενθαρρύνουν τους εργαζομένους για πλήρη συμμετοχή στις αποφάσεις, ώστε οι ίδιοι, οι εργαζόμενοι, να εγγυώνται για το επίπεδο ποιότητας των διαδικασιών και των προϊόντων.

Στις υπηρεσίες υγείας, η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι επικεντρωμένη στον ασθενή, προσανατολισμένη στο προϊόν, στηριγμένη σε μετρήσεις και διάχυτη σε όλο το φάσμα των δραστηριοτήτων. Παράλληλα, οι φορείς παροχής υπηρεσιών υγείας, θα πρέπει να διαθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας, το οποίο θα

πλαισιώνεται από μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας, πριν, κατά και μετά την παροχή της φροντίδας υγείας.

1.4.5 Συνεχής Βελτίωση της Ποιότητας

Εν αντιθέσει με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, που παραμένει στατική ως προς στατιστικό έλεγχο και τη συμμόρφωση σε συγκεκριμένα πρότυπα, η θεωρία της Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας επικεντρώνεται στη διαρκή προσπάθεια για βελτίωση. Αναλυτικά, προσιδιάζει καλύτερα στο δυναμικό και διαρκώς μεταβαλλόμενο περιβάλλον των οργανισμών υγείας (Οικονομοπούλου, 2001), γι' αυτό και υιοθετήθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (World Health Organization, 1993).

Αναλυτικά, για τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας εμπλέκονται επιμέρους τεχνικές, ως εξής:

- *Παρακολούθηση και τάσεις:* Στο επίκεντρο αυτής της τεχνικής είναι η συνεχή βελτίωση με μέτρηση και ανάλυση των διαδικασιών και όχι τα άτομα, που ενδεχομένως θεωρούνται ένοχα για την κακή έκβαση των αποτελεσμάτων στον φορέα υγείας. Προκειμένου να επιτευχθεί εμπιστοσύνη και συμμετοχή του προσωπικού στην παρακολούθηση της ποιότητας ενός γεγονότος, όπως για παράδειγμα περιστατικά μετεγχειρητικών λοιμώξεων, η έμφαση πρέπει να δοθεί στη βελτίωση των διαδικασιών. Συνεπώς για τον αποτελεσματικό σχεδιασμό της διαδικασίας παρακολούθησης κρίνεται απαραίτητη η συμμετοχή των διευθυντών και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης.
- *Σημείο αναφοράς:* Ένας άλλος τρόπος για τους οργανισμούς να εφαρμόσουν τη συνεχή βελτίωση και ποιότητα είναι η διαδικασία δημιουργίας ενός προτύπου αριστείας (στόχος) και συγκρίνοντας στη συνέχεια, μια λειτουργία ή δραστηριότητα, ενός προϊόντος ή μιας επιχείρησης, ως ένα σύνολο με το πρότυπο αυτό. Το σημείο αναφοράς ορίζεται, είτε μετά από έρευνα σε σχετικές δημοσιεύσεις, είτε εξετάζοντας αντίστοιχους οργανισμούς. Η δραστηριότητα αυτή ονομάζεται συγκριτική αξιολόγηση και ως συστατικό της συνολικής διαχείρισης της ποιότητας, είναι μια συνεχής διαδικασία με την οποία ένας οργανισμός μπορεί να μετρήσει και να

συγκρίνει τις δικές του διαδικασίες με εκείνες των οργανισμών που θεωρούνται ηγέτες σε μια συγκεκριμένη περιοχή.

Βάσει αυτής της τεχνικής προκύπτουν τρεις πιθανές περιπτώσεις. Πρώτον, η μέτρηση να υπολείπεται του στόχου. Σε αυτήν την περίπτωση, συνεχίζονται οι μετρήσεις και ορισμένες φορές μειώνεται ο στόχος. Δεύτερον, η μέτρηση να υπερβαίνει το στόχο, γεγονός που ενδεχομένως να αδρανοποιήσει τον φορέα υγείας. Τρίτον, η μέτρηση να συμπίπτει με το στόχο, αλλά αυτό σπανίως συμβαίνει κατ' επανάληψη. Η δυσκολία της τεχνικής εμφανίζεται στη συνεχή συλλογή δεδομένων από άτομα που γνωρίζουν τη μετρούμενη διαδικασία.

Παρά τα οφέλη, χρονικοί περιορισμοί, ανταγωνιστικά εμπόδια, κόστος, έλλειψη δέσμευσης ανάμεσα στη διοίκηση και τους εργαζόμενους του οργανισμού, αντίσταση στην αλλαγή και κακό σχεδιασμό, θεωρούνται ως τα κύρια προβλήματα που επηρεάζουν την επιτυχία της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας (Bendell et al., 1993).

1.4.6 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. Τα QALYs λαμβάνουν υπόψη, τόσο την ποσότητα όσο και την ποιότητα ζωής, που προκύπτουν από τις παρεμβάσεις της υγειονομικής περίθαλψης. Αναλυτικά, τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής δίνουν βάρος στο χρόνο σε διαφορετικές καταστάσεις υγείας. Ένα έτος τέλει υγείας αξίζει 1, ενώ με λιγότερο από τέλεια υγεία η αξία είναι λιγότερο από το 1. Ο θάνατος θεωρείται ότι είναι ισοδύναμο με 0. Ωστόσο, σε μερικά κράτη η κατάσταση της υγείας μπορεί να θεωρηθεί χειρότερη από τον θάνατο και τότε αποδίδουν αρνητικές τιμές (Phillips, 2009).

Η μέθοδος 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.

Συνεπώς, βάσει της μεθόδου μπορούν να καταγραφούν, τόσο οι αλλαγές στη διάρκεια και ποιότητα ζωής του ασθενούς, με την εφαρμογή μιας θεραπευτικής αγωγής, όσο και να μετρηθεί η ικανοποίηση του από τις παρεχόμενες, προς αυτόν, υπηρεσίες υγείας. Το σύνολο των μεγεθών αυτών, δηλαδή το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας και η ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία αθροίζεται στο αποτέλεσμα ως «προστιθέμενη» σε 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. Η μέθοδος επικεντρώνεται στην ποιότητα της υγείας του ασθενούς μετά την εφαρμογή του προγράμματος υγείας ή της θεραπείας (Κυριόπουλος και συν. 1994). Ωστόσο, η έννοια και η χρησιμότητα των QALYs συζητείται (Prieto et al., 2003; Schlander, 2007; Mortimer et al., 2007).

1.5 Οφέλη των Ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας

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

Συνεπώς, οφείλουμε να μελετήσουμε τα οφέλη που έχει για κάθε εμπλεκόμενο ξεχωριστά.

- **Οφέλη για τον Ασθενή**
 - υγειονομικά οφέλη
 - ψυχολογικά οφέλη
 - οικονομικά οφέλη
- **Οφέλη για τους Επαγγελματίες Υγείας**
 - 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 (Σιγάλας 1999).
- **Οφέλη για τις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας**
 - Προάσπιση της φήμη.
 - Οικονομικά και λειτουργικά οφέλη, λόγω της έγκαιρης και αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενών.
 - Εξοικονόμηση πόρων και διάθεση τους για άλλους σκοπούς (Σιγάλας 1999).
- **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 ασθενείας των ασφαλισμένων, ενώ παράλληλα βελτιώνεται το επίπεδο ικανοποίησης των ασφαλισμένων (Σιγάλας 1999).

- **Οφέλη για το Κράτος και το Κοινωνικό Σύνολο**

Τα οφέλη για το κράτος και το κοινωνικό σύνολο είναι πρωτίστως οικονομικά και υγειονομικά γιατί περιορίζονται οι αδικαιολόγητες δαπάνες στον τομέα της υγείας, μικραίνει 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 (Σιγάλας 1999).

Αναμφισβήτητα, ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ποιότητας σε τακτά χρονικά διαστήματα, σε κάθε φορέα υγείας, θεωρούνται απαραίτητες διαδικασίες, ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα που ενδεχομένως προκύπτουν, προκειμένου να διατηρείται η ποιότητα υπηρεσιών υγείας σε υψηλά επίπεδα.



2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση είναι μια πολυδιάστατη και παράλληλα υποκειμενική έννοια, που διαμορφώνεται και προσδιορίζεται από ένα σύνολο παραγόντων και προσδοκιών, οι οποίες πιθανόν να διαφέρουν, τόσο μεταξύ ανθρώπων, ομάδων όσο και κρατών λόγω διαφορετικής κουλτούρας. Επιπλέον, η ικανοποίηση μπορεί να χαρακτηριστεί και ως μια δυναμική κατάσταση, καθότι διαμορφώνεται από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, η οποία ενδεχομένως να είναι διαφορετική σε διαφορετικές χρονικές στιγμές, να εξαρτάται από την κατάσταση υγείας του ασθενούς, γεγονότα που καθορίζουν την αντίληψη για ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

2.1 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών

Κατά την τελευταία δεκαετία, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών-καταναλωτών και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, καθώς η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων (Nelson et al., 1990). Η έννοια της ικανοποίησης ασθενών έχει αναδειχθεί, σε παγκόσμιο επίπεδο, ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων των πολιτικών υγείας, που ακολουθούνται στις διάφορες μονάδες υγείας. Σύμφωνα με τον Fitzpatrick, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας για την υγεία (Fitzpatrick, 1991).

Τις τελευταίες δεκαετίες γίνεται προσπάθεια σε διεθνή βιβλιογραφία να προσδιοριστεί, επαρκώς, η έννοια της ικανοποίησης ασθενών, γεγονός που αποδεικνύεται από την αλματώδη αύξηση του αριθμού των σχετικών δημοσιεύσεων και τις προσπάθειες για δημιουργία αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης αυτής.

Σύμφωνα με τους Abdellah και Levine τα συστατικά των διαστάσεων της ικανοποίησης των ασθενών περιλαμβάνουν τα ακόλουθα: αποτελεσματικότητα της φροντίδας, επαγγελματικές δεξιότητες, ανταπόκριση του προσωπικού και αποτέλεσμα της φροντίδας για τον ασθενή (Abdellah et al., 1965).

Επιπλέον, η ικανοποίηση των ασθενών θεωρήθηκε, ότι σχετίζεται με θέματα γύρω από την πρόσβαση σε οποιανδήποτε ιατρική υποδομή και νοσηλευτική φροντίδα (Jawahar, 2007).

Από ένα διαφορετικό πρίσμα, οι διαστάσεις της ικανοποίησης ασθενών μπορούν να προσδιοριστούν από τις εξής συνιστώσες: ιατρική φροντίδα, διαμονή, νοσηλευτική φροντίδα και ενημέρωση που παρέχεται στους ασθενείς σε σχέση με τις διαδικασίες και τη θεραπεία που τους προσφέρεται (Abramowitz et al., 1987). Ανάμεσα σε άλλες διαστάσεις που αξιολογούνται είναι η συνολική ικανοποίηση, η δυνατότητα πρόσβασης, η συμπεριφορά του προσωπικού, η ανθρωποκεντρική προσέγγιση, η πληροφόρηση-ενημέρωση και η συνέχεια της φροντίδας (Κωσταγιόλας και συν., 2008).

Προς την ίδια κατεύθυνση κινείται και ο Weiss (Weiss, 1988), κάνοντας αναφορά στην ικανοποίηση του ασθενούς-χρήστη βάσει τριών παραγόντων:

- τα χαρακτηριστικά των εξυπηρετούμενων-ασθενών (κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά, επίπεδο υγείας, απαιτήσεις που έχουν από τις υπηρεσίες υγείας),
- τα χαρακτηριστικά των προμηθευτών-ιατρών και νοσηλευτών (η προσωπικότητα και η τεχνική με τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες),
- τις σχέσεις εξυπηρετούμενων-προμηθευτών (σωστή επικοινωνία και αλληλοκατανόηση).

Η ικανοποίηση, στη διεθνή βιβλιογραφία, αντιμετωπίζεται ως μια συνοπτική έννοια, δηλαδή, μία αντίδραση εκπλήρωσης (Oliver, 1997), ως συναισθηματική αντίδραση (Halstead et al., 1994), ως συνολική αξιολόγηση (Fornell, 1992), ψυχολογική κατάσταση (Howard et al., 1969), σφαιρική κρίση αξιολόγησης (Westbrook, 1987), καθώς και ως αντίδραση αξιολόγησης της αντιλαμβανόμενης ασυμφωνίας μεταξύ των προηγούμενων προσδοκιών ή κάποιου κανόνα επίδοσης και της παρούσας πραγματικής επίδοσης (Day, 1984). Υπάρχει επίσης διαφωνία μεταξύ των ερευνητών όσον αφορά στη φύση αυτής της πολύπλοκης έννοιας. Οι ερευνητές παρουσιάζουν την ικανοποίηση είτε ως μια γνωστική αντίδραση (Bolton et al., 1991), είτε ως μία συναισθηματική αντίδραση (Cadotte et al., 1987).

Ο Hunt υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι περισσότερο μια γνωστική διαδικασία και όχι απλά συναίσθημα (Hunt, 1977). Στη συνέχεια ο Westbrook δηλώνει ότι η ικανοποίηση μπορεί να αποτελείται τόσο από γνωστικές, όσο και από συναισθηματικές διαστάσεις, χωρίς να δίνει βαρύτητα σε μια από αυτές (Westbrook, 1980). Κατόπιν, ο Fitzpatrick επέκτεινε την άποψη αυτή, αναπτύσσοντας τη θεωρία ότι οι προσδοκίες αντανakλούν τις απόψεις του ασθενούς για την υγεία και τον βαθμό

στον οποίο η ασθένεια και η φροντίδα υγείας, παραβιάζουν την προσωπική αίσθηση του εαυτού του και όρισε την ικανοποίηση ως τη γνωστική εκτίμηση της συναισθηματικής αντίδρασης στη φροντίδα υγείας (Fitzpatrick, 1983).

Στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζονται πολλές και αντικρουόμενες προσεγγίσεις του ορισμού της ικανοποίησης των ασθενών. Ο Oliver (1997) σημειώνει ότι *«ο καθένας γνωρίζει τι είναι η ικανοποίηση μέχρι να του ζητηθεί να δώσει έναν ορισμό. Τότε φαίνεται ότι κανείς δε γνωρίζει»*. Λαμβάνοντας υπόψη ότι το μεγαλύτερο τμήμα της βιβλιογραφίας εστιάζει σε υποδείγματα ελέγχου της ικανοποίησης των ασθενών-καταναλωτών, ενώ τα ζητήματα του ορισμού έχουν λάβει περιορισμένη προσοχή, οι Peterson και Wilson (1992) επισημαίνουν ότι *«οι μελέτες της ικανοποίησης των καταναλωτών χαρακτηρίζονται από την έλλειψή τους σε τυποποίηση ορισμών και μεθόδων»* (Peterson et al., 1992). Ο Yi υποστηρίζει πως μία βασική ασυμφωνία στους ορισμούς γίνεται εμφανής, από τη διαφωνία σχετικά με το αν η ικανοποίηση αποτελεί μία διαδικασία ή ένα αποτέλεσμα (Yi, 1990).

Παράλληλα, οι Giese και Cote (2000), αναφέρουν ότι δεν έχει ακόμα προσδιοριστεί με ακρίβεια ένας ορισμός για την ικανοποίηση, γεγονός που μπορεί να οφείλεται στην ίδια τη φύση της ικανοποίησης, καθώς κάθε άτομο την αντιλαμβάνεται διαφορετικά, με αποτέλεσμα οποιαδήποτε γενίκευση να φαίνεται υποκειμενική (Giese et al., 2000).

Σημαντική προσέγγιση και κοινά αποδεκτή φαίνεται να είναι αυτή που δόθηκε από τον Donabedian, ο οποίος ορίζει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας, η οποία εξαρτάται, κυρίως, από τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα στο σύστημα υγείας, τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς (Donabedian, 1980). Παράλληλα, ο Donabedian αναφέρει ότι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1997).

Κατά τον Harper, η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη την οποία έχει ο ασθενής και αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα αυτής (Harper, 1989). Παράλληλα, σύμφωνα με άλλους ερευνητές, αποτελεί μια μεταβλητή, που επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και τη συνεργασία

μεταξύ αυτών που την παρέχουν και καθορίζει, εν μέρει, τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Korsch et al, 1978; Κυριόπουλος και συν., 2000).

Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες υγείας πρέπει να αντιμετωπίζουν ως πραγματικότητα, ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Αυτό που είναι σημαντικό και πρέπει να δίδεται βαρύτητα είναι πως αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική, γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Μερκούρης, 1996).

Ο Lawler ταξινόμησε τις επιμέρους θεωρίες περί ικανοποίησης σε τρεις θεωρίες, «τη θεωρία της ασυμφωνίας», τη «θεωρία της δικαιοσύνης» και τη «θεωρία της ολοκλήρωσης». Στην θεωρία της ασυμφωνίας η ικανοποίηση γίνεται αντιληπτή ως η ασυμφωνία μεταξύ του τι προδοκά ένας ασθενής και τι συμβαίνει. Στη θεωρία της ολοκλήρωσης η ικανοποίηση προσμετράτε ως η διαφορά μεταξύ της επιθυμητής ανταμοιβής και τι τελικά λαμβάνει ως αμοιβή ο ασθενής. Τέλος, στη θεωρία της δικαιοσύνης η ικανοποίηση αξιολογείται ως η απλή διαφορά μεταξύ του επιθυμητού και του αναμενόμενου (Lawler, 1971).

Στο νοσηλευτικό τομέα, ως αποδεκτός ορισμός της έννοιας ικανοποίηση ασθενών φαίνεται να είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών, που έχουν οι ασθενείς, για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψης τους για τη φροντίδα, που πραγματικά τους προσφέρεται (Risser, 1975; Νιάκας και συν., 2000).

Επιπρόσθετα, ο Pascoe, ένας από τους ερευνητές που ασχολήθηκε με τη διάψευση των προσδοκιών, που έχουν οι ασθενείς, καταλήγει σε δύο μοντέλα:

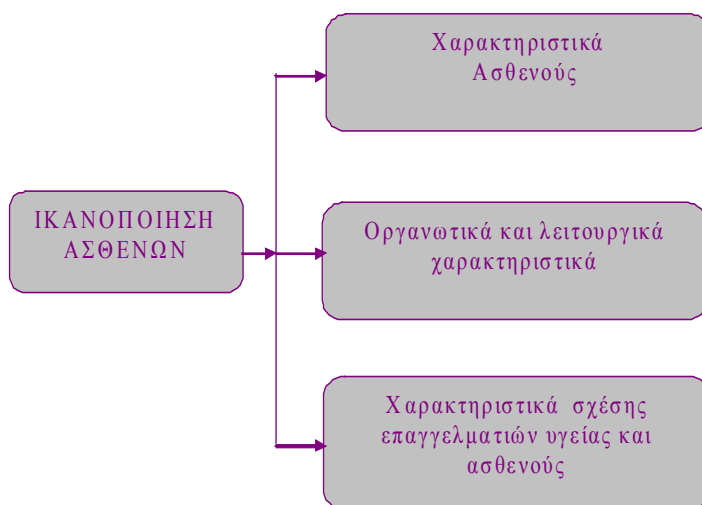
- Το μοντέλο της αντιπαραβολής (*contrast model*), όπου ο ασθενής αντιπαραβάλλει τις προσδοκίες του με τα πραγματικά γεγονότα και την εμπειρία που αποκόμισε από την επίσκεψή του σε μια συγκεκριμένη μονάδα υγείας.
- Το μοντέλο της αφομοίωσης (*assimilation model*), όπου ο ασθενής, όταν αντιμετωπίζει γεγονότα χαμηλότερα των προσδοκιών του, προσαρμόζει τις αρχικές προσδοκίες του προκειμένου να ταιριάζουν με την αντίληψη που έχει για τα γεγονότα (Pascoe, 1983).

Συνεπώς η ικανοποίηση των ασθενών-καταναλωτών από τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες υγείας, προσδιορίζεται ως το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων

και των αντιδράσεων στα ερεθίσματα που λαμβάνουν από το περιβάλλον της φροντίδας υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και ακριβώς μετά την παραμονή τους στο νοσοκομείο ή έπειτα από μια επίσκεψη σε οποιαδήποτε υγειονομική μονάδα. (Τσελέπη, 2000). Αναμφίβολα, οι προσωπικές αυτές εκτιμήσεις και οι αντιδράσεις επηρεάζονται από τον χαρακτήρα του ασθενούς, από τις προσδοκίες του και από τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του (Παπανικολάου, 2003).

2.2 Χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την Ικανοποίηση των Ασθενών

Η ικανοποίηση του ασθενούς από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων. Αναλυτικά, όπως προκύπτει από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας οι παράγοντες αυτοί μπορούν να διακριθούν σε τρεις κυρίως κατηγορίες (Abdellah et al., 1965; Abramowitz et al., 1987; Atkinson et al., 2004; Λαζάρου, 2005; Scotto et al., 2009; Ng et al., 2009; Woodward, 2009; Νικολάου, 2011).



Διάγραμμα 2.1: Κατηγοριοποίηση Παραγόντων Ικανοποίησης Ασθενών

- **Κατηγορία Α: Τα χαρακτηριστικά των ασθενών.** Σε αυτή την κατηγορία περιλαμβάνονται τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση και μορφωτικό επίπεδο), καθώς και οι εμπειρίες από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τους Strasser και Davis τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, το επάγγελμα, η ηλικία, το εισόδημα, η εκπαίδευση επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα και επιπλέον υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής του ιατρού και των υπηρεσιών (Strasser et al., 1991). Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενούς, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής (Ραφτόπουλος, 2002).

Οι Fitzpatrick, Fox και Storms υποστηρίζουν ότι η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και δίνουν συνήθως επαινετικές απαντήσεις, γιατί δε θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και των νοσηλευτών (Fitzpatrick, 1991; Fox et al., 1981). Το γεγονός αυτό, ίσως οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες (Θεοδοσοπούλου και συν., 2002), κυρίως λόγω της περιόδου κατά την οποία τα άτομα κοινωνικοποιήθηκαν. Για παράδειγμα, τα άτομα που ανατράφηκαν σε ασταθείς περιόδους και βίωσαν σημαντικές δυσκολίες ενδεχομένως να εμφανίζουν μεγαλύτερη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους και να αποδέχονται ευκολότερα τις ελλείψεις στο σύστημα υγείας σε σχέση με τα άτομα που μεγάλωσαν σε περιόδους με καλύτερες συνθήκες (Komal et al., 2003).

Η υπάρχουσα βιβλιογραφία δεν υποδεικνύει με σαφήνεια ότι ο παράγοντας φύλο επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Ορισμένες μελέτες δεν παρουσιάζουν συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, άλλες έρευνες υποστηρίζουν ότι οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ κάποιες άλλες αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες (Ραφτόπουλος, 2002; Pappa et al., 2006; Kravitz, 2001).

Όσον αφορά, στο μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, οι Anderson και Zimmerman υποστηρίζουν ότι είναι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώθηκε από παρόμοιες μελέτες (Anderson et al., 1993). Παράλληλα, έχει παρατηρηθεί ότι άτομα με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με ασθενείς υψηλότερου επιπέδου μόρφωσης, ίσως λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων (Gnardellis et al., 2005; Barr et al., 2002).

Επιπρόσθετα, η κοινωνική θέση που κατέχει ο ασθενής παρουσιάζει στενή συσχέτιση με τον βαθμό ικανοποίησης τους. Οι Hall και Dornan θεωρούν την κοινωνική θέση των ασθενών τον πιο σημαντικό παράγοντα (Hall et al., 1990). Συγκεκριμένα, μελέτες δείχνουν ότι οι ευκατάστατοι δέχονται καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και στον ίδιο φορέα υγείας, συνεπώς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι. Αντίθετα, οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις λαμβάνουν χαμηλότερα επίπεδα φροντίδας, λόγω αδυναμίας επιλογής (Ραφτόπουλος, 2002; Κέπεντζης και συν., 2004).

Επιπλέον, εκτός από τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών που σχετίζονται με τα επίπεδα της ικανοποίησης τους από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Η ικανοποίηση των ασθενών, συνδέεται άμεσα με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Βάσει αυτού, η ικανοποίηση ορίζεται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που πραγματικά απολαμβάνει (Ross et al., 1995). Συγκεκριμένα, όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας εκπληρώνει τις προσδοκίες των ασθενών, τότε αισθάνονται ικανοποιημένοι, ενώ στην αντίθετη περίπτωση είναι δυσαρεστημένοι. Υπάρχουν όμως και έρευνες με αντίθετο αποτέλεσμα, όπως η έρευνα των Owens και Batchelor, σύμφωνα με την οποία μπορεί οι προσδοκίες να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό (Owens et al., 1996)

▪ **Κατηγορία Β: Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας.** Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, η ευκολία πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, οι ανέσεις στους κοινόχρηστους χώρους και η διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων.

Συγκεκριμένα, η κατηγορία αυτή, προσδιορίζεται από ένα σύνολο εσωτερικών λειτουργικών διαδικασιών, όπως είναι ο χρόνος και η σειρά αναμονής για την εισαγωγή του ασθενούς, η προετοιμασία του για τη διενέργεια εξετάσεων ή χειρουργικών επεμβάσεων, η παροχή φαρμάκων, η συνέχεια στη φροντίδα και η επικοινωνία του προσωπικού με την οικογένεια του ασθενούς.

Στηριζόμενοι στη βιβλιογραφία παρατηρούμε ότι από τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των οργανισμών, η ευκολία πρόσβασης και η συνέχεια στη φροντίδα και την επικοινωνία, ο ξενοδοχειακός εξοπλισμός και οι παρεχόμενες ανέσεις

επιδρούν θετικά την ικανοποίηση των ασθενών, καθώς αποτελούν κριτήριο κατά την επιλογή του φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Έρευνες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις και τις ανέσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, συνήθως της περιφέρειας, συγκριτικά με τα παλαιότερα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων (Niakas et al., 2004).

Από την άλλη πλευρά, το υψηλό κόστος των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας και ο μεγάλος χρόνος αναμονής των ασθενών για την εισαγωγή τους ή την εξέταση τους σε ιατρείο των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ή του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, έχουν αρνητική επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησης αυτών, παρόλο που μελέτες παρουσιάζουν κατανόηση και ανοχή από την πλευρά του ασθενούς, στις αυξημένες απαιτήσεις και πιέσεις που δέχεται το προσωπικό υγείας, ειδικά όταν υπάρχει ενημέρωση για την αιτία καθυστέρησης (Niakas et al., 2005; McKinnon et al., 1998).

▪ **Κατηγορία Γ: Τα χαρακτηριστικά που αναπτύσσονται στις σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς.** Η τελευταία κατηγορία αναφέρεται στη σωστή σχέση μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, η οποία επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση του προσωπικού σε θέματα επικοινωνίας.

Η ουσιαστική σχέση μεταξύ νοσηλευόμενων και επαγγελματιών υγείας χαρακτηρίζεται ως σύνθετη, πολύπλευρη και σημαντική από πολλούς ερευνητές. Η σωστή επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενούς επιτυγχάνεται με τη σωστή εκπαίδευση των πρώτων σε θέματα επικοινωνίας. Αναλυτικά, στηρίζεται σε στοιχεία όπως φιλική ατμόσφαιρα, ενδιαφέρον, εμπιστοσύνη και εχεμύθεια, από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, για την κατάσταση του ασθενούς, γεγονός που σε πολλές περιπτώσεις μπορεί να περιορίσει ή και να παρακάμψει τον φόβο και το άγχος του ασθενούς, διότι ακόμη και αν η χρήση της τεχνολογίας είναι υψηλή και ο βαθμός επιτυχίας των διαγνωστικών ή θεραπευτικών αποτελεσμάτων, ο μεγαλύτερος δυνατός, είναι απίθανο να ικανοποιηθεί ο ασθενής αν δεν του συμπεριφέρονται αξιοπρεπώς, χωρίς συμπάθεια, ευγένεια, ευαισθησία και κατανόηση (Τσελέπη, 2000).

Συνεπώς, η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας δείχνει να συμβάλλει στην υψηλή ικανοποίηση των ασθενών (Vivanti et al., 2007; Kleeberg et al., 2005; Rider et al.,

2002), ενώ σε αρκετές μελέτες έχει παρατηρηθεί ότι μία τέτοια επικοινωνία, έχει θεραπευτική επίδραση για τον ασθενή (Takemura et al., 2006; Travaline et al., 2005).

Συγκεκριμένα εμφανίζονται δύο διαστάσεις στη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον επαγγελματία υγείας, οι οποίες αφορούν:

- την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών, που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον ασθενή,
- το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή (Αναγνωστόπουλος και συν., 1999).

Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας νοσηλευόμενος αποτελεί καθοριστικό παράγοντα για την ικανοποίησή του. Συνήθως η δυσαρέσκεια των ασθενών επηρεάζεται σημαντικά από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και την περιορισμένη ή μη επικοινωνία, που εγκαθίσταται μεταξύ αυτών και της θεραπευτικής ομάδας. Το γεγονός αυτό είναι απόρροια είτε διότι οι επαγγελματίες υγείας είναι μη εκπαιδευμένοι στη συνεχή επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του ασθενούς, ιδίως όταν πρόκειται για τα «άσχημα νέα», είτε γιατί προσπαθούν να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον ασθενή, περιορίζοντας συνεπώς την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτοντας στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του. Αυτού του είδους, συμβατικού τύπου, ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, πολλές φορές προτιμάται από το προσωπικό υγείας, διότι επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη θεραπευτική διαδικασία (Σάρρης, 2001).

Παράλληλα, οι θεραπευτικές επιλογές και ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός συζητώντας με τον ασθενή και απαντώντας στις απορίες του, εκτιμάται ότι συνδέονται άμεσα, τόσο με την ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, όσο και με την αποδοχή του προβλήματος υγείας, που αντιμετωπίζει, καθώς και με τη συνεργασία στη θεραπευτική του αγωγή (Kidd et al., 2005).

Αναμφισβήτητα, η σχέση μεταξύ ασθενούς και προσωπικού υγείας, καθορίζεται, εκτός από την επικοινωνία, την πληροφόρηση που δέχεται ο πρώτος, την συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία που θα ακολουθήσει και από την ικανότητα του ιατρού να τον ακούει, να τον κατανοεί και να τον σέβεται (Rahmqvist et al., 2010). Συνεπώς, ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται

σημαντικά από τη δυνατότητα των νοσηλευόμενων να εκφράζουν τα συναισθήματα και τις ανησυχίες τους έχοντας κάποιον αποδέκτη. Ο άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες υγείας που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν (Αναγνωστόπουλος και συν., 1999).

2.3 Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί το προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα των φορέων υγείας (Nelson, 1990). Επιπρόσθετα, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την έρευνα, τη διαχείριση και το σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς η ανατροφοδότηση με πληροφορίες από τους ασθενείς, μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών μεθόδων οργάνωσης ή παροχής της υγειονομικής φροντίδας (Papanikolaou et al., 2008).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, συνεπώς δε θα πρέπει να θεωρείται μόνο ως ένας δείκτης για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά ως σκοπός κάθε σύγχρονου συστήματος υγείας για τη βελτίωση του.

Η ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται να είναι ένας χρήσιμος δείκτης που παρέχει μία άμεση ένδειξη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να μετριέται συχνά, έτσι ώστε να αναπτυχθεί ένα σύγχρονο σχέδιο για τη βελτίωση του συστήματος υγείας (Ganguly, 2008). Η ικανοποίηση των χρηστών είναι ένα πολύ σημαντικό μέρος της κάθε κλινικής πρακτικής, κατά συνέπεια είναι επιτακτική ανάγκη να πραγματοποιούνται συχνά έρευνες, με συνέπεια, ώστε να υιοθετούνται καλύτερες και ποιοτικές υπηρεσίες (Farooqi, 2005; Al-Mehtab, 2007).

Επιπρόσθετα, οι ιδιωτικές επιχειρήσεις χρησιμοποιούν με επιτυχία τη μέθοδο της έρευνας για βελτίωση των υπηρεσιών ή προϊόντων τους, συνεπώς, με τον ίδιο τρόπο μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία, παρά την υφιστάμενη κριτική, η έρευνα της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο στην προσπάθεια προσανατολισμού του συστήματος υγείας στον πολίτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας (Πολύζος και συν., 2005).

Λαμβάνοντας υπόψη τη στροφή προς τον καταναλωτισμό, γεγονός που παρατηρείται σε όλες τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται είτε ως καταναλωτές της φροντίδας υγείας, είτε ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας και αναγνωρίζεται το δικαίωμά τους, αλλά και η ανάγκη τους, να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των πολιτικών υγείας (Thomas et al., 2006).

Βάσει αυτού του πλαισίου, πραγματοποιείται συλλογή πληροφοριών από τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας, τους ασθενείς, ώστε να αναδειχθούν τυχόν προβλήματα που αφορούν την ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Αναλυτικά, μέσα από τις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, διερευνώνται οι επιθυμίες και οι προτεραιότητες τους, αξιολογούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες και αναδεικνύονται τα προβλήματα ή και οι ελλείψεις του υγειονομικού συστήματος, με απώτερο στόχο να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν όλες οι απαιτούμενες αλλαγές, οι οποίες θα οδηγήσουν στην αναγέννησή και κατ' επέκταση στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του (Cleary, 1999).

Οι αξιολογήσεις των χρηστών-ασθενών μπορούν να αποτελέσουν αντικείμενο εκπαίδευσης, για το προσωπικό του φορέα υγείας, τόσο για τα επιτεύγματά τους, όσο και τις αποτυχία τους, βοηθώντας τους να ανταποκρίνονται καλύτερα στις ανάγκες των ασθενών τους. Η εκτίμηση, που προκύπτει από του ασθενείς, μπορεί να προτείνει κατευθυντήριες γραμμές για τη βελτίωση της στάσης των επαγγελματιών υγείας, σε καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών βελτιώνοντας έτσι το επίπεδο ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας (Al-Qatari, 2008). Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες, για παράδειγμα, θα πρέπει να είναι χαρούμενοι με τους γιατρούς, τη θεραπεία, τον εξοπλισμό του φορέα και γενικότερα με τις συνθήκες του. Επίσης, επηρεάζεται από την γνώση που έχουν οι ίδιοι για τις επικρατούσες υπηρεσίες υγείας.

Αποτελέσματα ερευνών σημειώνουν ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα συγκριτικά με αυτούς, που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη και η διαδικασία της έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους. Συνεπώς, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να γίνεται σε τακτά χρονικά

διαστήματα στο πλαίσιο της αξιολόγησης και της βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών (Sitzia et al., 1997).

Εντούτοις, παρά τη σπουδαιότητα και το μεγάλο ενδιαφέρον των ερευνητών για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας, καθώς και τις ολοένα και περισσότερες προσπάθειες, που γίνονται τα τελευταία χρόνια, για τη βελτίωση και τη δημιουργία αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης, δε θεωρείται εύκολη η εφαρμογή κοινά αποδεκτών μεθοδολογικών εργαλείων και μοντέλων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών (Defossez et al., 2007). Στη χώρα μας, οι αντίστοιχες προσπάθειες είναι πολύ λίγες και αποσπασματικές (Κυριόπουλος και συν., 1994; Πιερράκος και συν., 2009).

2.3.1 Αντικειμενικός Στόχος της Μέτρησης Ικανοποίησης Ασθενών

Τις τελευταίες δεκαετίες, στο σύνολο των βιομηχανικών χωρών έχει γίνει κατανοητή η σπουδαιότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών εφόσον στη διεθνή βιβλιογραφία, θεωρείται ως αξιόπιστος δείκτης για την αξιολόγηση των πολιτικών υγείας και σχετίζεται άμεσα με την επαρκή ικανοποίηση γενικών, αλλά και ειδικών αναγκών υγείας, προσφέροντας, παράλληλα, σημαντικά στοιχεία στη διοίκηση της υγειονομικής μονάδας, για την αποδοτικότητα του προσωπικού της, ώστε να το αξιολογήσει (Sitzia et al., 1997).

Συγκριτικά με τους δείκτες της τεχνικής ποιότητας, όπως τα κριτήρια καταλληλότητας ή προσαρμοσμένα μοντέλα αποτελεσμάτων, τα δεδομένα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών είναι εύκολο να συγκεντρωθούν, αλλά δύσκολο να ερμηνευτούν, γεγονός στο οποίο πολλοί οργανισμοί υγείας έχουν υποκύψει στον πειρασμό να σταματήσουν στο πρώτο βήμα, της συλλογής. Επειδή οι στόχοι και οι αξίες των ασθενών διαφέρουν σημαντικά, λόγω των δημογραφικών στοιχείων και της νόσου τους, ο μόνος τρόπος για να προσδιοριστούν και να ικανοποιηθούν οι ανάγκες τους, είναι να ερωτώνται. Με αυτή την οπτική, η όψη της φροντίδας «μέσα από τα μάτια του ασθενούς» είναι μια ηθική και επαγγελματική επιτακτική ανάγκη (Gerteis, 1993).

Οι οργανισμοί υγείας σήμερα, λειτουργούν σε ένα αρκετά ανταγωνιστικό περιβάλλον, όπου η ικανοποίηση των ασθενών είναι σημαντικό κλειδί για τη διατήρηση ενός μεριδίου στην αγορά υπηρεσιών υγείας (Khan, 2007).

Πρόσφατες έρευνες έχουν δείξει ότι η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να βελτιώσει σημαντικά την ποιότητα ζωής τους (Dagger et al., 2006). Συνεπώς, η ικανότητα να ικανοποιούνται οι ασθενείς είναι ζωτικής σημασίας, έτσι οι οργανισμοί υγείας οφείλουν να προσπαθούν για τη δημιουργία υπηρεσιών υγείας προσανατολισμένες στους ασθενείς, οι οποίες θα χαρακτηρίζονται από υψηλή ποιότητα, αντί να εστιάζουν μόνο στη νόσο.

Επιπλέον, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες (Παρισσόπουλος, 2007; Λαχανά και συν., 2002), προσφέρει στη διοίκηση και τα στελέχη της υγειονομικής περίθαλψης, όλες εκείνες τις απαραίτητες πληροφορίες/αποτελέσματα, που στηρίζονται σε θεωρητικές αναλύσεις και σε στατιστικά στοιχεία της εμπειρικής μελέτης, προκειμένου να αξιολογήσουν τους προβληματικούς τομείς της φροντίδας υγείας και να επανασχεδιάσουν νέες πρακτικές και πολιτικές, που μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας (Μερκούρης, 1996; Jackson et al., 2001). Συνεπώς, η πραγματοποίηση περισσότερων ερευνών, σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές και φορείς υγείας, θεωρείται απαραίτητη ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευτούν και να αξιοποιηθούν στις διαδικασίες αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Τα μη ικανοποιητικά επίπεδα ικανοποίησης ασθενών, ενδέχεται να στερήσουν τις εγκρίσεις των προγραμμάτων υγείας από οργανισμούς πιστοποίησης ή χρηματοδότησης. Κατά συνέπεια, τα διάφορα προγράμματα υγείας θα στερούνται αυτού του σημαντικού ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος (Khan, 2007).

Επιπρόσθετα, οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών είναι οι κύριες πηγές της ανατροφοδότησης από τους ασθενείς σχετικά με τις υπηρεσίες υγείας (Camacho et al., 2006). Μπορούν να χρησιμοποιηθούν ως εργαλεία λήψης αποφάσεων για αγορά υπηρεσιών από μέρους των ασθενών, να στιγματίσουν τη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την αναδιάρθρωση της παροχής υπηρεσιών, καθώς επίσης και να χρησιμοποιηθούν για την αξιολόγηση των επιπτώσεων τυχών αλλαγών πολιτικής παροχής υπηρεσιών υγείας (Avis, 1995).

Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση ενός ορθού σχεδιασμένου, τεκμηριωμένου και αξιόπιστου προγράμματος με σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, μέσα σε ένα φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας, κρίνεται απαραίτητη και επιφέρει θετικά αποτελέσματα για τους ίδιους τους ασθενείς, τους επαγγελματίες υγείας και κατ' επέκταση για το υγειονομικό σύστημα. Αναλυτικά, η εκτίμηση της ικανοποίησης έχει ως στόχο:

- να αποτελέσει την πλέον αντικειμενική πληροφορία για την επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας, η οποία βοηθά τη διοίκηση ενός οργανισμού υγείας, να βελτιώσει την ποιότητα των ιατρονοσηλευτικών, των διοικητικών και άλλων υποστηρικτικών δραστηριοτήτων,
- να συντελέσει στην κατανόηση των αντιλήψεων του ασθενούς-πελάτη και πιο συγκεκριμένα στον προσδιορισμό και την ανάλυση των αναγκών, των προσδοκιών και των επιθυμιών του,
- να ενδυναμώσει τη διοίκηση,
- να διασφαλίσει την εισαγωγή καινοτομιών,
- να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων,
- να τεκμηριώνει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας,
- να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων και γενικότερα να αποτελέσει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής διοίκησης για τους οργανισμούς υγείας.

Επιπρόσθετα, τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα μίας έρευνας μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών συνοψίζεται στα εξής σημεία (Dutka, 1995; Czarnecki, 1999):

- Τα προγράμματα μέτρησης ικανοποίησης, εφόσον αποτελούν συνεχείς και συστηματικές προσπάθειες του οργανισμού, βελτιώνουν την επικοινωνία με το σύνολο των ασθενών μέσα στον οργανισμό και αυξάνει τη γνησιότητα της μέτρησης.
- Ο οργανισμός μπορεί να παρατηρήσει κατά πόσο οι υπηρεσίες του, ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών, εφόσον οι απόψεις που διαμόρφωσαν οι ασθενείς, από τη λαμβανόμενη φροντίδα, επηρεάζουν τις μελλοντικές αποφάσεις και προτιμήσεις τους σχετικά με την επιλογή των φορέων παροχής υπηρεσιών υγείας. Επιπλέον, δίνεται η δυνατότητα να μελετηθεί κατά πόσο νέες ενέργειες, προσπάθειες και προγράμματα έχουν αντίκτυπο στους ασθενείς του οργανισμού.

- Εντοπίζονται οι κρίσιμες διαστάσεις της ικανοποίησης, οι οποίες θα πρέπει να βελτιωθούν, καθώς και οι τρόποι με τους οποίους θα επιτευχθεί η βελτίωση αυτή. Εφόσον, η άποψη του ασθενούς αποτελεί ένα σημαντικό μέσο αποτίμησης και μέτρησης των αποτελεσμάτων της θεραπείας και της φροντίδας που έλαβε.
- Προσδιορίζονται τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα του οργανισμού σε σχέση με τον ανταγωνισμό, σύμφωνα με τις απόψεις και τις αντιλήψεις των ασθενών. Με άλλα λόγια, αποτελεί σημαντικό οδηγό για τη λήψη διαχειριστικών αποφάσεων και την καλύτερη διαχείριση των πόρων των υπηρεσιών υγείας (Νιάκας και συν., 2000).
- Δίνεται κίνητρο στο προσωπικό του οργανισμού να αυξήσει την παραγωγικότητά και την υπευθυνότητα του, για επίδειξη υψηλών επιπέδων αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενούς, δεδομένου ότι οι προσπάθειες βελτίωσης των υπηρεσιών, που προσφέρονται, αξιολογούνται από τους ίδιους τους ασθενείς-πελάτες. Συνεπώς, κατευθύνει το προσωπικό να λειτουργεί περισσότερο με γνώμονα τους ασθενείς του (Μερκούρης, 1996; Παπανικολάου, 1994).
- Μειώνεται το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και συμβάλει μακροχρόνια στην εξοικονόμηση πόρων, εφόσον, ο ικανοποιημένος ασθενής συμμορφώνεται με τις ιατρικές οδηγίες, η ανάρρωσή του είναι ταχύτερη και έχει μικρότερο χρόνο νοσηλείας (Μερκούρης, 1996; Abramowitz et al., 1987).

Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι, οι ασθενείς ερωτώμενοι για τις απόψεις τους και αισθανόμενοι, με αυτόν τον τρόπο, ότι συμμετέχουν οι ίδιοι στη διαμόρφωση των παρεχόμενων, προς αυτούς, υπηρεσιών, αισθάνονται σημαντικοί, γεγονός, που επιφέρει θετικά αποτελέσματα στην αποκατάσταση της υγείας τους. Μελέτες δείχνουν ότι η διαδικασία συλλογής της γνώμης των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί ως θεραπευτικός παράγοντας, διότι οι ασθενείς αισθάνονται ότι έχουν συμμετάσχει στη λήψη μιας απόφασης και είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με αυτή και να την ακολουθήσουν (Hooker et al., 1997).

Παράλληλα, η ικανοποίηση του ασθενούς προσδιορίζεται ως μια μεταβλητή, που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς, όπως αποδεικνύουν σχετικές έρευνες, υπάρχει θετική στατιστική συσχέτιση μεταξύ της συμμόρφωσης του ασθενούς και του βαθμού ικανοποίησής του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Korsch et al., 1978). Ο ικανοποιημένος ασθενής είναι περισσότερο πρόθυμος να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες συγκριτικά με κάποιον λιγότερο

ικανοποιημένο, με αποτέλεσμα την επίτευξη ακόμη καλύτερου κλινικού αποτελέσματος, την ταχύτερη ανάρρωσή του και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας.

Το προσωπικό πρέπει να είναι εκπαιδευμένο με κάθε δυνατό τρόπο, ώστε να επικεντρώνεται στις ανάγκες των ασθενών (Ganguly, 2008). Η συμπεριφορά και διάθεση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, πρέπει να διέπεται κυρίως από σεβασμό και ευγένεια, χαρακτηριστικά τα οποία είναι τόσο σημαντικά όσο και η τεχνική υποστήριξη που παρέχει ο φορέας υγείας. Επιπλέον, η μείωση του χρόνου αναμονής είναι μια πολύ σημαντική παράμετρος που παίζει καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών (Guadagnino, 2003).

Συγχρόνως, ένας ασθενής λιγότερο ικανοποιημένος, από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, είναι πιθανό όχι μόνο να προσφύγει, ο ίδιος και η οικογένειά του, σε έναν ανταγωνιστή, αλλά να διαδώσει αρνητικά σχόλια για τις υπηρεσίες του οργανισμού, μιλώντας για την εμπειρία του σε άλλα εννέα με δέκα άτομα από το συγγενικό ή φιλικό του περιβάλλον. Επιπλέον, είναι αξιοσημείωτο, ότι ο ένας στους οκτώ δυσαρεστημένους ασθενείς-πελάτες, θα επαναλάβει το γεγονός αυτό σε πάνω από είκοσι άτομα, ενώ, αντίθετα, ο ικανοποιημένος ασθενής θα μοιραστεί την εμπειρία του το πολύ με άλλα τρία ή τέσσερα άτομα (Παπανικολάου, 1994).

Συνεπώς, βάσει των κανόνων στον τομέα του μάρκετινγκ υπηρεσιών, γίνεται αντιληπτό ότι η έρευνα για τη γνώμη των ασθενών-πελατών και κατ' επέκταση η επεξεργασία της και εκτίμηση της ικανοποίησης τους από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες υγείας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας, δίνοντας ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε έναν Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, καθώς αυτός υπερτερεί έναντι των ομοίων του (Πιερράκος και συν., 2009) εφόσον:

- αναγνωρίζει έγκαιρα τις απαιτήσεις και τις ανάγκες των πελατών-ασθενών του και τις συγκρίνει με τις δυνατότητες του Οργανισμού και αντιλαμβάνεται αυτό που τελικά λαμβάνει ο πελάτης.
- θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και για την ικανοποίηση των αναγκών αυτών.
- προβλέπει αν οι ασθενείς θα ακολουθήσουν τις προτεινόμενες θεραπείες και αν θα επιλέξουν ξανά τον ίδιο φορέα παροχής φροντίδας.

Ωστόσο είναι πρακτικά αδύνατο η καθολική κινητοποίηση του συνόλου ενός Οργανισμού να βασίζεται σε μία έννοια τόσο αφηρημένη και πολύπλοκη, όσο είναι η

ικανοποίηση του ασθενούς. Ως εκ τούτου, η ετερογενής φύση των μέτρων ικανοποίησης των ασθενών καθιστά την επιλογή μιας μέτρησης ως περίπλοκη και ιδιαίτερα ευαίσθητη.

2.3.2 Οφέλη από τη Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών

Τα ακόλουθα οφέλη εμφανίζονται από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας:

- **Υγειονομικά οφέλη:** με την έγκαιρη διάγνωση, προκύπτει μείωση του πόνου και αποτροπή επιπλοκών, διαδικασίες που σε πολλές περιπτώσεις παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος (Μερκούρης, 1996).
- **Ψυχολογικά οφέλη:** οι ικανοποιημένοι ασθενείς οδηγούνται σε μείωση του χρόνου νοσηλείας και σε ταχύτερη ανάρρωση, ενώ από πολλούς ερευνητές εξισώνεται με αυτό-θεραπεία. Το αίσθημα εμπιστοσύνης που αναπτύσσεται στους ικανοποιημένους ασθενείς, στηρίζεται κυρίως στην αίσθηση ελέγχου της κατάστασης και συμμετοχής των ιδίων, καθώς και στη δυνατότητα έκφρασης γνώμης για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Ως εκ τούτου, ακόμη και η αναζήτηση της γνώμης των ασθενών, μπορεί να θεωρηθεί θεραπευτικός παράγων, αφού αυξάνει την ικανοποίησή τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους (Μερκούρης, 1996).
- **Ποιοτική βελτίωση υπηρεσιών:** Κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών το πλήθος της πληροφορίας είναι πολύ σημαντικό, αλλά μεγαλύτερης σημασίας αποτελεί η αξιολόγηση και αξιοποίηση αυτής, καθότι μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα:
 - Τέτοιου είδους μετρήσεις ανατροφοδοτούν το σύστημα, βοηθούν στον ανασχεδιασμό του, παρέχοντας πληροφορίες στην διοίκηση για προβληματικές περιοχές της φροντίδας υγείας, ώστε να προβεί σε διορθωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες είτε άμεσα να έχουν θετική επίδραση στην υγεία των ασθενών, αλλά είτε και μακροπρόθεσμα να αυξήσουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Μερκούρης, 1996).
 - Μια προσπάθεια προσέγγισης της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να αποτελέσει με τη σειρά της και τρόπο εκτίμησης της απόδοσης του προσωπικού του φορέα υγείας. Ταυτόχρονα από τα στοιχεία ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν χρήσιμα δεδομένα για στάσεις και συμπεριφορές του προσωπικού, ώστε να ληφθούν οι κατάλληλες διορθωτικές παρεμβάσεις

(Μερκούρης, 1996). Συνεπώς δίνει αφορμή στη διοίκηση του κάθε οργανισμού υπηρεσιών υγείας να επιβραβεύσει ή να κατευθύνει το προσωπικό του για τη βελτίωση των υπηρεσιών.

- **Συγκριτικό πλεονέκτημα:** Τέλος, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως εργαλείο αποτίμησης της απόδοσης του προσωπικού, δίνει συγκριτικό πλεονέκτημα, στο συγκεκριμένο οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας, εφόσον:
 - αναγνωρίζει τις ανάγκες και απαιτήσεις των πελατών-ασθενών του
 - εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτών και της τελικής υπηρεσίας που λαμβάνει ο πελάτης-ασθενής
 - εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

2.4 Μεθοδολογική Προσέγγιση της Διαδικασίας Μέτρησης Ικανοποίησης Ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών-πελατών είναι ουσιαστικά μία έρευνα, που έχει ως αντικείμενο τη μέτρηση της κρίσης αυτών. Η συλλογή των περισσότερων και καλύτερων πληροφοριών, αποτελεί τη βασική εισροή, η οποία κατάλληλα επεξεργασμένη διευκολύνει τη λήψη ορθότερων αποτελεσμάτων και αποφάσεων, οι οποίες χαρακτηρίζονται από χαμηλό βαθμό αβεβαιότητας και κινδύνου, αλλά από υψηλό βαθμό σαφήνειας, συνέπειας και ακρίβειας. Ως εκ τούτου, οφείλει να ικανοποιεί ορισμένα όρια. Τα όρια μίας έρευνας μπορούν να διακριθούν ως εξής (DePalma, 2000):

- **Χρονικά όρια:** Κάθε έρευνα για να υλοποιηθεί απαιτεί χρόνο, ο οποίος είναι ανάλογος με το εύρος, την οργάνωση και τις απαιτήσεις της. Ο χρόνος δεν είναι πολύτιμος μόνο στη διεξαγωγή της έρευνας, αλλά και κατά τη λήψη της απόφασης με βάση τα στοιχεία της έρευνας. Το κριτήριο της εγκυρότητας στη λήψη αποφάσεων είναι μείζονος σημασίας.
- **Επιστημονικές μέθοδοι και τεχνικές:** Κάθε έρευνα πρέπει να γίνεται με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια και μεθόδους, διότι παρά τη ραγδαία επιστημονική και τεχνική πρόοδο, με την οποία υπάρχουν περιθώρια συνδυασμού διαφόρων επιστημών, είναι δυνατό να παρουσιάζονται αποτελέσματα έρευνας με αποκλίσεις

από την πραγματικότητα. Στην περίπτωση μάλιστα της ικανοποίησης του ασθενούς, που είναι μια ευαίσθητη και ασταθής κατάσταση, το φαινόμενο είναι συνηθισμένο.

- **Σκοπός:** Κάθε έρευνα δεν είναι αυτοσκοπός, αλλά ένα μέσο για την επίτευξη ενός σκοπού. Έτσι η έρευνα δεν είναι απόφαση, αλλά μία βοήθεια για τη λήψη μίας απόφασης, της οποίας η αποτελεσματικότητα εξαρτάται από την κατάλληλη επεξεργασία των δεδομένων.

Οι πιο συχνές μέθοδοι για τη συλλογή πληροφοριών από τους ασθενείς είναι:

- ομάδες εστίασης
- ημι-δομημένες συνεντεύξεις
- δομημένες συνεντεύξεις
- ανοικτές συνεντεύξεις
- τηλεφωνικές/ ταχυδρομικές έρευνες
- παρατήρηση συμμετεχόντων
- άμεση παρατήρηση
- αυτοδιαχειριζόμενο ερωτηματολόγιο και
- συνεντεύξεις κρίσιμων περιστατικών.

Κάθε ολοκληρωμένη προσέγγιση αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών θα πρέπει να ορίζει και να τηρεί τα όρια της έρευνας, αλλά και να καθορίζει τη μέθοδο που συλλογής πληροφοριών.

2.4.1 Ποιοτικές Μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης Ασθενών

Στην ποιοτική μέθοδο μέτρησης, ο ερευνητής συλλέγει πληροφορίες ζητώντας από τους ασθενείς, μέσω ποικίλων ερωτήσεων, να διατυπώσουν γραπτά ή να εκφράσουν προφορικά την άποψη τους για τα ερεθίσματα, τις κρίσεις αξιών τους και τις αντιδράσεις τους (Qualitative and quantitative research, 2007). Τέτοιου είδους ερωτήσεις θα μπορούσαν, για παράδειγμα, είτε να ζητήσουν από τους ασθενείς να γράψουν τις εντυπώσεις τους σχετικά με το πόσο καλά ή όχι, επικοινωνήσε μαζί τους το προσωπικό υγείας, είτε να προσδιορίσουν κάποιες εκφάνσεις της παραμονής τους στο φορέα υγείας, οι οποίες τους άρεσαν περισσότερο ή/και λιγότερο. Στις ποιοτικές μετρήσεις αφήνουν στο τέλος χώρο για γενικά σχόλια.

Ένα βασικό ζήτημα, αναφορικά με αυτόν τον τρόπο έρευνας, είναι η ανάλυση των γραπτών ή προφορικών σχολίων. Ως εκ τούτου, θα πρέπει να αναπτυχθούν μηχανισμοί

σύνθετης και συστηματικής κωδικοποίησης για την ανάλυση αυτών των δεδομένων, οι οποίοι να επιτρέπουν με τη σειρά τους την κατηγοριοποίηση και ταξινόμηση τους. Συχνά τα ποιοτικά δεδομένα μπορεί να είναι πιο χρήσιμα συγκριτικά με τα ποσοτικά, λόγω του ότι (Mays et al., 2000; Al-Busaidi, 2008):

- Οι ασθενείς μπορεί να νιώθουν λιγότερο δεσμευμένοι όταν δεν περιορίζονται σε μία μορφή πολλαπλών επιλογών. Τα στοιχεία μιας ποσοτικής έρευνας μπορεί να μη διατυπώνονται με τρόπους κατανοητούς προς τους ασθενείς με αποτέλεσμα να μην επέρχεται τάυτηση. Επιπλέον, οι περιορισμοί, οι οποίοι επιβάλλονται κατά την ποσοτική κλίμακα απάντησης, μπορεί να αποτυγχάνουν να αντιπροσωπεύσουν το βάθος και την ένταση της εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας ατομικά ενός ασθενούς. Αντιθέτως, τα ποιοτικά σχόλια συχνά επιτρέπουν στους ασθενείς να περιγράψουν με μεγαλύτερη ακρίβεια αυτό που νιώθουν με δικά τους λόγια.
- Οι ασθενείς μπορεί να είναι πιο πρόθυμοι να προσφέρουν αρνητική ανατροφοδότηση μέσω των δικών τους ποιοτικών σχολίων. Σε πολλές έρευνες, ο ασθενής υποδεικνύει ποσοτικά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης από την εμπειρία του και ωστόσο, τα ποιοτικά σχόλια του ίδιου απευθύνονται σε πολλές περιοχές, από τις οποίες ήταν παράλληλα δυσαρεστημένος. Αυτή η αντίθεση είναι απόρροια του γεγονότος ότι οι ερωτήσεις της ποιοτικής έρευνας επιτρέπουν στους ασθενείς να εκφράσουν τις δικές τους κρίσεις αξιών και αντιδράσεις με μεγαλύτερη ακρίβεια, με αποτέλεσμα μία απάντηση του τύπου «Ξέρω ότι το νοσηλευτικό προσωπικό έκανε ότι μπορούσε, ήταν πολύ απασχολημένο, αλλά καθυστέρησε συνεχώς τα φάρμακά μου κι αυτό με εξόργιζε», από τη μία πλευρά λαμβάνουμε δυσαρέσκεια, αλλά παράλληλα και κατανόηση. Συνεπώς, η χρήση ερωτήσεων ποιοτικής έρευνας επιτρέπουν τους ασθενείς να εκφράσουν ακριβώς την άποψή τους, μετριάζοντας μερικές φορές ένα αρνητικό σχόλιο.

Ο βασικός στόχος των ποιοτικών ερευνών ικανοποίησης είναι η εξαγωγή αναλυτικής πληροφορίας και πρόσθετων διευκρινήσεων για τις στάσεις και τις απόψεις ενός συνόλου ασθενών. Τα κύρια χαρακτηριστικά των ποιοτικών ερευνών εστιάζονται κυρίως στα εξής σημεία (Debono et al., 2009):

- οι απαντήσεις των ασθενών δεν έχουν προκαθορισμένη μορφή,
- τα αποτελέσματα των ποιοτικών ερευνών βασίζονται, κατά μεγάλο βαθμό, στην παρατήρηση,

- το δείγμα των ασθενών που χρησιμοποιείται είναι μικρό, αλλά πραγματοποιείται σε βάθος ανάλυση της συμπεριφοράς αυτών,
- συνήθως, δεν είναι δυνατή η γενίκευση των αποτελεσμάτων.

Αναλυτικά, συνηθισμένα παραδείγματα ποιοτικών ερευνών είναι τα ακόλουθα:

- **Συνεντεύξεις σε βάθος:** Η διαδικασία αυτή περιλαμβάνει προσωπικές συνεντεύξεις με ασθενείς του οργανισμού, οι οποίες περιέχουν, συνήθως, γενικές ερωτήσεις με τη μορφή ενός μη-δομημένου ερωτηματολογίου. Παράλληλα, οι απαντήσεις, που δίδονται, είναι ανοικτού τύπου, εφόσον δεν υπάρχει προκαθορισμένο ερωτηματολόγιο, αλλά ένα πλαίσιο με τα κύρια σημεία της συνέντευξης. Ο χρόνος της συνέντευξης είναι οριοθετημένος, αλλά σχετικά μεγάλος (εως μία ώρα) και η κάθε συνέντευξη αντιμετωπίζεται ως ξεχωριστή μορφή επικοινωνίας με τον ασθενή (Mira et al., 2002).
- **Ομάδες συζήτησης ασθενών:** Το συγκεκριμένο είδος ποιοτικής έρευνας αφορά ομάδες ασθενών (5-10 ατόμων) με κοινά χαρακτηριστικά, οι οποίες συζητούν ανοικτά ένα προκαθορισμένο θέμα, που σχετίζεται τον φορέα υγείας (Ehnfors et al., 1993).
- **Παρατηρήσεις:** Σε ορισμένες περιπτώσεις οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να γνωρίζουν τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους, εκ των προτέρων. Συνεπώς, η διαδικασία αυτή στηρίζεται στη συλλογή ποιοτικής πληροφορίας, που προέρχεται από την παρατήρηση των ασθενών, κατά τη διάρκεια αποδοχής/χρήσης της υπηρεσίας υγείας (Tasso et al., 2002).

Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφέρουμε ότι δεν τίθεται θέμα αυστηρής επιλογής ανάμεσα σε ποιοτική και ποσοτική μέθοδο, κατά την προσέγγιση μιας έρευνας ικανοποίησης, δεδομένου ότι κάθε κατηγορία έχει διαφορετικό αντικειμενικό στόχο και αποσκοπεί στην εξαγωγή διαφορετικού είδους πληροφοριών. Αντιθέτως, οι δύο μέθοδοι χρησιμοποιούνται συμπληρωματικά, κατά τη διάρκεια υλοποίησης ενός προγράμματος μέτρησης της ικανοποίησης.

Σε γενικές γραμμές, κάθε έρευνα ικανοποίησης θα πρέπει να έχει τις ακόλουθες ιδιότητες (Naumann et al., 1995):

- **Αξιοπιστία:** βαθμός της συνέπειας των αποτελεσμάτων σε περίπτωση επαναληπτικής διεξαγωγής της έρευνας ικανοποίησης.
- **Εγκυρότητα:** κατά πόσο η έρευνα ικανοποίησης μετρά και αναλύει τις παραμέτρους και τα μεγέθη που πρέπει να μετρηθούν.

- **Έλλειψη συστηματικών σφαλμάτων:** όπως για παράδειγμα η συστηματική «καθοδήγηση» των ασθενών να απαντούν με ένα συγκεκριμένο τρόπο.
- **Ακρίβεια:** ικανότητα εντοπισμού αλλαγής της στάσης των ασθενών και υπολογισμού του μεγέθους του σφάλματος.
- **Σημασία:** κατά πόσο τα αποτελέσματα της έρευνας ικανοποίησης έχουν λογική σημασία και πόσο «αβίαστη» είναι η πληροφορία που προέρχεται από τους ασθενείς.

Οι σημαντικότερες αρχές των αποτελεσμάτων μίας έρευνας ικανοποίησης προσανατολίζονται στην εγκυρότητα (validity) και την αξιοπιστία (reliability), κυρίως λόγω των συστηματικών και των τυχαίων σφαλμάτων, τα οποία μπορεί να προκύψουν και πρέπει να διαχειρίζονται ορθά.

2.4.2 Ποσοτικές Μέθοδοι Μέτρησης της Ικανοποίησης Ασθενών

Η ποσοτική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ορίζεται ως η μέτρηση των ερεθισμάτων, των κρίσεων αξιών και των αντιδράσεων των ασθενών στην εμπειρία της φροντίδας υγείας τους μέσω αριθμητικών αναπαραστάσεων. Οι ποσοτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση του ποσοστού ικανοποίησης των ασθενών και έπονται συνήθως των ποιοτικών ερευνών. Το γεγονός αυτό δικαιολογείται εφόσον, όπως αναφέραμε, μέσα από τις ποιοτικές έρευνες μπορούν να προσδιοριστούν τα σημεία των υπηρεσιών υγείας που χρήζουν βελτίωση και περαιτέρω προσοχή σε μια ποσοτική μελέτη ικανοποίησης ασθενών. Μια ποσοτική μέθοδος είναι η πιο συχνά χρησιμοποιούμενη για τη μέτρηση της ικανοποίησης, όπου οι απαντήσεις δίδονται μέσω μιας κλίμακας. Συνεπώς, η μέθοδος στηρίζεται στη συλλογή και ανάλυση των πληροφοριών σε αριθμητική μορφή.

Επειδή οι περισσότερες έρευνες είναι δειγματοληπτικές, η ύπαρξη κάποιου ποσοστού τυχαίας μεταβλητότητας δείγματος στα αποτελέσματα, που αποκτώνται με αυτό τον τρόπο, είναι αναπόφευκτη. Λόγω αυτού, τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη διενέργεια ποσοτικών ερευνών εμφανίζουν αποκλίσεις. Αυτού του τύπου οι μέθοδοι είναι χρήσιμες για να λάβουμε απάντηση σε ερωτήσεις που αναζητούν ποσοστά και πληθυσμούς με συγκεκριμένα χαρακτηριστικά ως προς την ικανοποίηση.

Παράλληλα, η ποσοτική μέθοδος μπορεί να στηρίζεται σε μία πιο φιλοσοφημένη μορφή μέτρησης, η οποία να περιλαμβάνει και τη δημιουργία κλίμακας πολλαπλών

στοιχείων, όπου σε κάθε στοιχείο αντιστοιχίζεται μία ατομική βαθμολογία η οποία αθροίζεται για τη δημιουργία μιας τελικής συγκεντρωτικής βαθμολογίας.

Αναμφίβολα, με τις ποσοτικές μεθόδους πέραν της χρήσης βαθμολογημένων κλιμάκων, για την εξαγωγή αποτελεσμάτων, επιπρόσθετα συμπεράσματα μπορούν να ληφθούν και από την απλή καταγραφή και μελέτη των μετρήσεων που προκύπτουν. Για παράδειγμα, μετρήσεις μπορούν να γίνουν για τον αριθμό των ασθενών που παραπονέθηκαν, τον αριθμό των ασθενών που επισήμαναν ότι ήταν ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό ή τον αριθμό των ατόμων που πρόκειται να συστήσουν το νοσηλευτικό ίδρυμα σε ένα φίλο. Αναφορικά με τις κλίμακες, αναγνωρίζονται τέσσερις γενικές κατηγορίες κλιμάκων, που χρησιμοποιούνται στις ποσοτικές μεθόδους έρευνας (Krowinski et al., 1996):

- **Ονομαστικές κλίμακες (Nominal Scales):** Οι ονομαστικές κλίμακες χρησιμοποιούνται για την κατάταξη των ασθενών-πελατών, για παράδειγμα, βάσει το τμήμα που νοσηλεύτηκαν, σε ασθενείς του τμήματος γενικής χειρουργικής ή παθολογικής και δεν παρέχουν θετικές ή αρνητικές εκτιμήσεις.
- **Αριθμητικές (τακτικές) κλίμακες (Ordinal Scales):** Οι αριθμητικές κλίμακες επιτρέπουν στον ερευνητή να διακρίνει μια κατεύθυνση, που βασίζεται στη βαθμολόγηση των ασθενών, δείχνοντας ότι ένα αποτέλεσμα είναι καθαρά υψηλότερο ή χαμηλότερο από ένα άλλο.
- **Κλίμακες διαστημάτων (Interval Scales):** Οι κλίμακες διαστημάτων επιτρέπουν στον ερευνητή να διατυπώσει με ακρίβεια, πόσες μετρήσιμες μονάδες χωρίζουν δύο απαντήσεις. Επιπροσθέτως, όλοι οι βαθμοί στην κλίμακα χωρίζονται από ίσα διαστήματα. Το μοναδικό σημείο που δεν εμφανίζεται σε μια τέτοιου είδους κλίμακα είναι το απόλυτο μηδέν. Η υπόθεση η οποία γίνεται στην προκειμένη περίπτωση είναι ότι η απόσταση μεταξύ του «πολύ ικανοποιημένος» και «ικανοποιημένος» είναι η ίδια και μεταξύ του «ικανοποιημένος» και «Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος», «Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος» και «δυσαρεστημένος» και τέλος «δυσαρεστημένος» και «πολύ δυσαρεστημένος». Αυτό όμως είναι μια υπόθεση που κάνουν οι ερευνητές, η οποία σε αρκετές περιπτώσεις τίθεται υπό αμφισβήτηση. Για παράδειγμα, ερευνητές υποστηρίζουν ότι η απόσταση ανάμεσα στο «πολύ ικανοποιημένος» και «ικανοποιημένος», δεν είναι αυστηρά καθορισμένη και είναι πολύ μεγαλύτερη από αυτή που πιστεύεται (Collins et al., 2003).

Η πιο γνωστή κλίμακα αυτού του είδους είναι η κλίμακα πέντε σημείων του Likert. Το βασικό πλεονέκτημα αυτών των κλιμάκων είναι η αυτόματη μετάφρασή τους σε αριθμητικές αξίες από εννοιολογικές ταμπέλες. Ιδανικές κλίμακες είναι εκείνες οι οποίες προσφέρουν κάτι που προσεγγίζει μια κανονική κατανομή των βαθμών γύρω από ένα μέσο. Αυτό σημαίνει ότι τα αποτελέσματα παρατάσσονται με τρόπο ώστε ακριβώς τα μισά να είναι πάνω από το μέσο και τα άλλα μισά κάτω από το μέσο. Η κλίμακα του Likert αποτελεί την πιο διαδεδομένη και ευρέως χρησιμοποιούμενη κλίμακα στη διαμόρφωση ερωτηματολογίων και εμφανίζεται στην πλειονότητα των ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών (Sitzia, 1999). Πλεονεκτήματα των ερωτήσεων τύπου Likert είναι ότι: παρέχουν τις ίδιες επιλογές απαντήσεων για όλες τις ερωτήσεις και κάνουν ευκολότερη την κατασκευή ενός ερωτηματολογίου

▪ **Βαθμολογημένες κλίμακες (Ratio Scales) ή κλίμακες λόγου:** Οι βαθμολογημένες κλίμακες εισάγουν το σημείο μηδέν, το οποίο στην περίπτωση αυτή αντιπροσωπεύει την πραγματική απουσία ενός χαρακτηριστικού. Παρόλο που τα μηδέν είναι τυπικά χωρίς νόημα στις βαθμολογήσεις συμπεριφορών, εντούτοις μπορεί να είναι χρήσιμα στη βαθμολόγηση άλλων μεταβλητών, όπως το εισόδημα, η ηλικία, ο χρόνος και η επίσημη μόρφωση. Η βαθμολογημένη κλίμακα επιτρέπει στον ερευνητή να συσχετίσει αποτελέσματα μεταξύ τους, όχι απλά στη βάση της σχετικής απόστασης μεταξύ τους, αλλά στη βαθμολόγηση της μίας αξίας σε σχέση με τη βαθμολόγηση της άλλης.

Η πραγματοποίηση ποσοτικών μεθόδων έρευνας, συνίσταται στις παρακάτω περιπτώσεις:

- για την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών σε συγκρίσιμα μεγέθη (ποσοστά)
- για τη συλλογή χρήσιμων πληροφοριών από τους ασθενείς που αφορούν την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας και των φορέων.
- για την καταγραφή πληροφοριών που αφορούν πραγματικά και αντικειμενικά γεγονότα, όπως προσωπικά χαρακτηριστικά του ασθενούς (για παράδειγμα η ηλικία του), χαρακτηριστικά του οργανισμού υγείας (για παράδειγμα ο αριθμός των κλινών μιας χειρουργικής κλινικής), καθώς και χαρακτηριστικά που προσδιορίζουν τη δομή μιας υπηρεσίας

- για την πραγματοποίηση συγκρίσεων ανάμεσα σε διαφορετικές χρονικές περιόδους ή διαφορετικά ιδρύματα υγείας, καθώς και όταν επιθυμούμε να προβλέψουμε μελλοντικές συμπεριφορές των ασθενών, ρωτώντας τους για παράδειγμα, αν θα προτιμούσαν ξανά τη λήψη υπηρεσιών υγείας από το ίδιο ίδρυμα υγείας.

Οι ποσοτικές μέθοδοι χρησιμοποιούνται και ενδείκνυται όταν ο ερευνητής θέτει και ερωτήσεις που αφορούν σε σύγκριση μεγεθών ή χρονικών αποτυπώσεων.

Βασική μέθοδος πραγματοποίησης ποσοτικής έρευνας είναι τα τυποποιημένα ερωτηματολόγια, τα οποία ρωτούν όλους όσους συμμετέχουν στην έρευνα τις ίδιες ερωτήσεις, με την ίδια αλληλουχία και χρησιμοποιώντας τις ίδιες ακριβώς λέξεις. Επιπλέον, τόσο οι οδηγίες συμπλήρωσης, όσο και η μορφή των απαντήσεων είναι ίδιες για όλους τους μετέχοντες στην έρευνα. Ο όρος ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται για να περιγράψει μια ποικιλία οργάνων συλλογής δεδομένων. Για παράδειγμα οι Franklin και Osborne, ορίζουν το ερωτηματολόγιο ως ένα όργανο το οποίο αποτελείται από μια σειρά από ερωτήσεις και διατυπώσεις απόψεων ή στάσεων, σχεδιασμένες ώστε να εκμαιεύσουν απαντήσεις, οι οποίες μπορούν να μετατραπούν σε μετρήσεις της μεταβλητής, η οποία και μελετάται, στην προκειμένη περίπτωση της ικανοποίησης (Franklin et al., 1971).

Η χρήση ερωτηματολογίων αποτελεί και τη συχνότερη μέθοδο έρευνας της ικανοποίησης των ασθενών. Συγκεκριμένα, αυτή που συναντάτε πιο συχνά, είναι η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις της φροντίδας (Barbour, 1999).

Το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων είναι κυρίως κλειστού τύπου ερωτήσεις, όπου οι επιλογές των απαντήσεων είναι προκαθορισμένες για τον ερωτηθέντα. Με αποτέλεσμα να καταγράφετε η απάντηση του, επιλέγοντας από τις προκαθορισμένες απαντήσεις, αυτή που του ταιριάζει. Φυσικά σε αρκετές περιπτώσεις υπάρχουν και οι ανοικτού τύπου ερωτήσεις, όπου ο μετέχων στην έρευνα καλείται να εκθέσει γραπτώς την άποψή. Εδώ πρέπει να τονίσουμε το βασικό πλεονέκτημα του κλειστού τύπου ερωτήσεων, οι οποίες επιτρέπουν την σύγκριση των απαντήσεων, πράγμα το οποίο είναι πρωταρχικής σημασίας για τη χρήση των δεδομένων που προκύπτουν έπειτα από μία ποσοτική έρευνα.

Συνηθισμένα παραδείγματα διεξαγωγής ποσοτικών ερευνών ικανοποίησης είναι:

- προσωπικές συνεντεύξεις,
- ταχυδρομικές έρευνες,
- τηλεφωνικές έρευνες.

Οι περιορισμοί μιας έρευνας αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών ενός φορέα υγείας, στο πλαίσιο των ποσοτικών μεθόδων ανάλυσης δεδομένων και των μοντέλων στατιστικής, συνοψίζονται στα εξής βασικά σημεία:

- Το συγκεκριμένο θέμα προσεγγίζεται όχι μόνο ως ένα πρόβλημα μέτρησης, αλλά και ως πρόβλημα ανάλυσης και ερμηνείας της ικανοποίησης των ασθενών. Με άλλα λόγια δεν αρκεί για κάποιο οργανισμό υγείας να γνωρίζει αν οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι ή όχι, αλλά θα πρέπει οι μέθοδοι και τεχνικές, οι οποίες χρησιμοποιούνται, να εστιάζουν και στους λόγους για τους οποίους προκύπτει το ανάλογο αποτέλεσμα.
- Η πληροφορία στο πρόβλημα της εκτίμησης της ικανοποίησης θα πρέπει να προέρχεται άμεσα από το σύνολο των ασθενών του οργανισμού. Το γεγονός αυτό καθιστά επιτακτική ανάγκη τη διεξαγωγή ερευνών ικανοποίησης και άρα τη συλλογή μεγάλου αριθμού δεδομένων καθώς και τη χρήση ισορροπημένου δείγματος.
- Η χρήση πολυμεταβλητών μεθόδων ανάλυσης κατά τη συλλογή της πληροφορίας θεωρείται αναγκαία, δεδομένου ότι η ικανοποίηση των πελατών εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων ή χαρακτηριστικών της υπηρεσίας.

2.5 Προβλήματα κατά τη Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών

Η προσπάθεια μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών κάνει εμφανή πολλά προβλήματα (Williams, 1998). Συγκεκριμένα, σε μία διαδικασία αποτίμησης της ικανοποίησης λαμβάνει χώρα η προσωπική και υποκειμενική φύση των αξιολογήσεων, από την πλευρά των ασθενών, με αποτέλεσμα οι απόψεις σχετικά με συγκεκριμένες υπηρεσίες φροντίδας να ποικίλλουν. Συνεπώς, διαφορετικές και μοναδικές κρίσεις των ασθενών αντανακλούν τις προσωπικές τους περιστάσεις και υπόβαθρα, τα οποία δεν επιδέχονται αντικειμενική μέτρηση.

Επιπλέον, το επίπεδο ικανοποίησης, το οποίο καταγράφεται ενδεχομένως να αντανακλά, τόσο τη γνώση όσο και τις προσδοκίες των χρηστών, παρά την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας υγείας. Κατά συνέπεια, χρήστες με περιορισμένη γνώση

των ευκαιριών και χαμηλή ή ασαφείς προσδοκίες της ποιότητας των υπηρεσιών, μπορούν να εμφανίζουν υψηλή ικανοποίηση, ακόμη και αν τους έχει παρασχεθεί κακού επιπέδου φροντίδα. Ομοίως, ασθενείς που μπορούν να χαρακτηριστούν ως παθητικοί και μη κριτικοί χρήστες της υγειονομικής περίθαλψης, παρουσιάζουν προσδοκίες για ικανοποίηση μικρής σημασίας. Επομένως, ένας ικανοποιημένος ασθενής-πελάτης μπορεί να είναι κάποιος που δεν έχει γνώμη για τίποτα, ή κάποιος που αδιαμαρτύρητα δέχεται τις συστάσεις του προσωπικού. Ως εκ τούτου, για τη μέτρηση της ικανοποίησης, είναι απαραίτητο να γίνει κατανοητό το πώς οι ασθενείς, ο καθένας ξεχωριστά, αξιολογούν τη φροντίδα και κατ' επέκταση προβαίνουν σε κρίσεις. Έρευνα παρουσιάζει ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών βασίζονται στις συμπεριφορές των ιατρών (Jung, 1998), αλλά σε γενικές γραμμές λίγα είναι γνωστά για τους μηχανισμούς μέσω των οποίων οι απόψεις περί ικανοποίησης δημιουργούνται.

Επιπροσθέτως, υπάρχει ανάγκη να διαχωριστούν τα συναισθήματα της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας με την παροχή υπηρεσιών ή τη διαδικασία της φροντίδας, από εκείνα που σχετίζονται με το αποτέλεσμα της φροντίδας υγείας. Η δημιουργία μετρικής για την αποτίμηση αυτής της άποψης είναι πολύπλοκη λόγω της αλληλένδετης σχέσης μεταξύ των αποτελεσμάτων της υγείας και της ικανοποίησης από τη φροντίδα. Το γεγονός αυτό σημαίνει ότι τα δεδομένα σχετικά με την ικανοποίηση δεν μπορεί να ερμηνευθούν ανεξάρτητα από τις πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση υγείας (Meredith, 1996).

Παράλληλα, οι θεωρίες της αντιληπτής παραφωνίας (cognitive dissonance) προβλέπουν ότι οι άνθρωποι δεν θα δεχθούν να εμφανίζονται δυσαρεστημένοι με τις υπηρεσίες, που έχουν επιλέξει οι ίδιοι να χρησιμοποιήσουν, γιατί αυτό δηλώνει μια ασυνέπεια στη συμπεριφορά τους. Οι περαιτέρω περιπλοκές κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης, προκύπτουν διότι οι ασθενείς μπορούν να εκφράζουν διαφορετικούς βαθμούς ικανοποίησης από την προσωπική τους φροντίδα και κατ' επέκταση από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης (Rivkin, 1974).



3. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Σύμφωνα, με τον Donabedian, η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς, αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1997). Η ποιότητα της φροντίδας υγείας μπορεί να προσδιοριστεί σήμερα με πολλούς τρόπους, καθότι θεωρείται ότι μεταβάλλεται και προσαρμόζεται συνεχώς, ως αποτέλεσμα της δημιουργίας νέων αναγκών και προσδοκιών των χρηστών-ασθενών των υπηρεσιών υγείας (Σαρρής και συν., 2008).

3.1 Συσχέτιση Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας

Οι ερευνητές που επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν εφιαλτήριο για την επίτευξη αλλαγών με στόχο, τόσο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όσο και την αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, σήμερα, σε αρκετές χώρες του κόσμου δεν υπάρχει αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και συνεπώς, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι δύσκολο να διερευνηθεί και να εκτιμηθεί (Ervin, 2006; Anderson, 2002; Robinson et al., 2008; Johansson et al., 2002).

Η σχέση των εννοιών ικανοποίηση ασθενών και ποιότητα υπηρεσιών υγείας από αρκετούς θεωρείται ισχυρή εφόσον, οι ασθενείς, εκφράζοντας την άποψή τους για τις υπηρεσίες που βίωσαν, αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που έλαβαν σύμφωνα με το βαθμό κάλυψης των προσδοκιών τους. Συνεπώς, αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών αποτελεί η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, καθώς θεωρείται περισσότερο ακριβής και από τα αντίστοιχα κριτήρια και πρότυπα που αφορούν στην ίδια την παροχή των υπηρεσιών (Shipley et al., 2000; Rentrop et al., 1999). Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Johansson et al., 2002; Laschinger et al., 2005)

Σύμφωνα με τους Cronin και Taylor η ποιότητα των υπηρεσιών είναι μια μακροχρόνια στάση, ενώ η ικανοποίηση του καταναλωτή αποτελεί παροδική

«κρίση», όπου γίνεται σε σχέση με έναν συγκεκριμένο φορέα παροχής υπηρεσιών. Η αντιληπτική ποιότητα υπηρεσιών αποτελεί αυτό που αντιλαμβάνεται ο καταναλωτής σε ένα συγκεκριμένο χρονικό σημείο (Cronin et al., 1994).

Συνεπώς, για να προσδιοριστεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, το προσωπικό του οργανισμού οφείλει να γνωρίζει τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών (Peter, 2002).

Επιπρόσθετα, η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται, όχι μόνο, από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Timmins, 2005; Montazeri, 2008).

Αναμφίβολα, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό θέμα, παράλληλα, για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Al-Eisa, 2005) και ένα βασικό δείκτη για την ποιότητα της παροχής υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, πρόκειται για ένα διεθνώς αποδεκτό παράγοντα που πρέπει να μελετάται επανειλημμένα για μία ομαλή λειτουργία του υγειονομικού συστήματος (Almujali, 2009; Aldana, 2002).

Κατά την άποψη του Vuori η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας, καθώς και προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας (Vuori, 1999).

Επιπρόσθετα, επικρατεί η άποψη ότι οι χρήστες είναι οι μόνοι, ίσως, που μπορούν να κρίνουν και να αξιολογήσουν όλες τις πτυχές των υπηρεσιών υγείας, έχοντας την ικανότητα να αξιολογήσουν την υποδομή, τις διαδικασίες, καθώς και τα αποτελέσματα (Μιχαηλίδου, 2003).

Μια καλύτερη εκτίμηση των περιοριστικών παραγόντων, σχετικών με την ικανοποίηση των χρηστών-ασθενών, θα οδηγήσει στην υλοποίηση ενός συστήματος προσαρμοσμένο στις απαιτήσεις των ασθενών, ακριβώς όπως γίνεται αντιληπτό από τους ίδιους και τους παρόχους υπηρεσιών (Guadagnino, 2003). Ο ασθενής είναι ο καλύτερος κριτής αφού αυτός/αυτή αξιολογεί με ακρίβεια και έτσι τα δεδομένα αυτού/αυτής θα βοηθούν στη γενική βελτίωση της ποιότητα παροχής υγειονομικής

περίθαλψης, μέσω της διόρθωσης/τροποποίησης των αδυναμιών του συστήματος υγείας από εξουσιοδοτημένα άτομα (Baba, 2004).

Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται ως η αντίδρασή τους σε ενδόμυχες εμπειρίες, οι οποίες είναι διαφορετικές για κάθε ασθενή, οπότε τόσο η αντίληψη όσο και οι προσδοκίες του για την ποιότητα της φροντίδας διαφέρουν (Pascoe, 1983) και συνδέεται σε πολλές πτυχές με την ποιότητα των υπηρεσιών της υγείας και συνεπώς του συστήματος υγείας (Kumari, 2009). Παράλληλα, η επίτευξη υψηλού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών επιβάλλεται τόσο λόγω της αυξημένης ζήτησης για καλύτερη φροντίδα όσο και εξαιτίας του ανταγωνιστικού περιβάλλοντος γύρω από την υγειονομική περίθαλψη από την άλλη (Rao, 2002).

Στο χώρο της ιατρικής, δίνεται μεγάλη έμφαση στην άποψη των ασθενών, ως προς την επιλογή της κατάλληλης θεραπείας και είναι ευρέως αποδεκτό, ότι το γεγονός αυτό συνιστά καλύτερα αποτελέσματα για τον ίδιο. Συνεπώς, η επιλογή της θεραπείας δεν πρέπει να αφήνεται μόνο στους ιατρούς και νοσηλευτές, αλλά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών. Το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α, είχε συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως σημαντικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας (Faden et al., 1992).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, κυρίως διότι έχει έντονο ενδιαφέρον η εκτίμηση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (Μερκούρης, 1996), εφόσον, οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν παρατηρήσεις και στοιχεία, τα οποία με ορθή αξιολόγηση να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Ως εκ τούτου, θεωρείται, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά αποτελεί ένα από τους σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης.

Βελτιωμένες δεξιότητες επικοινωνίας μεταξύ του προσωπικού και των ασθενών, συνταγογράφηση φαρμάκων, οδηγίες για τη φροντίδα και συνεχείς παρακολούθηση αυξάνουν την εμπιστοσύνη των ασθενών προς τον φορέα υγείας. Επίσης, ένας καθαρός και τακτοποιημένος φορέας υγείας αυξάνει το επίπεδο ικανοποίησης των πελατών-ασθενών (Halдар, 2008).

Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα θεωρούνται όσα περιλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων (Bond et al., 1992; Μερκούρης, 1996).

Εν αντιθέσει, υπάρχουν ερευνητές οι οποίοι υποστηρίζουν ότι ο ασθενής δεν έχει τις κατάλληλες πληροφορίες, ώστε να αξιολογήσει τις υπηρεσίες που λαμβάνει, ακόμα και για θέματα πέραν του καθαρά κλινικού έργου (Πολύζος και συν., 2005). Επιπλέον, εκφράζεται η ανησυχία κατά πόσο οι ασθενείς είναι σε θέση να αξιολογήσουν το σύνολο των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ή αν είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, ενώ για την αξιολόγηση της τεχνικής πλευράς της φροντίδας απαιτούνται συμπληρωματικές πληροφορίες από άλλες πηγές (Μερκούρης, 1996).

Επιπρόσθετα, αναφέρεται ότι οι ασθενείς, γενικά, καθορίζουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, με βάση την εμπειρία που αποκτούν από τον τρόπο, με τον οποίο αντιμετωπίζονται ως πρόσωπο, και όχι από το πώς αντιμετωπίζονται για την συγκεκριμένη ιατρική κατάσταση (Lee, 2004).

Για παράδειγμα, η διδασκαλία για αυτοφροντίδα, μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τρόπο ζωής τους. Αποτέλεσμα αυτού είναι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης, τα οποία δηλώνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της φροντίδας υγείας και όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Τελικά, η άποψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί έγκυρο δείκτη της ποιοτικής φροντίδας είναι αμφισβητούμενη σε κάποιες περιπτώσεις, καθώς και η βαρύτητα που έχει αυτή η συσχέτιση.

3.2 Στρατηγικές Διασφάλισης της Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και της Ικανοποίησης των Χρηστών

Αναμφίβολα, η διασφάλιση και βελτίωση των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση της ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών αποτελεί αντικείμενο για κάθε σύστημα υγείας σε κάθε μέρος του κόσμου. Μία στρατηγική ποιοτικής βελτίωσης αναφέρεται

ως παρέμβαση, που αποσκοπεί στην επίτευξη υψηλής ποιότητας στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, με απώτερο στόχο την ικανοποίηση των ασθενών.

Λαμβάνοντας υπόψη τη βιβλιογραφία, εντοπίζονται εννέα τύποι στρατηγικής διασφάλισης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας (Shojania, 2004):

- **Παροχή συστήματος υπενθύμισης:** Οι ερευνητές ορίζουν ένα σύστημα υπενθύμισης, σε κάθε ασθενή, καθώς συγκεκριμένες πληροφορίες, οι οποίες παρέχονται προφορικά, γραπτά ή μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή, μπορούν να προτρέψουν έναν ιατρό να ανακαλέσει πληροφορίες ή να προβεί σε μία συγκεκριμένη διαδικασία φροντίδας υγείας. Επίσης, το σύστημα μπορεί να περιλαμβάνει πληροφορίες που να προτρέπουν το ιατρικό ή νοσηλευτικό προσωπικό να ακολουθήσουν τεκμηριωμένες συστάσεις φροντίδας.
- **Διευκόλυνση της αναμετάδοσης των κλινικών δεδομένων σε παρόχους:** Χρησιμοποιείται για να περιγράψει τη μεταφορά των κλινικών πληροφοριών, οι οποίες έχουν συλλεγεί απ' ευθείας από ασθενείς και μεταφερθεί στους παρόχους υγείας, όπως για παράδειγμα δεδομένα, τα οποία δεν έχουν καταγραφεί, κατά την επίσκεψη των ασθενών ή χρησιμοποιούν κάποια μορφή, διαφορετική από το υπάρχον ιατρικό σύστημα καταγραφής.
- **Έλεγχος και ανατροφοδότηση:** Οι ερευνητές ορίζουν ως έλεγχο και ανατροφοδότηση κάθε σύνολο πληροφοριών από κλινικές επιδόσεις, για τους παρόχους υγείας, οι οποίες παρουσιάστηκαν σε μία συγκεκριμένη χρονική περίοδο και καταγράφηκαν, είτε δημόσια, είτε εμπιστευτικά στον ιατρό ή στο φορέα υγείας.
- **Εκπαίδευση παρόχου:** Αυτός ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγράψει μία ποικιλία από παρεμβάσεις συμπεριλαμβανομένου: εκπαιδευτικά σεμινάρια, συναντήσεις, διαλέξεις (άμεσα ή έμμεσα, μέσω ηλεκτρονικού υπολογιστή), καθώς και εκπαιδευτικές επισκέψεις. Επίσης, ο ίδιος όρος χρησιμοποιείται για την διανομή εκπαιδευτικού υλικού, όπως ηλεκτρονικά δημοσιευμένες ή εκτυπωμένες οδηγίες κλινικών πρακτικών και οπτικο-ακουστικού υλικού.
- **Εκπαίδευση ασθενούς:** Αυτού του είδους η στρατηγική επικεντρώνεται στην εκπαίδευση προσωπικά κάθε ασθενούς, είτε ξεχωριστά, είτε ως μέρος μιας ομάδας ή κοινότητας, μέσω του εκπαιδευτικού υλικού σε ηλεκτρονική ή έντυπη μορφή και οπτικο-ακουστικού υλικού.

- **Προώθηση της αυτο-διαχείρισης:** Αυτή η οπτική περιλαμβάνει τη διανομή υλικού, όπως συσκευές για την αρτηριακή πίεση ή τον αυτοέλεγχο της γλυκόζης, ή για την πρόσβαση σε πόρους, οι οποίοι με τη σειρά τους βελτιώνουν, την δυνατότητα των ασθενών να διαχειριστούν την κατάσταση τους, την ανακοίνωση χρήσιμων κλινικών δεδομένων, ή με συνεχείς τηλεφωνικές κλίσεις από τους παρόχους προς τους ασθενείς, τροφοδοτώντας τους με προσαρμοσμένες συστάσεις υγείας.
- **Υπενθυμίσεις ασθενών:** Ο όρος αυτός χρησιμοποιείται για να προσδιορίσει κάθε προσπάθεια, που απευθύνεται απ' ευθείας, από τους οργανισμούς υγείας προς τους ασθενείς, η οποία τους υπενθυμίζει τα ραντεβού τους ή τους ενθαρρύνει να τηρούν και άλλες όψεις αυτοδιαχείρισης της κατάστασης τους.
- **Οργανωτικές αλλαγές:** Αυτή η πλευρά της στρατηγικής περιλαμβάνει μία ακολουθία από υπό στρατηγικές, οι οποίες συνεπάγονται οργανωτικές αλλαγές, στις επικοινωνίες μεταξύ των απομακρυσμένων επαγγελματιών υγείας, όπως τηλεϊατρική, της διαχείρισης της νόσου και της θεραπευτικής ομάδας, προσθέτοντας νέα μέλη και αναθεωρώντας τους ρόλους της υπάρχουσας ομάδας, καθώς και αλλάζοντας το σύστημα καταγραφής των ιατρικών δεδομένων.
- **Οικονομικά, ρυθμιστικά ή νομοθετικά κίνητρα:** Αυτός ο τύπος στρατηγικής περιλαμβάνει κάθε παρέμβαση που περιέχει χαρακτηριστικά όπως, θετικά ή αρνητικά οικονομικά κίνητρα, τα οποία προσανατολίζονται προς τους ασθενείς ή τους παρόχους υγείας.

3.3 Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας

Υπηρεσιών Υγείας στον Ελληνικό Χώρο

Λαμβάνοντας υπόψη τη συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, οδηγούμαστε στην επιτακτική ανάγκη έρευνας και μέτρησης αυτής. Παρά το γεγονός ότι οι μελέτες ικανοποίησης ασθενών στη χώρα μας δεν έχουν μεγάλη ιστορία, σταδιακά έχουν αναπτυχθεί διάφορα εργαλεία και μεθοδολογίες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Συγκεκριμένα, στην Ελλάδα οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, σε αυτόν τον τομέα, προέρχονται συνήθως από εργασίες μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων των πανεπιστημίων και τεχνολογικών ιδρυμάτων της χώρας, οι οποίες χρησιμοποιούν ως δείγμα περιορισμένο αριθμό ασθενών.

Αναλυτικά, έπειτα, από ανασκόπηση της Ελληνικής βιβλιογραφίας την τελευταία δεκαετία έχουν πραγματοποιηθεί έρευνες ικανοποίησης των χρηστών από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα, οι οποίες εστιάζουν στην εξέταση των εξής παραμέτρων:

- προσπέλαση και διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας,
- σχέση ασθενούς και επαγγελματιών υγείας,
- επαγγελματικές ικανότητες και ποιότητα φροντίδας,
- οργανωτική πλευρά υπηρεσιών υγείας,
- κόστος της παρεχόμενης φροντίδας
- διοικητικές υπηρεσίες.

Ωστόσο, δεν έχουν οριστεί αυστηρά οι παράγοντες που μπορούν να προσδιορίσουν την ικανοποίηση του Έλληνα χρήστη υπηρεσιών υγείας, συνεπώς δεν υπάρχει μία κοινά αποδεκτή μεθοδολογία για συγκριτικές μελέτες. Παράλληλα, αναφέρεται ότι, τυχόν προσπάθειες τυποποίησης αυτών των παραγόντων είναι σε μεγάλο βαθμό μη γενικεύσιμες (Αντωνοπούλου και συν., 1991). Εν τούτοις, υπάρχουν έρευνες, οι οποίες πραγματοποιήθηκαν και χρησιμοποιήθηκαν ως βάση για τη μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης υγειονομικής φροντίδας (Ραφτόπουλος, 2002), της νοσηλευτικής φροντίδας (Merkouris et al., 1999), της ικανοποίησης ειδικών ομάδων χρηστών, όπως για παράδειγμα γονείς/συνοδοί παιδιατρικού νοσοκομείου και ασθενείς καρδιοχειρουργικής μονάδας (Moumtzoglou et al., 2000), ενώ κάποιες χρησιμοποιήθηκαν για τη διενέργεια συγκριτικής αξιολόγησης νοσοκομείων (Γούναρης και συν., 2002).

Από τις πρώτες έρευνες ικανοποίησης νοσηλευόμενων που πραγματοποιήθηκαν ήταν των Κυριόπουλου και συν., σε δημόσια νοσοκομεία, με εργαλείο έρευνας ένα ερωτηματολόγιο 24 ερωτήσεων, κλειστού τύπου και ανώνυμο, όπου το πλήθος του δείγματος ήταν 583 ασθενείς από 17 διαφορετικούς παρόχους υγείας. Τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας εμφανίζουν αρκετά υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, τόσο στην Αθήνα (77,6%) και στη Θεσσαλονίκη (79,2%), όσο και στα νοσοκομεία της επαρχίας (76,4%). Ωστόσο, ο συνολικός βαθμός ικανοποίησης των χρηστών διαφοροποιείται από τις διάφορες συνιστώσες των νοσοκομειακών υπηρεσιών ως προς το ιατρικό, νοσηλευτικό, ξενοδοχειακό και διοικητικό επίπεδο. Είναι αξιοσημείωτο ότι επιβεβαιώνονται εμπειρικές διαπιστώσεις σχετικά με το χαμηλό δείκτη ικανοποίησης σε βασικές νοσοκομειακές λειτουργίες, όπως κατάσταση

θαλάμου, διατροφή, καθαριότητα, επικοινωνία και οργάνωση, ενώ ο δείκτης από τις ιατρικές, νοσηλευτικές και θεραπευτικές υπηρεσίες είναι υψηλού βαθμού (Κυριόπουλος και συν., 1994).

Στο πλαίσιο έρευνας που διεξήχθη σε έξι πανεπιστημιακές κλινικές του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών, Λαϊκό, το χρονικό διάστημα Ιούλιος- Σεπτέμβριος 1995 και Φεβρουάριος- Απρίλιος 1996, μέσω ερωτηματολογίου με χρήση 4βάθμιας κλίμακας και δείγμα 103 ασθενείς, προέκυψαν πολλά επιμέρους συμπεράσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίοι αναφέρουν ότι είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τη συνέχεια της φροντίδας (87,4%), τη νοσηλεία (84,5%), το σεβασμό (81,6%) και την ευγένεια (78,6%), και λιγότερο ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση (28,2%), την εκπαίδευση (31,1%), την παρακολούθηση (34%), το θόρυβο (35%) και την καθαριότητα κοινόχρηστων χώρων υγιεινής (35%) (Μερκούρης, 1996).

Επιπρόσθετα, έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Νιάκα και Γναρδέλλη το 2000, έχοντας ως αντικείμενο μελέτης την ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών σε περιφερειακό νοσοκομείο της Αθήνας, με χρήση ερωτηματολογίου, το οποίο περιλάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την ικανοποίησή τους ως προς τις υπηρεσίες του ιατρονοσηλευτικού έργου και της ξενοδοχειακής υποδομής, με τελικό δείγμα 300 ασθενών (από τους 2.100 που εκτιμάται ότι παρέλαβαν το ερωτηματολόγιο, κατά την έξοδο τους και επιστροφή ταχυδρομικώς) προέκυψαν σημαντικά αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, η μέση τιμή του δείκτη ικανοποίησης από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό για το σύνολο των νοσηλευθέντων ήταν 90, ενώ του δείκτη ξενοδοχειακής υποδομής 74,4. Συνεπώς, οι χρήστες του νοσοκομείου εμφανίστηκαν ικανοποιημένοι από το έργο του προσωπικού, ενώ παρατηρήθηκαν προβλήματα στην ξενοδοχειακή υποδομή, η οποία συνδέεται με τη λειτουργία του νοσοκομείου (Νιάκας και συν., 2000).

Παράλληλα, μία άλλη μελέτη των Νιάκα και συν. είχε σκοπό να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες ιατρικές, νοσηλευτικές και ξενοδοχειακές υπηρεσίες. Εργαλείο της έρευνας αποτέλεσε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο με δημογραφικά-κοινωνικά στοιχεία, που δόθηκε στους ασθενείς κατά την έξοδο τους και επιστράφηκε, από όσους το επιθυμούσαν, συμπληρωμένο μέσω ταχυδρομείου. Συγκεντρώθηκαν 300 πλήρη ερωτηματολόγια, ένα μέγεθος δείγματος ικανοποιητικό, αφού αντιπροσώπευε το 1% των νοσηλευθέντων ασθενών για ένα χρόνο. Τα ευρήματα της έρευνας παρουσιάζουν ότι οι χρήστες των

νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι ικανοποιημένοι με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο ικανοποιημένοι με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου, οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με παρεμβάσεις μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης (Νιάκας και συν., 2000).

Στη συνέχεια το 2002 έγινε προσπάθεια δημιουργίας μιας προσέγγισης από τους Merkouris et al., για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών που απορρέει αποκλειστικά από τη νοσηλευτική φροντίδα. Στηριζόμενοι σε παραγοντική ανάλυση, οι ερευνητές προσδιόρισαν στατιστικά σημαντικούς παράγοντες για την ικανοποίηση του ασθενούς, όπως διαπροσωπικές σχέσεις και διαθέσιμος χρόνος προσωπικού για τον ασθενή, τεχνική αξιοπιστία, ανταπόκριση του προσωπικού και πληροφόρηση ασθενή (Merkouris et al., 2002).

Συγχρόνως, ο Ραφτόπουλος το 2002 χρησιμοποιώντας έναν συνδυασμό ποιοτικής και ποσοτικής έρευνας με δείγμα 380 ηλικιωμένους ασθενείς σε 8 νοσοκομεία της Ελλάδας, προσπάθησε να προσδιορίσει την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα. Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την υγειονομική περίθαλψη (90,3%), την ιατρική φροντίδα (95,6%) και την νοσηλευτική φροντίδα (94%) (Ραφτόπουλος, 2002).

Προσπάθεια αποτύπωσης της ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες έγινε και από τους Σουλιώτη και συν. (Σουλιώτης και συν., 2003). Συγκεκριμένα, η μεθοδολογία της έρευνας περιλάμβανε τηλεφωνικές συνεντεύξεις σε πλήθος δείγματος 350 ασθενών, εκ των οποίων 175 άνδρες και 175 γυναίκες, ηλικίας 15- 65 ετών στην περιοχή της Αθήνας και χρήση πεντάβαθμης κλίμακας απαντήσεων. Από την έρευνα προέκυψε ότι το 59,2% των ερωτηθέντων δήλωσε ικανοποιημένο από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ., ενώ το αντίστοιχο ποσοστό ικανοποίησης των χρηστών από ιδιωτική κλινική άγγιξε το 86%, από ιδιώτη ιατρό το 90%, ενώ από ιατρείο ασφαλιστικού ταμείου το 53%. Σημαντικό στοιχείο της έρευνας αποτελεί το γεγονός ότι η ικανοποίηση είναι αντιστρόφως ανάλογη της κοινωνικής τάξης σε ότι αφορά στη χρήση δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών. Επιπλέον, οι ερευνητές παρατήρησαν ότι παρά τη γενικότερη αρνητική εντύπωση που επικρατεί για τις δημόσιες υπηρεσίες υγείας, λόγω του δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα (ξενοδοχειακή υποδομή, επάρκεια προσωπικού, καθαριότητα χώρων και συμπεριφορά επαγγελματιών υγείας), η φροντίδα υγείας που παρέχουν και κατ' επέκταση

λαμβάνουν οι ασθενείς, είναι υψηλής ποιότητας, γεγονός που οδηγεί σε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης των χρηστών-ασθενών.

Συγχρόνως, σε μία προσπάθεια εκτίμησης της λειτουργικής/διοικητικής ικανότητας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων (ΤΕΙ) στα νοσοκομεία: Ιπποκράτειο, Λαϊκό, Κοργιαλένιο-Μπενάκειο ΕΕΣ, Τζάνειο, Σισμανόγλειο και Γ. Γεννηματάς, πραγματοποιήθηκε μελέτη από φοιτητές του Εθνικού Κέντρου Δημόσιας Διοίκησης, κατά την χρονική περίοδο Ιανουάριος- Απρίλιος 2003 (Ροδάκη και συν., 2003). Αναλυτικότερα, δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 123 ασθενείς στο Ιπποκράτειο, από τους οποίους το 90% ήταν ικανοποιημένο από το ιατρικό έργο και το νοσηλευτικό προσωπικό. Στο Λαϊκό, το δείγμα ήταν 138 χρήστες των ΤΕΙ, εκ των οποίων το 56% εμφανίζεται ικανοποιημένοι. Στο Κοργιαλένιο- Μπενάκειο ΕΕΣ με πλήθος δείγματος 126 ερωτηματολόγια το 77,8% δηλώνει ικανοποιημένο. Στο Τζάνειο, συγκεντρώθηκαν 180 ερωτηματολόγια τα οποία φανέρωναν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Στο Σισμανόγλειο, το δείγμα της έρευνας ήταν 134 ασθενείς, με συνολικά ικανοποιημένους το 80,6%. Τέλος, στο νοσοκομείο Γ. Γεννηματάς σε πλήθος 200 ερωτηθέντων παρουσιάζονται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σχετικά με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Συνεχίζοντας τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, μια σημαντική έρευνα ικανοποίησης ασθενών του Εθνικού Συστήματος Υγείας που διεξήχθη το 2004, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας. Η μεθοδολογία της έρευνας περιλάμβανε ερωτηματολόγιο, που προσανατολιζόνταν στην ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, την ξενοδοχειακή υποδομή των νοσοκομείων και τις παρεχόμενες υπηρεσίες, σε δείγμα 4209 ασθενείς από 118 νοσοκομεία του ΕΣΥ της χώρας. Τα αποτελέσματα παρουσιάζουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες (85%), χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης που σχετίζονται με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τις διοικητικές υπηρεσίες.

Μία ακόμη έρευνα πραγματοποιήθηκε από τους Πολύζο και συν., σε δύο χρονικές περιόδους, Φεβρουάριο-Απρίλιο 2000 και Νοέμβριο 2003-Ιανουάριο 2004, για την εκτίμηση της ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών σε εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο και δημόσιο γενικό νοσοκομείο, αντιστοίχως, με τη χρήση ερωτηματολογίου που ακολουθούσε την πεντάβαθμη κλίμακα. Το δείγμα ήταν 378 νοσηλευόμενοι, από το εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο και 108 νοσηλευόμενοι από το γενικό νοσοκομείο. Τα ευρήματα της

έρευνας εμφανίζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών από την καθαριότητα του δωματίου νοσηλείας και στα δύο νοσοκομεία. Αναφορικά με την ποιότητα φαγητού υπάρχει διαφοροποίηση, με υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης στο εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο, ενώ στο γενικό νοσοκομείο υπήρχαν ποσοστά δυσαρέσκειας, με πολύ χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης. Παράλληλα, εμφανίζονται υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, συγκριτικά με τις διοικητικές υπηρεσίες (Πολύζος και συν., 2005).

Επιπλέον, έρευνα για την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, διεξήγαγαν οι Νιάκας, Γναρδέλλης και Θεοδώρου το 2004. Αναλυτικά, πραγματοποίησαν έρευνα σε τρία δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα της χώρας μας, εκ των οποίων δύο στην Αθήνα και ένα περιφερειακό νοσηλευτικό ίδρυμα. Η έρευνα στηρίχθηκε σε ένα ερωτηματολόγιο, το οποίο στάλθηκε ταχυδρομικώς σε δείγμα 3.650 ασθενείς, με τελικό δείγμα έρευνας 1.295 άτομα, που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο, (ποσοστό ανταπόκρισης 35,5 %). Ερμηνεύοντας τα αποτελέσματά προκύπτει υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, συγκριτικά με τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες φιλοξενίας. Αξιοσημείωτο συμπέρασμα της έρευνας είναι ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες-ασθενείς των υπηρεσιών υγείας, εμφανίζει συσχέτιση με τη γεωγραφική θέση και τον χαρακτήρα του φορέα υγείας (νοσοκομείο περιφερειακού ή αστικού τύπου). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που είχαν νοσηλευθεί στο περιφερειακό νοσηλευτικό ίδρυμα εξέφρασαν μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης από την παρεχόμενη ιατρονοσηλευτική φροντίδα, σε σχέση με αυτούς που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία της Αθήνας (Niakas et al., 2004). Επιπλέον, επιμέρους συμπεράσματα που στηρίζονται στα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, φανερώνουν ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται, σε ορισμένο βαθμό, από την ηλικία, τη μόρφωση, το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης, τον αριθμό των εισαγωγών και τη διάρκεια νοσηλείας (Gnardellis et al., 2005).

Σε μελέτη που διεξήχθη το 2005 από τους Λιαρόπουλο και συν., επιχειρήθηκε η εκτίμηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων που συνδέεται με τις δομές και τις υπηρεσίες του Περιφερειακού Γενικού Νοσοκομείου Νικαίας, καθώς και αξιολόγηση των παρεμβάσεων (ανακαίνιση κλινικών, μεταφορά νοσηλευτικού προσωπικού), στις οποίες προέβη η διοίκηση του νοσοκομείου (Λιαρόπουλος και συν., 2005). Συγκεκριμένα, η έρευνα ήταν μία προσπάθεια εκτίμησης της επίδρασης που είχε η

κάθε παρέμβαση στην ικανοποίηση των χρηστών. Το πλήθος της δειγματοληψίας ήταν 600 ασθενείς, που νοσηλεύονταν σε 5 κλινικές στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Νίκαιας-Πειραιά και βρίσκονταν στο τέλος της θεραπείας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι παρά τις παρεμβάσεις που σημειώθηκαν στο χώρο του νοσοκομείου (σε 3 από τις 5 κλινικές), η γενικότερη ικανοποίηση των ασθενών δεν μεταβλήθηκε στατιστικά σημαντικά. Επιπλέον παρατηρήθηκε ότι μόνο σε μία κλινική, όπου έγιναν και οι περισσότερες βελτιώσεις, η ικανοποίηση των ασθενών από την εικόνα του νοσοκομείου σημείωσε σημαντική αύξηση. Παράλληλα, η ικανοποίηση των ασθενών από την εξυπηρέτηση και την πληροφόρηση, που έλαβαν από το προσωπικό του νοσοκομείου, κυμάνθηκε σε ικανοποιητικά επίπεδα, ενώ αρκετά υψηλές τιμές έλαβε η διάσταση της εξατομικευμένης φροντίδας, της ευγένειας και ικανοτήτων του προσωπικού.

Συνεχίζοντας, σημαντικά συμπεράσματα προέκυψαν από έρευνα που πραγματοποιήθηκε για το βαθμό ικανοποίησης χρηστών δημόσιων νοσοκομειακών υπηρεσιών στην Αττική, κατά το διάστημα 30 Μαρτίου 2005 έως 14 Απριλίου 2005, μέσω συνεντεύξεων σε 772 χρήστες από 11 δημόσια νοσοκομεία της Αττικής. Συγκεκριμένα, προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δήλωσαν ικανοποιημένοι από τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας σχετίζονται με την καθαριότητα (11,3%), καθώς και την ποιότητα του φαγητού (17%) (Παπαδήμας, 2005).

Μία ακόμη προσπάθεια καταγραφής του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο επίπεδο νοσηλείας, Εξωτερικών Ιατρείων και Ιατρείου Επειγόντων Περιστατικών πραγματοποιήθηκε στο Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών (NNA) τους μήνες Οκτώβριο και Νοέμβριο 2009. Το δείγμα της έρευνας περιλάμβανε 589 ασθενείς, από τους οποίους οι 216 εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία, 141 στα επείγοντα περιστατικά και 232 νοσηλεύτηκαν. Αναφορικά με τους νοσηλευόμενους ασθενείς προκύπτει ότι είναι πλήρως ή πολύ ικανοποιημένοι από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Επιπλέον τα ευρήματα της μελέτης εμφανίζουν χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης ως προς την καθαριότητα, ενώ υψηλά επίπεδα ικανοποίησης ως προς την ποιότητα του φαγητού (Πολεμικό Ναυτικό-Διεύθυνση Υγειονομικού, 2010).

Ακόμη μία έρευνα πραγματοποιήθηκε για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στον παθολογικό τομέα (Α΄ και Β΄ Παθολογική Κλινική) του Ασκληπιείου Βούλας. Εργαλείο μέτρησης αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο, με 42

ερωτήσεις κλειστού τύπου και 1 ανοικτού προκειμένου να καταγραφεί η γενικότερη άποψη των χρηστών για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, το οποίο μοιράστηκε και συμπληρώθηκε με τη μέθοδο της αυτοσυμπλήρωσης από τους ενημερωμένους ασθενείς ή με προσωπική συνέντευξη. Οι παράμετροι (διαστάσεις) της φροντίδας, οι οποίες αξιολογήθηκαν, ήταν τόσο η Ικανοποίηση από την Ιατρική, Νοσηλευτική και Διοικητική Υπηρεσία του Νοσοκομείου όσο και από την Κτηριακή Υποδομή και τον Βιοϊατρικό Εξοπλισμό και τη Συνολική Ικανοποίηση του ασθενούς από τις Υγειονομικές Υπηρεσίες. Το δείγμα της έρευνας ήταν συνολικά 202 ασθενείς και από τις δύο παθολογικές κλινικές. Από την εξέταση των στοιχείων παρατηρείται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και στα δύο τμήματα ήταν μεγάλος. Η γενική ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό κυμάνθηκε στο 83,18%, από την νοσηλευτική φροντίδα που παρουσίασε το υψηλότερο ποσοστό 83,6%, παρόλο που υπήρξε χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης από τον μη επαρκή αριθμό νοσηλευτών. Η ικανοποίηση από τη διοικητική υπηρεσία ανήλθε στο 64,7%, ενώ από την κτηριακή υποδομή και τον βιοϊατρικό εξοπλισμό στο 74,2%. Η συνολική ικανοποίηση ήταν υψηλή (ποσοστό 80,82%) με υπεροχή του Α΄ Παθολογικού Τμήματος (Αλεξίου, 2011).

Παράλληλα, στο πλαίσιο μεταπτυχιακής εργασίας, πραγματοποιήθηκε μελέτη για την εκτίμηση της ικανοποίησης νοσηλευόμενων ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο». Το εργαλείο της έρευνας ήταν ένα σταθμισμένο ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε από 226 νοσηλευθέντες κατά την περίοδο Αύγουστο-Σεπτέμβριο 2011. Αποτελέσματα της έρευνας εμφανίζουν την πλειονότητα των ασθενών, του δείγματος, ικανοποιημένη από την συνολική φροντίδα που έλαβε. Ταυτόχρονα, οι νοσηλευόμενοι είναι ικανοποιημένοι από το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό, καθώς και από τη νοσηλεία τους, ενώ είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την υποδομή του νοσοκομείου (Νικολάου, 2011).

Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι στο μεγαλύτερο μέρος των μελετών για την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα, εμφανίζεται προβληματισμός κυρίως ως προς την υποδομή των νοσοκομείων, την ανεπάρκεια στην οργάνωση και τις καθυστερήσεις στην εξυπηρέτηση. Ωστόσο τα ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας εμφανίζονται υψηλά, στο σύνολο τους, γεγονός που έρχεται σε αντίθεση με αποτελέσματα που προκύπτουν από ευρωπαϊκές έρευνες και αφορούν, όμως, το

γενικό πληθυσμό, όπου η ικανοποίηση εμφανίζεται να είναι χαμηλού βαθμού. Η χαμηλή ικανοποίηση του Ελληνικού γενικού πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας που παρουσιάζεται μεταξύ των ευρωπαίων πολιτών, σχετίζεται ίσως με τις απόψεις-στάσεις του γενικού πληθυσμού που αντιμετωπίζει ως δυνητικός χρήστης όλες τις υπηρεσίες υγείας, καθώς και τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές και όχι με την παροχή εξειδικευμένων νοσοκομειακών υπηρεσιών που ερευνούν οι παρούσες μελέτες (Νιάκας και συν., 2000).

3.5 Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών και Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας στο Διεθνή Χώρο

Αντίστοιχες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας έχουν πραγματοποιηθεί στο διεθνή χώρο. Οι πρώτες μελέτες εμφανίζονται στις Η.Π.Α. τη δεκαετία του 1960 και ακολουθούν αντίστοιχες στη Μ. Βρετανία (Hendriks et al., 2002). Τέτοιου τύπου έρευνες συνεχίζονται με αλματώδη αύξηση, σε όλα τα επίπεδα της φροντίδας υγείας (Dansky et al., 1997).

Συγκεκριμένα, στο μεγαλύτερο πλήθος των ερευνών αντικείμενο μελέτης αποτελεί το περιβάλλον του φορέα υγείας, όπως για παράδειγμα η αξιολόγηση του χώρου νοσηλείας, η καθαριότητα, η σήμανση εντός του χώρου νοσηλείας, καθώς και η λειτουργία του τηλεφωνικού κέντρου. Επιπλέον, οι έρευνες επικεντρώνονται στην εκτίμηση της συνολικής ικανοποίησης, τις δυνατότητες πρόσβασης, τη συμπεριφορά του προσωπικού, την ανθρωποκεντρική προσέγγιση, την πληροφόρηση/ενημέρωση και τη συνέχεια της φροντίδας (Λαζάρου, 2005). Εν αντιθέσει, μικρή βαρύτητα δίδεται στην αξιολόγηση της τεχνικής αποτελεσματικότητας του οργανισμού, όπως οι εκβάσεις της υγείας (επιδείνωση, βελτίωση, ίαση), οι γνώσεις του ιατρικού προσωπικού και η συνεχιζόμενη φροντίδα (Nelson et al., 1990).

Σε μελέτη για την αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών, που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία το 1994, μεταξύ 36 νοσοκομειακών ιδρυμάτων αντικείμενο αποτέλεσε ο αριθμός των κλινών, η περιοχή και το είδος τους. Στην έρευνα έλαβαν μέρος 5.150 ασθενείς με τη μέθοδο των προσωπικών συνεντεύξεων (στο σπίτι τους ή στο χώρο του νοσοκομείου) 2-4 εβδομάδες μετά από την αναχώρησή τους από το νοσοκομείο. Αναλυτικά, το πλήθος του δείγματος είχε νοσηλευτεί σε παιδιατρικό, γυναικολογικό, ψυχιατρικό και γηριατρικό τμήμα. Βάσει

των αποτελεσμάτων, τα βασικότερα προβλήματα παρουσιάστηκαν στην επικοινωνία με το προσωπικό (56%), στη διαχείριση του πόνου (33%), στο σχεδιασμό του εξιτηρίου (70%), στην ελλιπή ενημέρωση, ενώ αξιοσημείωτο είναι ότι το 62% των ασθενών δεν πληροφορήθηκε για το πότε θα ξεκινήσει τις καθημερινές του δραστηριότητες. Οι ερευνητές καταλήγουν ότι τα νοσοκομεία, σε γενικές γραμμές απέτυχαν να φτάσουν τα πρότυπα του Patient's Charter ¹(Bruster et al., 1994).

Σε τηλεφωνική έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 92 δημόσια νοσοκομεία στη Βικτώρια της Αυστραλίας, με στόχο την ακριβή αξιολόγηση της απόδοσης των νοσοκομείων, όπως γίνεται αντιληπτή από τους ασθενείς, βάσει μέτρησης της γενικής ικανοποίησης των ασθενών, της εκτίμησης της γενικής φροντίδας που έλαβαν, της ανατροφοδότησης σε συγκεκριμένες διαστάσεις της παραμονής τους στο νοσοκομείο, όπως στο χρόνο παραμονής για εισαγωγή, την επάρκεια των πληροφοριών κατά την εισαγωγή, την ευγένεια, διαθεσιμότητα και επικοινωνία, τόσο με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και με το διοικητικό προσωπικό, την καθαριότητα των δωματίων, την ποιότητα του φαγητού, καθώς και την προθυμία για επιστροφή στο ίδιο νοσοκομείο. Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος του προσωπικού εκτελεί τα καθήκοντα του σε πολύ υψηλά επίπεδα. Οι περιοχές που προσδιορίζονται ως προβληματικές είναι ως προς την ενημέρωση-επικοινωνία, κυρίως για τους νεότερους ασθενείς (18-24 ετών), η άνεση στους θαλάμους, η καθαριότητα και η ποιότητα φαγητού, η έλλειψη συμμετοχής των ασθενών στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τη θεραπεία τους, καθώς ο χρόνος αναμονής (The Quality of Australian Health Care: Current Issues and Future Directions, 2000).

Σε μία ακόμη αξιολογη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις μονάδες έκτακτης ανάγκης του Αμερικανικού Υγειονομικού Συστήματος, αναφορικά με τη συσχέτιση μεταξύ της γενικής ικανοποίησης των χρηστών και των διαπροσωπικών σχέσεων, που αναπτύσσουν με τους ιατρούς και νοσηλευτές, το πλήθος των παρατηρήσεων προέκυψε από 850 ασθενείς. Συγκεκριμένα, παρατηρήθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ανάλογη της ποιότητας των αλληλεπιδράσεων τους με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Παράλληλα, σημειώθηκε ότι οι απόψεις που είχαν οι ασθενείς για το τμήμα του φορέα υγείας, πριν από την επίσκεψή τους, μεταβλήθηκε σημαντικά λόγω των διαπροσωπικών σχέσεων, που ανέπτυξαν με το προσωπικό του

¹ Patient's Charter (Χάρτη του ασθενούς): είναι ένα έγγραφο της κυβέρνησης του Ηνωμένου Βασιλείου, το οποίο καθορίζει μια σειρά δικαιωμάτων για τους ασθενείς της Εθνικής Υπηρεσίας Υγείας, σε τομείς υπηρεσιών όπως γενική πρακτική, νοσοκομειακή περίθαλψη, θεραπεία, ασθενοφόρο, οδοντιατρικά, οπτικά, φαρμακευτική και μητρότητα

φορέα υγείας, καθώς και η ικανοποίησή τους, γεγονός που επηρέασε και την πρόθεσή τους να συστήσουν ή όχι, το συγκεκριμένο οργανισμό υγείας σε άλλα άτομα (Di Paula et al., 2002).

Επιπλέον, σε έρευνα που διεξήχθη στο βορειοανατολικό Οχάϊο κατά τη χρονική περίοδο 1993 έως 1997, σε ένα σύνολο 29 νοσοκομείων, αντικείμενο μελέτης αποτέλεσε η συσχέτιση ανάμεσα στην ικανοποίηση και τη σταθμισμένη θνητότητα με βάση τη βαρύτητα των ασθενών. Η μεθοδολογία που ακολουθήθηκε κατά την έρευνα περιλάμβανε την αξιολόγηση έξι διαστάσεων της παρεχόμενης φροντίδας υγείας: το συντονισμό της εργασίας, τις οδηγίες κατά το εξιτήριο, τη γενική ποιότητα, την πληροφόρηση, την παρεχόμενη ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, με πλήθος δείγματος 42.255 ασθενών (τυχαία δειγματοληψία). Βάσει των αποτελεσμάτων τα ποσοστά ικανοποίησης ήταν αντιστρόφως ανάλογα με τα ποσοστά θνητότητας, δεν παρουσιάστηκε έντονη συσχέτιση με την ιατρική φροντίδα, ενώ θετική συσχέτιση εμφανίστηκε με τις άλλες πέντε διαστάσεις. Αναλυτικά, τα συγκεκριμένα αποτελέσματα δείχνουν ότι τα νοσοκομεία με υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, τείνουν να έχουν χαμηλότερη θνητότητα, στηριζόμενη στη βαρύτητα των ασθενών. Συνεπώς, οι συσχετίσεις ήταν πιο ισχυρές για διαστάσεις της ποιότητας που αφορούσαν την επικοινωνία, τη συνέχεια της φροντίδας, τη νοσηλευτική φροντίδα και ασθενέστερες για την ιατρική φροντίδα (Jairaul et al., 2003).

Αξιολογή έρευνα πραγματοποιήθηκε υπό την ομάδα της Gesell στη Μ. Βρετανία για τη χρονική περίοδο Ιανουάριος-Δεκέμβριος 2001, με αντικείμενο μελέτης την ικανοποίηση ασθενών πασχόντων από νεοπλασματική νόσο. Αναλυτικά η έρευνα έλαβε μέρος σε 386 νοσοκομεία, σε πλήθος 56.867 ασθενείς, οι οποίοι στην ερώτηση: «αν θα πρότειναν το νοσοκομείο σε άλλους» απάντησαν θετικά το 64%, ενώ το 36% παρουσίασε αρνητική στάση. Συνολικά, οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι με τη συμπεριφορά του προσωπικού, αλλά όχι με την ενημέρωση και προσοχή που έλαβαν (Gesell et al., 2004).

Ακόμη μία πιλοτική μελέτη πραγματοποιήθηκε στα δημόσια νοσοκομεία του Queensland, για την ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, εκ μέρους του Οργανισμού Υγείας στο Queensland, τη χρονική περίοδο Σεπτέμβριος-Οκτώβριος 2001. Το δείγμα της έρευνας ήταν ασθενείς οι οποίοι νοσηλεύτηκαν, τουλάχιστον μία νύχτα στα νοσοκομεία, που συμμετείχαν στην έρευνα, κατά τη χρονική περίοδο Μάιος-Ιούνιος 2001. Αναλυτικά, τυχαίο δείγμα ασθενών, που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας των νοσοκομείων, έλαβαν ταχυδρομικώς ερωτηματολόγια με 27

ερωτήσεις σχετικά με τη νοσοκομειακή φροντίδα από υπηρεσίες πριν την εισαγωγή έως τις υπηρεσίες διακανονισμού μετά το εξιτήριο. Συνολικά 23.644 ερωτηματολόγια ταχυδρομήθηκαν και επιστράφηκαν 10.414 συμπληρωμένα ερωτηματολόγια. Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από την παραμονή τους και βαθμολογούν υψηλά τις γενικές πληροφορίες που τους δόθηκαν, ενώ πιο αδύναμη είναι η πληροφόρηση κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο, όπως εξηγήσεις των παρενεργειών των φαρμάκων και τη φροντίδα που κανονίζεται για μετά το εξιτήριο. Επίσης, λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ασθενείς με την εξήγηση των διαδικαστικών του νοσοκομείου, τη ξεκούραση στα νοσοκομεία, τα γεύματα και φύλαξη της ιδιωτικής ζωής. Παράλληλα, ορισμένες πλευρές της νοσοκομειακής φροντίδας παρουσιάζουν υψηλή απόδοση, όπως οι αντιλήψεις για τη στάση του προσωπικού πριν την εισαγωγή και μετά την εισαγωγή, την εξυπηρετικότητα του προσωπικού και την καθαριότητα των δωματίων νοσηλείας (Australian Institute of Health and Welfare, Public Report: Report on Government Services, 2004).

Στη συνέχεια το 2004 η ομάδα του Gasquet επικεντρώθηκε στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών του νοσοκομείου, από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σε διάφορα τμήματά του. Η έρευνα διεξήχθη σε 3 νοσοκομεία στο Παρίσι, τα δεδομένα προήλθαν από 7 τομείς της ιατρικής (παθολογία, ρευματολογία, καρδιολογία, δερματολογία, λοιμωδών νόσων και ογκολογία) και από 3 χειρουργικά τμήματα εξωτερικών ιατρείων (ουρολογικό, ορθοπεδικό και γυναικολογικό). Αναλυτικά, το τελικό δείγμα που συμμετείχε στην έρευνα ήταν 1007 ασθενείς, με το μεγαλύτερο πλήθος ερωτήσεων να σχετίζεται με κατά το πόσο οι ασθενείς ήταν ικανοποιημένοι, καθώς και την πρόθεσή τους να επισκεφθούν ξανά το συγκεκριμένο τμήμα του ίδιου νοσοκομείου. Τα αποτελέσματα αναφέρουν σημαντικές διαφορές στην ποιότητα των υπηρεσιών μεταξύ των διαφορετικών τμημάτων, καθώς σημειώνονται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, των ηλικιωμένων ασθενών ανεξάρτητα από το τμήμα στο οποίο νοσηλεύτηκαν (Gasquet et al., 2004).

Σημαντική προσέγγιση της ικανοποίησης των ασθενών, αποτέλεσε αυτή της ομάδας του Otani το 2005, οι οποίοι ασχολήθηκαν με την ικανοποίηση από τις πρακτικές της πρωτοβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδιανάπολη, στις Η.Π.Α.. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν 8.465 ασθενείς των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η έρευνα διήρκεσε 5 έτη. Συγκεκριμένα, από την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι τα χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης είναι αυτά που επηρέασαν τη

διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Η παρατήρηση αυτή έρχεται σε αντίθεση με το αρχικό συμπέρασμα που είχε οδηγηθεί η ίδια ομάδα ερευνητών, όταν αντικείμενο μελέτης ήταν ασθενείς, οι οποίοι είχαν λάβει εξιτήριο από τα νοσηλευτικά ιδρύματα, κατά την οποία η νοσηλευτική περίθαλψη ήταν ο βασικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών (Otani et al., 2005).

Επιπλέον, αντίστοιχες έρευνες πραγματοποιήθηκαν στα δημόσια νοσοκομεία του Queensland, εκ μέρους του Οργανισμού Υγείας για το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2008 και Απρίλιος 2009, με τηλεφωνική συνέντευξη μέσω υπολογιστή (Computer Assisted Telephone Interviewing-CATI). Στην έρευνα πραγματοποιήθηκαν 6.201 συνεντεύξεις, με συνολικό ποσοστό ανταπόκρισης της τάξεως του 86,4%. Τα νοσοκομεία, που συμμετείχαν στην έρευνα, χωρίστηκαν σε τρεις ομάδες, με παρόμοιες παροχές υπηρεσιών, ώστε να καταστεί δυνατή και έγκυρη η σύγκριση μεταξύ τους. Αναλυτικά, προέκυψε ότι οι ασθενείς ήταν, είτε πολύ ικανοποιημένοι ή αρκετά ικανοποιημένοι, με όλες τις διαστάσεις της παραμονής τους στο νοσοκομείο σε ποσοστό 95%, έτσι βαθμολογούσαν συγκεκριμένους τομείς της φροντίδας θετικά. Συγκεκριμένα, οι γενικές πληροφορίες (στάση του προσωπικού πριν την εισαγωγή και κατά την εισαγωγή του ασθενούς), εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, ενώ η ενημέρωση μετά το εξιτήριο (εξηγήσεις των παρενεργειών των φαρμάκων, τα γεύματα και η φύλαξη της ιδιωτικής ζωής) είναι περιορισμένη (Queensland Government: Surgical Patient Satisfaction Survey 2008 -09, 2009).

Επιπρόσθετα, οι Rahmqvist και Bara το 2007 παρουσίασαν μία μελέτη με αντικείμενο την ικανοποίηση των ασθενών εξωτερικών ιατρείων σε ιατρικά κέντρα της επαρχίας Ostergotland της Σουηδίας. Το πλήθος του δείγματος ήταν 7.245 ασθενείς άνω των 20 ετών. Αναλυτικά, παρατηρήθηκε ότι οι νεότεροι ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι, συγκριτικά με τους μεγαλύτερους ηλικιακά. Παράλληλα, σημειώθηκε ότι ασθενείς σε καλή κατάσταση υγείας και με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης, εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι, συγκριτικά με άτομα υψηλότερου επιπέδου μόρφωσης και με κακή κατάσταση υγείας. Παράλληλα, οι ομάδα που διεξήγαγε την έρευνα οδηγήθηκαν στο συμπέρασμα ότι η αναμονή των ασθενών μέσα ή έξω από το ιατρείο, χωρίς ενημέρωση, λειτουργεί αρνητικά στην επίτευξη μεγάλου βαθμού ικανοποίησης. Αντίθετα, η συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τη θεραπεία που θα ακολουθήσουν, επιδρά θετικά στην ικανοποίησή τους (Rahmqvist et al., 2010).

3.6 Μέτρηση της Ικανοποίησης Ασθενών με τη Χρήση Νέων Τεχνολογιών

Ένα σύνολο προϊόντων νέας τεχνολογίας, όπως smartphones, προϊόντα της τεχνολογίας PDA και tablet PCs, παρέχουν τη δυνατότητα ενσωμάτωσης ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων για τη διεξαγωγή ερευνών στο χώρο της υγείας. Βασικό χαρακτηριστικό αυτών των προϊόντων είναι η φορητότητα, ευελιξία και προσαρμοστικότητα. Αναλυτικά, οι συσκευές, smartphones, PDAs και tablet PCs, παρέχουν τη δυνατότητα να μεταφέρονται από κρεβάτι σε κρεβάτι, από δωμάτιο σε δωμάτιο, από ασθενή σε ασθενή και από χέρι σε χέρι, ενώ οι οθόνες αφής, που συνδυάζονται ακόμη και με ειδική πένα, σε περίπτωση αδυναμίας χρήσης της οθόνης ή με ειδικά ενσωματωμένο στην οθόνη ή μη, πληκτρολόγιο, παρέχουν ευχρηστία, κυρίως για άτομα που δεν είναι εξοικειωμένα με την τεχνολογία, καθώς και μία πληθώρα εφαρμογών, που μπορούν να προσαρμοστούν στις ανάγκες του κάθε χρήστη.

Έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί με σκοπό τη διερεύνηση διαφορών μεταξύ των απαντήσεων που δίνουν οι ασθενείς σε έντυπα ερωτηματολόγια και σε αντίστοιχα ηλεκτρονικά. Συγκεκριμένα, έρευνα της ομάδας του Richter (Richter et al., 2008), επιχείρησε τη σύγκριση της έντυπης αξιολόγησης των ασθενών σε σχέση με την καθημερινή παροχή φροντίδας υγείας με την διενέργεια αξιολόγησης μέσω tablet PC. Στην έρευνα χρησιμοποιήθηκαν συγκεκριμένα ερευνητικά εργαλεία-ερωτηματολόγια (FFbH/HAQ, BASDAI, SF-36) που συμπληρώθηκαν από 153 ασθενείς με ρευματοειδή αρθρίτιδα, συστηματικό ερυθματώδη λύκο και σπονδυλοαρθρίτιδα του τμήματος Ενδοκρινολογίας του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου του Duesseldorf της Γερμανίας το 2008, τόσο σε έντυπη μορφή όσο και σε ηλεκτρονική. Στη δεύτερη περίπτωση, οι συσκευές προσαρμόστηκαν στις ανάγκες των ασθενών ώστε να μπορούν να τις χρησιμοποιήσουν, ενώ στο τελικό αποτέλεσμα ελήφθη υπόψη και η αδυναμία αυτή. Από τα αποτελέσματα της έρευνας προκύπτει ότι σημειώθηκε διαφορά μεταξύ των απαντήσεων που δόθηκαν στα ερωτηματολόγια σε έντυπη μορφή και τα ηλεκτρονικά. Αξιοσημείωτο είναι ότι ασθενείς, που έπασχαν από δυσαρθρίες, μόλις 7 από τους 153 παρουσίασαν δυσκολία στη χρήση του tablet.

Παράλληλα, αντίστοιχη έρευνα της ομάδας του Bushnell (Bushnell et al., 2003), της Health Research Associates που εδρεύει στο Seattle των Ηνωμένων Πολιτειών, είχε

ως αντικείμενο μελέτης τη διαφορά χρήσης έντυπων και ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων από ασθενείς με άσθμα. Τα ευρήματα της έρευνας υποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει αλλοίωση των απαντήσεων με τη χρήση ηλεκτρονικών εργαλείων ενώ 69% των ενηλίκων ασθενών, 77% των παιδιών και 73% των επαγγελματιών υγείας δήλωσαν πως προτιμούν την ηλεκτρονική μορφή του ερωτηματολογίου.

Ωστόσο, με έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην κλινική Duke Breast (North Carolina), η εικόνα διαφοροποιείται, καθώς στο ερωτηματολόγιο εντάσσονται ευαίσθητες πληροφορίες ή ζητούνται ευθείες κρίσεις. Αναλυτικά, η έρευνα της ομάδας του Dup-ton (Dup-ton et al., 2009) εξέτασε την ύπαρξη διαφοράς στις απαντήσεις στα έντυπα και τα ηλεκτρονικά (μέσω notebook) ερωτηματολόγια που κλήθηκαν να συμπληρώσουν 56 ασθενείς με καρκίνο στο μαστό, όπου παρατηρήθηκε ότι ευαίσθητα σημεία και αρνητικές κρίσεις διατυπώθηκαν περισσότερο στο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, συγκριτικά με το έντυπο, λόγω της ασφάλειας που αισθάνθηκαν οι ασθενείς να απαντήσουν μέσω του ηλεκτρονικού συστήματος.

Τα αποτελέσματα των μελετών είναι ιδιαίτερος ενθαρρυντικά για την χρήση των νέων τεχνολογιών στη διεξαγωγή ερευνών για την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθότι παρέχουν αμεσότητα και ακρίβεια στις απαντήσεις.

3.6.1 Συσκευές και Λογισμικά για Ηλεκτρονικές Έρευνες Ικανοποίησης Ασθενών

Ένα σύνολο λογισμικών μπορούν να χρησιμοποιηθούν για ηλεκτρονικές έρευνες ικανοποίησης ασθενών μέσω φορητών συσκευών όπως ipad, iphone, ipod touch, smartphones, ikiosk και pda, καθώς επίσης και μια σειρά αντίστοιχων συσκευών άλλων κατασκευαστών που στηρίζονται σε τεχνολογία Android. Παράλληλα, ορισμένοι πάροχοι λογισμικών προτείνουν τις δικές τους συσκευές για βέλτιστη ποιότητα της έρευνας.

- **Grapevine Surveys** (<http://www.grapevinesurveys.com>)

Το Grapevine είναι ένα online εργαλείο μέτρησης για έρευνες μέσω Web ή μέσω e-mail. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, η εταιρεία παρέχει ερωτηματολόγια για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, την αποτύπωση της άποψης του κοινού για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και έρευνα αναφορικά με την πρακτική

άσκηση των ιατρών. Τα ερωτηματολόγια της Grapevine περιέχουν ερωτήσεις ανοικτού και κλειστού τύπου, καθώς και ερωτήσεις που απαιτούν απάντηση ναι ή όχι, αλλά και πολλαπλής επιλογής. Στο προσαρμοσμένο ερωτηματολόγιο δίνεται η δυνατότητα επιλογής γραφικών, φόντου, αριθμού ερωτήσεων ανά σελίδα, καθώς και ενσωμάτωσης εικόνων και άλλων αρχείων ανάμεσα στις ερωτήσεις. Η κατασκευή του ερωτηματολογίου γίνεται μέσω της online πλατφόρμας της εταιρείας με τη βοήθεια 240 προτύπων. Η διανομή της πραγματοποιείται μέσω Web, e-mail, PDA και Blackberry κινητού, είτε εκτύπωσης σε μορφή .pdf αρχείου. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων γίνεται αυτόματα μέσω του προγράμματος στατιστικής επεξεργασίας SPSS ή του λογιστικού πακέτου Excel. Τα αποτελέσματα μπορούν να ομαδοποιηθούν βάσει προκαθορισμένων κριτηρίων ενώ αποδίδονται μεμονωμένα ή συνολικά με γραφικά 3D. Παρέχεται προαιρετικά η δυνατότητα συλλογής των στοιχείων των χρηστών και ο χρόνος που χρειάστηκαν για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Για τους διαχειριστές δίνονται Password και Login ID ατομικό ή ομαδικό. Η έρευνα που παρέχεται σε πολλές γλώσσες (με δυνατότητα μετάφρασης ερωτήσεων σε περισσότερες από μία γλώσσες) μπορεί να δοκιμαστεί πιλοτικά πριν εφαρμοστεί (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

- **SoGoSurvey** (<http://www.sogosurvey.com>)

Το SoGoSurvey προτείνει για νοσοκομεία, ιατρούς και οδοντιατρεία τη χρήση κινητών τηλεφώνων για τη διενέργεια των ερευνών. Στα νοσοκομεία, οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών μπορούν να γίνουν μέσω tablets και ασύρματων συσκευών, διότι επιτυγχάνεται η άμεση απάντηση των ασθενών ακόμη και από το κρεβάτι. Ταυτόχρονα, οι ιατροί μπορούν να εισάγουν τα στοιχεία των νέων ασθενών, τη γνώμη τους για τις παροχές υγείας μέσω ipads και tablets. Οι διαχειριστές μπορούν να επιλέξουν τον τύπο και τον αριθμό των ερωτήσεων και το φόντο. Το ευέλικτο λογισμικό της εταιρείας εξασφαλίζει μεγάλα ποσοστά ανταπόκρισης, ενώ παράλληλα δίδεται η δυνατότητα διεξαγωγής της έρευνας μέσω e-mail, μηνυμάτων κειμένου, Twitter, Facebook ή μέσω Web. Επίσης, διαθέτει έξυπνο μηχανισμό αποκλεισμού των διπλών συμπληρώσεων του ίδιου ερωτηματολογίου. Η πρόσβαση στην έρευνα μπορεί να επιτευχθεί μέσω οποιουδήποτε ηλεκτρονικού υπολογιστή ή φορητής συσκευής όπως τα iPhone, τα Android και τα iPad. Το συγκεκριμένο λογισμικό επιτρέπει την άμεση συλλογή δεδομένων ενώ πραγματοποιεί άμεση στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων και οπτική απεικόνισή τους με τη βοήθεια

γραφημάτων, διαγραμμάτων και πινάκων. Επιπλέον, παρέχει τη δυνατότητα ομαδοποίησης αποτελεσμάτων ανά κατηγορία ερωτήσεων. Τα αποτελέσματα πάντως μπορούν να εξαχθούν σε Excel, CSV, XML, HTML, SPSS, Word και MS Access ώστε να χρησιμοποιηθούν και εκτός της πλατφόρμας της εταιρείας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

- **WebSurveyCreator** (<http://www.websurveycreator.com>)

Η εταιρία WebSurveyCreator στο χώρο των μονάδων υγείας παρέχει ειδικό λογισμικό για την αποτύπωση της εμπειρίας των ασθενών κατά την επίσκεψή τους στη μονάδα υγείας, αναφορικά με την επικοινωνία τους με το ιατρό-νοσηλευτικό προσωπικό και την εμπειρία τους στα εργαστήρια. Το λογισμικό εφαρμόζεται και διανέμεται μέσω Web, iPhone, iPad, tablets, android και blackberry συσκευών ενώ διατίθενται 60 πρότυπα για τη δημιουργία του καλύτερου πλαισίου του ερωτηματολογίου. Η εφαρμογή υποστηρίζει πάρα πολλές γλώσσες ενώ δίνει τη δυνατότητα άμεσης εξαγωγής των αποτελεσμάτων μέσω Web, Word ή Excel.

Το λογισμικό τρέχει με την ίδια άνεση και προσφέροντας την ίδια ποιότητα εικόνας τόσο σε υπολογιστή όσο σε tablet ή σε κινητά τηλέφωνα. Η μόνη διαφορά στην διεξαγωγή της έρευνας μεταξύ tablet, smartphone και υπολογιστή είναι η μέθοδος εισαγωγής δεδομένων και η διαφοροποίηση στην κίνηση της οθόνης.

Αρχικά, ζητείται από το χρήστη να δηλώσει τον τύπο της συσκευής μέσω της οποίας θα συμπληρώσει το ερωτηματολόγιο, ώστε να γίνει αυτόματη μορφοποίηση των σελίδων και ρύθμιση των εικόνων, του μεγέθους και της απόδοσης.

Πέρα από τις κατανοητές ερωτήσεις που απαιτούν εύκολες απαντήσεις, το λογισμικό έχει τη δυνατότητα ενσωμάτωσης βίντεο και ήχου όπως και ερωτήσεων τύπου drag 'n' drop (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

- **Avius Insight** (<http://www.aviusinsight.com>)

Η εταιρία στο χώρο της υγείας παρέχει λογισμικό που καλύπτει έρευνες ικανοποίησης ασθενών ιδανικές για χρήση σε νοσοκομεία, χειρουργεία και άλλες μονάδες υγείας, προσφέροντας στους ασθενείς τη δυνατότητα να δίνουν ειλικρινή εικόνα για την εμπειρία τους κατά την επίσκεψη τους σε αυτές. Παρέχονται έρευνες προσαρμοσμένες σε kiosks με οθόνη αφής, με iPad ή σε iPad, όλες με δυνατότητα άμεσης οπτικής απεικόνισης και ανάλυσης των αποτελεσμάτων.

- Kiosk με οθόνη αφής: Ιδανικό για χρήση στην αίθουσα αναμονής χειρουργείων ή στις εξόδους των μονάδων υγείας. Είναι συνδεδεμένα, έτοιμα προς χρήση 24 ώρες το 24ωρο ενώ υποστηρίζονται και από πρόσθετο πρόγραμμα χαρτών των εγκαταστάσεων.
- iPad ερευνητικά συστήματα: Ιδανικά για λήψη απαντήσεων από τις πτέρυγες, τους θαλάμους, τα κρεβάτια, εκεί όπου τα kiosks δεν μπορούν να τοποθετηθούν. Προσαρμοσμένα στην κάθε μονάδα, εμπλουτισμένα με γραφικά, εικόνες και πληροφορίες, κατάλληλα για να παρακινούν τους ασθενείς να αποδίδουν πραγματική εικόνα του βαθμού ικανοποίησής τους (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).
- **Zwoor** (<http://www.zwoor.com>)

Η εταιρία που δραστηριοποιείται στον τομέα της υγείας, παρέχει πλατφόρμα μέσω του Διαδικτύου για την κατασκευή ερευνών, όπως τη διερεύνηση του βαθμού των ασθενών, οι οποίες μπορούν να λειτουργήσουν online αλλά και offline. Οι ερωτήσεις που ποικίλλουν σε μορφή και τύπο, είναι προσαρμοσμένες στις ιδιαιτερότητες της οθόνης αφής των συσκευών για τις οποίες προορίζονται. Η συλλογή των δεδομένων μπορεί να γίνει μέσω iPad kiosk στην είσοδο και τις αίθουσες αναμονής ή μέσω ατομικών συσκευών (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

- **Digivey** (<http://www.digivey.com>)

Η εταιρία προσφέρει λογισμικό κατασκευασμένο από την CREOSO. Το λογισμικό είναι κατανοητό, εύχρηστο και ευπροσάρμοστο σε κάθε είδους επιχειρήσεις. Συγκεκριμένα, στο χώρο της υγείας υποστηρίζονται:

- Έρευνα ικανοποίησης ασθενών (είσοδος, έξοδος, παραμονή, αποτίμηση, σχετιζόμενη με ειδικούς, προσωπικό, ασθενείς ειδικών ομάδων)
- Έρευνα ικανοποίησης εργαζομένων, απολύτως ανώνυμη αν ζητηθεί

Η πολλαπλής μορφής δυνατότητα συλλογής δεδομένων που προσφέρει, επιτυγχάνει σύνδεση των στοιχείων που συλλέγονται offline και μεταφορά για ανάλυσή τους σε online σύστημα (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ). Η συλλογή γίνεται μέσω:

- Φορητών συσκευών (Windows O/S)
- Tablets (Android platform)
- Kiosk με οθόνες αφής (Windows O/S)

- Σταθμοί με οθόνη αφής (Windows O/S)
- Online.
- **Fluid surveys** (<http://fluidsurveys.com>)

Στον τομέα της υγείας, επιτρέπει τη διεξαγωγή ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών και μελετών περίπτωσης. Δεν απαιτεί καμιά απολύτως τεχνογνωσία, δίνει τη δυνατότητα παράλληλης χρήσης offline και online συστήματος ενώ υποστηρίζει 64 γλώσσες και προσφέρει άμεση ανάλυση των αποτελεσμάτων και εξαγωγή τους σε Excel, Word, PDF, SPSS, και PowerPoint (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

- **SnapSurveys** (<http://www.snapsurveys.com>)

Η εταιρία στον τομέα της υγείας υποστηρίζει έρευνες για την εμπειρία των ασθενών και τον κλινικό έλεγχο (40% των δημοσίων μονάδων υγείας στη Βρετανία) μέσω ενός ευέλικτου και χαμηλού κόστους προϊόντος και συσκευές όπως τα kiosks, τα iPhones, τα pda mobiles, τα smartphones και τα tablet pcs με λογισμικό Windows O/S, Android O/S ή Apple iOS. Δίνεται η δυνατότητα εξαγωγής δεδομένων μέσω Excel, MS Access, SQL μέσω CRM, LMS, HR. Παρέχει μετάφραση σε πολλές γλώσσες, ενσωματώνει multimedia, μπάρες προόδου, κουμπιά με ένδειξη «επόμενο» - «προηγούμενο», έξυπνη ροή ερωτήσεων, διάφοροι τύποι ερωτήσεων. Προσφέρει δε, άμεση ανάλυση και οπτική απεικόνιση των αποτελεσμάτων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

- **Survey on the Spot** (<http://www.surveyonthespot.com>)

Αναφορικά με το χώρο της υγείας, προσφέρονται λογισμικά έρευνας ικανοποίησης ασθενών και εργαζομένων με η συνοδεία κάρτας βαθμολόγησης μέσω ipad ή ikiosk. Η άμεση οπτική απεικόνιση των αποτελεσμάτων επιτρέπει την εξέταση μεμονωμένων απαντήσεων και συνολικών αποτιμήσεων σε πραγματικό χρόνο. Εξαγωγή αυτών μπορεί να γίνει μέσω Excel, CSV και PDF. Επιπλέον, υποστηρίζεται η εσωτερική αξιολόγηση των εργαλείων της έρευνας (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).

- **Opinionmeter** (<http://www.opinionmeter.com>)

Στον τομέα της υγείας, επιτρέπει στις μονάδες υγείας να συλλέγουν σε πραγματικό χρόνο πληροφορίες για την ικανοποίηση των ασθενών μέσα από μια ειδικά διαμορφωμένη πλατφόρμα αμεσότερα και περισσότερο αποτελεσματικά. Ο σχεδιασμός των ερωτηματολογίων γίνεται με βάση τις ανάγκες και τις προτιμήσεις κάθε μονάδας ανάλογα με τον τομέα που θέλει να ερευνήσει ή να ελέγξει

περισσότερο ή τα δεδομένα που θέλει να συλλέξει. Αυτοματοποιημένα εργαλεία αναφοράς τροφοδοτούν διαρκώς το προσωπικό των μονάδων με πληροφορίες για το πώς να βελτιώσουν την ικανοποίηση των ασθενών ενώ, οι πίνακες με τις τάσεις σε συνδυασμό με την ειδοποίηση για το χαμηλό σκορ κάποιου τομέα επιτρέπουν τη συνεχή παρακολούθηση του βαθμού ικανοποίησης στην πάροδο του χρόνου. Υποστηρίζει μια σειρά συσκευών (iPhone, iPads, PDAs, Tablets, FreeStanding Kiosks) που διαθέτουν ως λειτουργικά προγράμματα τα Windows O/S, Apple iOS και Android πέραν των κλασσικών μεθόδων των έντυπων ερωτηματολογίων και των τηλεφωνικών συνεντεύξεων (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ).



4. ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΚΗΣ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στην Ελλάδα, η είσοδος τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών (ΤΠΕ) στον τομέα της υγείας, ακολούθησε την αντίστοιχη αργοπορημένη εξέλιξη της Πληροφορικής. Ωστόσο, δειλά βήματα έχουν, ήδη, γίνει και έχει καταστεί σαφές, από όλους τους εμπλεκόμενους φορείς, η ανάγκη εισαγωγής τεχνολογιών πληροφορικής που σχετίζονται, τόσο με την ιατρική περίθαλψη, όσο και με τα άλλα πεδία που άπτεται ο κλάδος της Ιατρικής Πληροφορικής.

4.1 Ηλεκτρονική Υγεία

Η Ευρωπαϊκή Επιτροπή (<http://ec.europa.eu/>) ορίζει ότι ο όρος «*Ηλεκτρονική Υγεία*» (*eHealth*) καλύπτει ένα ευρύ φάσμα εργαλείων βασισμένων στις τεχνολογίες πληροφοριών και επικοινωνιών, που στοχεύουν στην καλύτερη πρόληψη, διάγνωση, θεραπεία, παρακολούθηση και διαχείριση της υγείας και του τρόπου ζωής.

Οι στόχοι της Ηλεκτρονικής Υγείας συνοψίζονται ως εξής (Wickramasinghe et al., 2005):

- **Αποδοτικότητα (Efficiency):** Μία από τις υποσχέσεις της ηλεκτρονικής υγείας, είναι η αύξηση της αποδοτικότητας της ιατρικής περίθαλψης, με ταυτόχρονη μείωση του κόστους, λόγω της αποφυγής διπλών ή μη απαραίτητων διαγνωστικών ή θεραπευτικών διαδικασιών, εφόσον θα υπάρχει καλύτερη επικοινωνία ανάμεσα στους φορείς υγείας και τον πολίτη-ασθενή.
- **Ποιότητα Περίθαλψης (Quality of care):** Απόρροια της αύξησης της αποδοτικότητας αποτελεί και η βελτίωση της ποιότητας. Συγκεκριμένα, η ηλεκτρονική υγεία μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης επιτρέποντας, για παράδειγμα, συγκρίσεις ανάμεσα στους παροχείς υγείας, καθώς και καλύτερη πληροφόρηση του ασθενούς.
- **Επιστημονική Τεκμηρίωση (Evidence based):** Οι ενέργειες της ηλεκτρονικής υγείας οφείλουν να τεκμηριώνονται, με την έννοια ότι η αποδοτικότητά και αποτελεσματικότητά τους πρέπει να αποδεικνύεται με αυστηρά επιστημονικές μεθόδους. Συγκεκριμένα, βάσεις δεδομένων, προσβάσιμες μέσω του διαδικτύου, μπορούν να διευκολύνουν την έγκαιρη πρόσβαση σε στοιχεία απαραίτητα για την υποστήριξη της διάγνωσης ή θεραπείας.

- **Ενδυνάμωση Πολιτών και Ασθενών (*Empowerment of consumers and patients*):** Οι βάσεις δεδομένων υγείας και ο προσωπικός ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος, είναι στοιχεία τα οποία καθίστανται προσβάσιμα από το διαδίκτυο. Συνεπώς, με την ηλεκτρονική υγεία προσανατολιζόμαστε κυρίως σε ανθρωποκεντρικά συστήματα υγείας, όπου διευκολύνεται ο ασθενής στις επιλογές του.
- **Ενίσχυση της Αλληλεπίδρασης (*Strengthen interaction*):** Συγκεκριμένα, ενθαρρύνεται η ανάπτυξη νέας σχέσης ανάμεσα στον ασθενή και τον επαγγελματία υγείας, προς μια συνεργασία, στην οποία οι αποφάσεις θα λαμβάνονται με κοινό τρόπο.
- **Συνεχής Εκπαίδευση (*Education*):** Επιτρέπεται η εκπαίδευση των ιατρών και του παραϊατρικού προσωπικού από απ' ευθείας σύνδεσης (online) πηγές, ώστε να υπάρχει συνεχής ιατρική εκπαίδευση, αλλά και των πολιτών, με παροχή ιατρικών πληροφοριών πρόληψης, καθώς και με ενημέρωση για τις πιο πρόσφατες εφαρμογές στην υγεία.
- **Διευκόλυνση της Ανταλλαγής Πληροφορίας (*Facilitate Information Exchange*):** Αναβαθμίζονται τα μέσα διακίνησης της ιατρικής πληροφορίας και κατ' επέκταση της επικοινωνίας, με έναν προτυποποιημένο τρόπο ανάμεσα στους διάφορους φορείς υγείας. Το γεγονός αυτό προάγει τη διαλειτουργικότητα. Ως εκ τούτου, δίδεται η δυνατότητα προσπέλασης και ελέγχου σε δεδομένα όλων των συστημάτων, με ταυτόχρονη ύπαρξη ενός ενιαίου σημείου διαχείρισης και διοίκησης.
- **Επέκταση της Εμβέλειας της Ιατρικής Περίθαλψης (*Widening the scope of healthcare*):** Με την ηλεκτρονική υγεία η παροχή υπηρεσιών μεταφέρεται πέρα από τα συμβατικά όρια, τόσο με τη γεωγραφική, όσο και με τη μεταφορική της έννοια. Οι πολίτες-ασθενείς έχουν τη δυνατότητα να χρησιμοποιούν online ιατρικές υπηρεσίες, οι οποίες μπορεί να είναι απλά συμβουλευτικές ή και πιο ουσιαστικές, όπως για παράδειγμα η προμήθεια φαρμακευτικών προϊόντων.
- **Ασφάλεια-Ηθική (*Ethics*):** Η ηλεκτρονική υγεία περιλαμβάνει νέες μορφές αλληλεπίδρασης και επικοινωνίας ασθενούς-ιατρού, που εμπεριέχει νέες προκλήσεις σε θέματα ασφάλειας, όπως για παράδειγμα, το ιατρικό απόρρητο.
- **Ισότητα (*Equity*):** Η ενίσχυση της ισότητας στην παροχή υπηρεσιών ιατρικής περίθαλψης είναι μια από τις υποσχέσεις της ηλεκτρονικής υγείας.

Αναμφίβολα, η αξιοποίηση των τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών στην υγεία πρέπει να αποτελεί προτεραιότητα κάθε Υγειονομικού Συστήματος Υγείας. Συγκεκριμένα, με βάση τα στοιχεία που αναφέρονται στο τελικό παραδοτέο της ομάδας Z3 του ebusinessforum (<http://www.ebusinessforum.gr>), το όραμα για την αξιοποίηση της τεχνολογίας στον τομέα της υγείας του 21ου αιώνα περιλαμβάνει ένα ανθρωποκεντρικό σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας, με επίκεντρο τον πολίτη-ασθενή. Σε ένα τέτοιο σύστημα, η περίθαλψη βασίζεται στη συνεχή ιατρική παρακολούθηση και προσαρμόζεται σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς. Συνεπώς, έχουν αναπτυχθεί συστήματα και υπηρεσίες Ηλεκτρονικής Υγείας, που μπορούν να αποφέρουν σημαντικές βελτιώσεις στην πρόσβαση, στην περίθαλψη, στην ποιότητα της φροντίδας και στην αποδοτικότητα και παραγωγικότητα του τομέα της Υγείας.

4.1.1 Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2006) δίνει ένα προτεινόμενο ορισμό για τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο ο οποίος αναφέρει ότι: “Θα περιέχει όλες τις προσωπικές πληροφορίες υγείας ενός ασθενούς, από την πρώτη ιατρική του περίθαλψη. Οι πληροφορίες εισάγονται ηλεκτρονικά από τους παροχείς υπηρεσιών υγείας στο σημείο της περίθαλψής του, είναι εύκολα διαθέσιμες και θα προσεγγίζονται από όλους τους παροχείς υπηρεσιών υγείας που ανταποκρίνονται στον ασθενή”.

Ο Ηλεκτρονικός Ιατρικός Φάκελος (ΗΙΦ) ή Ηλεκτρονικός Φάκελος Ασθενούς (ΗΦΑ) ή Ηλεκτρονικός Φάκελος Υγείας (ΗΦΥ) σύμφωνα με την Ευρωπαϊκή Επιτροπή Προτυποποίησης (κείμενο CEN/TC25/WG1/N8), είναι η “αποθήκη” όλων των πληροφοριών που αφορούν το ιατρικό ιστορικό του ασθενούς. Αποτελεί επομένως τη βάση της διάγνωσης και θεραπευτικής αντιμετώπισης του ασθενούς, αλλά και των επιδημιολογικών ερευνών. Επιπλέον, παρέχει πληροφορίες διοικητικής, οικονομικής και στατιστικής φύσεως, καθώς και ποιοτικού ελέγχου.

Επιπρόσθετα, βάσει του ορισμού που προκύπτει από το Institute of Medicine (2003), ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος αποτελεί ένα σύστημα σχεδιασμένο να υποστηρίζει τις εξής διαδικασίες:

- **Πληροφορίες και Δεδομένα Υγείας (Health Information and Data):** Άμεση πρόσβαση σε βασικές πληροφορίες που θα μπορούσαν να βελτιώσουν την ικανότητα των ιατρών να λαμβάνουν αποφάσεις εγκαίρως. Τα δεδομένα αυτά περιλαμβάνουν διαγνώσεις, αλλεργίες και αποτελέσματα εργαστηριακών εξετάσεων των ασθενών.
- **Διαχείριση Αποτελεσμάτων (Results Management):** Γρήγορη πρόσβαση σε νέα και παλαιότερα ιατρικά αποτελέσματα από όλους τους ιατρούς, που εμπλέκονται στη θεραπεία ενός ασθενούς.
- **Διαχείριση Παραγγελίας (Order Management):** Μηχανογραφημένη είσοδο και αποθήκευση δεδομένων, αναφορικά με φάρμακα, εξετάσεις και άλλες υπηρεσίες.
- **Απόφαση Υποστήριξης (Decision Support):** Ηλεκτρονικές ειδοποιήσεις και υπενθυμίσεις, που βελτιώνουν τη συμμόρφωση των ασθενών με βέλτιστες πρακτικές, εξασφαλίζουν τακτική επίβλεψη και άλλες προληπτικές διαδικασίες, που εντοπίζουν τις πιθανές αλληλεπιδράσεις με άλλα φάρμακα και διευκολύνουν τις διαγνώσεις και θεραπείες.
- **Ηλεκτρονική Επικοινωνία και Συνδεσιμότητα (Electronic Communication and Connectivity):** Ασφαλή και εύκολα προσβάσιμη επικοινωνία μεταξύ των ιατρών και ασθενών.
- **Υποστήριξη Ασθενών (Patient Support):** Εργαλεία προσφέρουν στους ασθενείς πρόσβαση στους ιατρικούς τους φακέλους, διαδραστική εκπαίδευση, καθώς και την ικανότητα για παρακολούθηση και αυτοέλεγχο στο σπίτι.
- **Διοικητικές Διαδικασίες (Administrative Processes):** Εργαλεία, όπως συστήματα προγραμματισμού, που βελτιώνουν την αποτελεσματικότητα των διοικητικών διαδικασιών και την εξυπηρέτηση των ασθενών.
- **Αναφορές (Reporting):** Η ηλεκτρονική αποθήκευση των δεδομένων χρησιμοποιεί μία ενιαία προτυποποίηση δεδομένων, ώστε να ωθήσει τα ιατρεία και τους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης να συμμορφωθούν με τις κρατικές και ιδιωτικές απαιτήσεις για υποβολή αναφορών σε εύθετο χρόνο.

Συνεπώς, με τη χρήση του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, πραγματοποιείται ανταλλαγή των ιατρικών αρχείων μεταξύ των φορέων σε όλο τον επιστημονικό κλάδο και τους οργανισμούς υγείας, σε όλα τα γεωγραφικά πλάτη. Ταυτόχρονα, περιλαμβάνει, τόσο δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, όσο και στοιχεία που

αφορούν την επισκεψιμότητά του και τα επεισόδια, που έχουν παρουσιαστεί κατά τη διάρκεια αυτών. Καταγράφονται, επίσης, ιατρικά στοιχεία σύμφωνα με την ιστορικότητα αυτών, στοιχεία αναφορικά με την ύπαρξη αλλεργιών και λήψης φαρμάκων. Παράλληλα, εμπεριέχει τις σημειώσεις για την παρούσα κατάσταση του ασθενούς, κλινικές σημειώσεις και διάγνωση, που προκύπτει από τον εκάστοτε επαγγελματία υγείας.

Η σημαντικότητα του ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου έγκειται στο ότι τα στοιχεία αποθηκεύονται με ασφάλεια, σε μία βάση δεδομένων, γεγονός που τα καθιστά προσβάσιμα ανά πάσα στιγμή από τους ασθενείς και επαγγελματίες υγείας. Επίσης, η διαφορετικότητα των επαγγελματιών υγείας έχει επιβάλει την παραμετροποίηση αυτού, στις εκάστοτε ανάγκες.

Τα συστήματα και οι υπηρεσίες ηλεκτρονικού ιατρικού φακέλου, μπορούν να αποκομίσουν οφέλη σε τομείς (Deewan et al, 2006), όπως:

- **Ποιότητα της φροντίδας:** Δίνοντας στους παρόχους φροντίδας υγείας ακριβείς και αναλυτικές πληροφορίες σχετικά με τους ασθενείς στο σημείο της περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης πρόσβαση στις ιατρικές πρακτικές, καθοδήγηση και προγράμματα περίθαλψης.
 - Πραγματοποιούνται περισσότερο ενημερωμένες και βελτιωμένες κλινικές αποφάσεις, μέσω της καλύτερης πρόσβασης σε πληροφορίες που αφορούν τον ασθενή.
 - Μειώνονται τα ιατρικά λάθη.
 - Βελτιώνεται η επικοινωνία μεταξύ των ιατρών.
 - Βελτιώνεται η ποιότητα των δεδομένων.
 - Παρατηρείται αποφυγή περιττής περίθαλψης.
- **Αύξηση της παραγωγικότητας των παρόχων υγείας,** μέσω της πρόσβασης όλων των σχετικών αρχείων υγείας του ασθενούς εγκαίρως.
- **Ενίσχυση της συνέχειας της φροντίδας,** παρέχοντας ενιαία κλινικά και διοικητικά δεδομένα για υποστήριξη της διαδικασίας λήψης αποφάσεων σε όλους φορείς υγείας.

- **Μείωση του συνολικού κόστους**, μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών με πιο αποτελεσματικό ηλεκτρονικό τρόπο, έναντι αναξιόπιστων τρόπων επικοινωνίας, όπως τηλέφωνο και φωτοτυπίες,
 - Ελαχιστοποίηση ή αποφυγή επιβαρυντικών εξετάσεων, σε κάποιες περιπτώσεις, οδηγώντας σε εξοικονόμηση χρόνου για τους ασθενείς και τους φορείς υγειονομικής περίθαλψης.
 - Βελτίωση της ακρίβειας τιμολόγησης και φύλαξη αρχείων.
 - Εξοικονόμηση χαρτιού και αποθηκευτικού χώρου.
- **Ενδυνάμωση ασθενών**, παρέχοντας πρόσβαση σε στοιχεία υγείας, δίδεται η δυνατότητα στους ασθενείς να λειτουργήσουν με μεγαλύτερη ευθύνη για τη διαχείριση της υγείας και υγειονομικής περίθαλψης τους.

Στην Ελλάδα ο ηλεκτρονικός ιατρικός φάκελος δεν έχει αναπτυχθεί επαρκώς, παρά τα οφέλη που παρουσιάζει η ευρεία χρήση του σε άλλες χώρες και παρά τις επιτακτικές ανάγκες ανάπτυξης και εφαρμογής του. Κατά τη διακομιδή ασθενών από το ένα νοσοκομείο στο άλλο ή κατά την εισαγωγή τους από το ένα τμήμα στο άλλο, επιβάλλεται η πλήρης, διαφανής και αποτελεσματική ροή της ιατρικής πληροφορίας, ενώ παράλληλα τα δεδομένα απαιτούν διατήρηση και συντήρηση από τους ιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό με στόχο τη βελτίωση της υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, η πρόσβαση στον ηλεκτρονικό φάκελο ασθενούς μπορεί να υποστηρίξει το σχεδιασμό κλινικών επεμβάσεων και να διευκολύνει γενικότερα την έρευνα και τη διαχείριση της δημόσιας υγείας, εφόσον ακολουθούν τα διεθνή πρότυπα, τόσο για τις κωδικοποιήσεις των νόσων, όσο και για τις απαιτούμενες διασυνδέσεις.

Η εφαρμογή IZIP (<http://www.izip.cz>) αποτελεί ένα σύστημα Ηλεκτρονικού Ιατρικού Φακέλου, που εξαπλώθηκε στην Τσεχία από την αρχή του 2003. Το σύστημα περιλαμβάνει τις εγγραφές, όχι μόνο, από τους ιατρούς, αλλά και άλλους εργαζομένους στον τομέα της υγείας όπως, εργαστήρια, φαρμακεία, κλινικές αποκατάστασης και νοσοκομεία. Ο γενικός συνεργάτης IZIP είναι η VZP (<http://www.vzp.cz/>), η μεγαλύτερη ασφαλιστική εταιρεία υγειονομικής περίθαλψης στην Τσεχία. Η VZP παρέχει κάλυψη υγείας στο 70% του τσεχικού πληθυσμού και το σύστημα IZIP είναι αποκλειστικό για τους ασφαλισμένους του. Η χρήση της

εφαρμογής IZIP επιφέρει όλα τα οφέλη, που μπορεί να έχει μία τέτοιου είδους εφαρμογή, τα οποία συνοψίζονται στα ακόλουθα:

- Οι πολίτες έχουν τον έλεγχο των δεδομένων του ιστορικού υγείας τους και έχουν πρόσβαση σε αυτό όταν το χρειάζονται.
- Οι ιατροί και άλλοι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης, έχουν πρόσβαση στον πλήρη ιατρικό λογαριασμό του ασθενούς, συμπεριλαμβανόμενων και των αποτελεσμάτων από εξετάσεις, πλήρη λίστα των φαρμάκων στον χρόνο και τόπο περίθαλψης. Αυτό οδηγεί σε καλύτερης ποιότητας περίθαλψη και εξοικονόμηση χρόνου.
- Οι ασφαλιστικές και το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης συνολικά επωφελούνται από το κόστος που αποφεύγεται με την αποφυγή διπλών εξετάσεων.



Εικόνα 4.1.1: Ιστοσελίδα του IZIP (<http://www.izip.cz/>)

Επιπλέον, η εφαρμογή Ykonos (<http://sescam.jccm.es/web1/home.do?main=/ciudadanos/avancesMedTecn/ykonos.html>) χρησιμοποιείται σε 11 νοσοκομεία και σε 180 πρωτεύοντα ιατρικά κέντρα της Ισπανίας για τη δημιουργία ενός μοναδικού ψηφιακού αρχείου του ιατρικού ιστορικού των ασθενών. Το Ykonos είναι μια τοπική εφαρμογή ηλεκτρονικού φακέλου υγείας που επιτρέπει την άμεση πρόσβαση σε ραδιολογικές κλινικές πληροφορίες και ιατρικές εικόνες όλων των ασθενών σε όλους τους γενικούς παθολόγους και τους ειδικούς γιατρούς, σε κάθε κέντρο υγείας στην Castilla-La Mancha, της Ισπανίας. Ο σκοπός του έργου είναι η χρήση ψηφιακών ιατρικών εικόνων και η διαθεσιμότητά τους από κάθε τοποθεσία της περιοχής. Στην αρχή του έργου μόνο οι ραδιολογικές εικόνες ήταν διαθέσιμες. Στις μέρες μας, περιλαμβάνονται και γυναικολογικές ενδοσκοπήσεις. Κάποιες άλλες ειδικότητες όπως η καρδιολογία, η δερματολογία και η παθολογία έχουν αρχίσει να περιλαμβάνονται στα διαθέσιμα στοιχεία. Στο μέλλον, θα συμπεριληφθούν και όλες οι υπόλοιπες ειδικότητες που παράγουν εικόνες. Σε κάθε νοσοκομείο έχει χορηγηθεί ένα Πληροφοριακό Σύστημα Ραδιολογίας (Radiology Information System-RIS) και

ένα Σύστημα Αρχαιοθήκης και Επικοινωνίας Εικόνων (Picture Archiving and Communication System-PACS). Το δίκτυο RIS/PACS συνδέεται μέσω ενός ευρείας περιοχής δίκτυο (Wide Area Network-WAN) που ανήκει στην Υπηρεσία Υγείας (SESCAM) της Καστίλλης. Κάθε σύστημα RIS/PACS είναι αυτόνομο σε κάθε νοσοκομείο, αλλά μπορεί να επικοινωνήσει με τα συστήματα άλλων νοσοκομείων, καθιστώντας εφικτή την αναζήτηση του συνόλου των ραδιολογικών πληροφοριών κάθε ασθενούς. Επιπρόσθετα, κάθε σύστημα RIS/PACS περιλαμβάνει έναν web server ως μηχανή αναζήτησης.



Εικόνα 4.1.2: Ιστοσελίδα του Υκonos
(<http://sescam.jccm.es/web1/home.do?main=/ciudadanos/avancesMedTecn/ykonos.html>)

4.1.2 Εφαρμογές Έξυπνων Καρτών

Η Κοινωνία της Πληροφορίας εισάγει ζητήματα ασφάλειας και προστασίας των προσωπικών δεδομένων, καθιστώντας απαραίτητη τη χρήση τεχνολογικά προηγμένων και ασφαλών εφαρμογών έξυπνων καρτών (Smart Card). Μία έξυπνη κάρτα στο χώρο της Υγείας είναι ένα φορητό μέσο, σε μέγεθος πιστωτικής κάρτας, το οποίο περιέχει αναφορές υγειονομικής περίθαλψης (Kohane et al., 1996, Fabian et al., 1996, Xiao et al., 2009). Επιπλέον, μία έξυπνη κάρτα υγείας αναφέρεται είτε ως Patient Data Card (PDC), είτε ως Health Professional Card (HPC), η οποία δεν αντικαθιστά ένα ιατρικό δίκτυο πληροφοριών, αλλά το συμπληρώνει.

Τα χαρακτηριστικά της κάρτας, όπως το μέγεθος (τυπικό μέγεθος μίας πιστωτικής κάρτας) καθορίζεται από το διεθνές πρότυπο ISO 7810 (International Standards Organisation, 1995), ενώ τα φυσικά, όπως πλαστικό υλικό κατασκευής, συμπεριλαμβανομένης της σειράς θερμοκρασίας και της ευελιξίας, τη θέση των ηλεκτρικών επαφών και την επικοινωνία του μικροτσίπ με τον εξωτερικό κόσμο

καθορίζονται από το πρότυπο ISO 7816 (International Standards Organisation, 1994-2000).

Σε συνδυασμό με τη γρήγορα εξελισσόμενη τεχνολογία έξυπνων καρτών στους διάφορους τομείς, τα Smart Cards στο χώρο της υγείας παρέχουν ένα κατάλληλο και ασφαλές μέσο αποθήκευσης και διακίνησης ιατρικών και μη πληροφοριών (Neame, 1997).

Οι έξυπνες κάρτες ανάλογα με τον τρόπο που πραγματοποιείται η εγγραφή/ανάγνωση δεδομένων προς/από αυτές διαχωρίζονται στις κάρτες με μνήμη (Memory Cards) και κάρτες με μικροεπεξεργαστή (Microprocessor Cards) (Gemplus, 2000):

- **Κάρτα με μνήμη (Memory Card):** περιορίζεται στην αποθήκευση δεδομένων και θεωρείται ένα είδος μικρής δισκέτας, με προαιρετική ασφάλεια. Τα δεδομένα μπορούν να εγγραφούν και να επανεγγραφούν, πολλές φορές, αντικαθιστώντας τα προϋπάρχοντα.
- **Κάρτα με μικροεπεξεργαστή (Microprocessor Card):** έχει μία επιπλέον λειτουργία, εμπλουτίζει, διαγράφει και διαχειρίζεται την πληροφορία που περιέχεται στη μνήμη της. Μπορεί να θεωρηθεί σαν ένας μικροσκοπικός υπολογιστής, που περιλαμβάνει θύρα εισόδου και εξόδου (input-output port), λειτουργικό σύστημα και σκληρό δίσκο με ενσωματωμένα στοιχεία ασφάλειας. Το στοιχείο που καθιστά την κάρτα αυτή «έξυπνη», είναι η ικανότητα που μας παρέχει να εφοδιάσουμε τον επεξεργαστή της με ένα πρόγραμμα, το οποίο θα υποστηρίζει τις επιθυμητές ανά περίπτωση εφαρμογές.

Παράλληλα, οι έξυπνες κάρτες εμπίπτουν και σε άλλη κατηγοριοποίηση με βάση τον τρόπο που μπορούν να διαβαστούν και να γραφτούν (CardLogic Corporation, 2010), ως εξής:

- **Οι κάρτες επαφής με τον αναγνώστη καρτών (Contact Cards),** εισάγονται σε έναν αναγνώστη έξυπνων καρτών προκειμένου να «διαβαστούν». Έχουν ένα μικρό χρυσό πιάτο διαμέτρου περίπου 0,5 inch στην πρόσθια πλευρά τους, αντί για μια μαγνητική ταινία στην οπίσθια, όπως οι πιστωτικές κάρτες. Όταν η κάρτα εισάγεται σε έναν αναγνώστη έξυπνων καρτών, εφάπτεται με ειδικούς ηλεκτρονικούς συνδέτες, οι οποίοι μεταφέρουν δεδομένα από και προς το τσιπ.
- **Οι κάρτες δίχως επαφή με τον αναγνώστη καρτών (Contactless Cards),** χρειάζεται να περάσουν κοντά από μια κεραία για να πραγματοποιήσουν μια

συναλλαγή. Οι κάρτες αυτές έχουν ομοιότητες με τις πιστωτικές κάρτες, αλλά διαθέτουν επιπρόσθετα και ένα μικροτσίπ, καθώς και μια ενσωματωμένη κεραία στο εσωτερικό τους. Αυτά τα στοιχεία επιτρέπουν στην κάρτα να επικοινωνεί με την κεραία μιας μονάδας σύζευξης, χωρίς να απαιτείται φυσική επαφή μεταξύ των δύο. Οι κάρτες αυτού του τύπου είναι χρήσιμες σε καταστάσεις όπου οι διαδράσεις πρέπει να συντελούνται πολύ γρήγορα, ενώ δεν υπάρχει χρόνος για να έρθει η κάρτα σε επαφή με τον αναγνώστη. Οι contactless cards είτε διαθέτουν αυτόνομες μπαταρίες, είτε αντλούν την απαιτούμενη ενέργεια από τα ραδιοκύματα του αναγνώστη. Φυσικά μια contactless card υπόκειται σε λιγότερους περιορισμούς σε θέματα όπως το μέγεθος και το σχήμα από μια contact card, αφού δεν χρειάζεται να εφαρμόζει ή να συνδέεται σε κάποια άλλη συσκευή. Αυτό σημαίνει πως διάφοροι τύποι contactless συσκευών μπορούν να χρησιμοποιηθούν – μια συσκευή για κάθε RFID (Radio Frequency ID) ετικέτα-οι οποίες μπορούν να συνδεθούν σε ένα αντικείμενο με ποικίλους τρόπους.

- **Οι υβριδικές κάρτες και συνδυασμένες κάρτες (Hybrid και Combination Cards)**, ενσωματώνουν και τους δύο τρόπους μετάδοσης, συνεπώς μπορούν να επικοινωνήσουν κατά περίπτωση είτε με ενσύρματο είτε με ασύρματο τρόπο.

Μερικές από τις πιθανές εφαρμογές όπου οι έξυπνες κάρτες θα μπορούσαν να έχουν στον τομέα της υγειονομικής περίθαλψης είναι οι ακόλουθες (Briggs et al., 2001):

- **Καταγραφή Ιατρικών Πληροφοριών:** Τα ιατρικά στοιχεία έκτακτης ανάγκης, όπως αλλεργίες, ομάδα αίματος, που καταγράφονται σε μια έξυπνη κάρτα θα μπορούσαν να επιταχύνουν την παρέμβαση στον ασθενή από το προσωπικό υγείας, ειδικά σε χώρους εκτός κάποιου νοσοκομείου ή όταν δεν μπορούν να επικοινωνήσουν με τον ίδιο τον ασθενή, λόγω της κατάστασης του. Επιπρόσθετα, η ύπαρξη μιας φωτογραφία στην κάρτα, παρέχει έναν διπλό έλεγχο για ταυτοποίηση του ασθενούς.
- **Διαχείριση Ιατρικών Συνταγών:** Η αποθήκευση σε μία έξυπνη κάρτα όλων των συνταγών, που χορηγούνται σε έναν ασθενή, ενδεχομένως θα μπορούσε να συμβάλει στην αποφυγή και επισήμανση αλληλεπιδράσεων μεταξύ των φαρμάκων. Η δυνατότητα πραγματοποίησης της εφαρμογής αυτής εξαρτάται από τη χωρητικότητα της μνήμης της κάρτας, η οποία θα πρέπει να είναι επαρκής για την αποθήκευση των απαραίτητων πληροφοριών.

- **Απόκρυψη Πληροφοριών Ιατρικών Εξετάσεων:** Η αντικατάσταση του bar code ή της χειρόγραφης ετικέτας από μια έξυπνη ετικέτα, θα επέτρεπε περισσότερα στοιχεία να περιληφθούν στο αρχείο του ασθενούς, ενώ θα παρείχε και τη δυνατότητα σε ένα αυτοματοποιημένο σύστημα να προσθέτει τα αποτελέσματα της εξέτασης άμεσα στην ετικέτα. Το όφελος μιας έξυπνης ετικέτας είναι η φυσική της επισύναψη στο αντικείμενο με το οποίο σχετίζεται, είτε τα δεδομένα χρειάζεται να συμπεριληφθούν στην ετικέτα, είτε χρησιμοποιείται μόνο για την ταυτοποίηση ενός εργαστηριακού δείγματος με τα δεδομένα να προσλαμβάνονται και να μεταφέρονται μέσω ενός δικτύου.
- **Ελεγχόμενη Πρόσβαση στους Χώρους ενός Οργανισμού Υγείας:** Μια έξυπνη κάρτα μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην ταυτοποίηση ασθενών και προσωπικού, γεγονός που θα συνέβαλε στην ασφάλεια του κτιρίου, της πρόσβασης σε ελεγχόμενες πηγές και εν γένει σε οτιδήποτε από τις κουζίνες παρασκευής ειδικών διαιτολογιών έως τα αυτόματα συστήματα διανομής φαρμάκων.
- **Παρακολούθηση της Κατάστασης των Ασθενών:** Η υιοθέτηση των Smart Cards για συλλογή και αποθήκευση δεδομένων που λαμβάνουμε από διάφορους αισθητήρες, θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί για την παρακολούθηση της κατάστασης των ασθενών.

Ωστόσο, παρά τα οφέλη από τη χρήση της τεχνολογίας των Smart Cards, η διάδοση της στα εθνικά συστήματα υγείας είναι σχετικά αργή, καθώς αυτή δυσχεραίνεται από διάφορα τεχνικά, διοικητικά και ιατρικά εμπόδια.

Σε ευρωπαϊκό επίπεδο, το σχέδιο δράσης eEurope 2005 (http://ec.europa.eu/information_society/eeurope/2005/index_en.htm), ενσωματώνει τη σχεδίαση και υλοποίηση Smart Cards, ολοκληρωμένων δικτύων και δικτυακών υπηρεσιών υγείας. Στη χώρα μας, η ολοκληρωμένη διαχείριση των πληροφοριών υγείας προϋποθέτει τη συνεργασία ιδιωτικών και δημόσιων συστημάτων υγείας.

Στη Γαλλία, στο πλαίσιο του προγράμματος SESAM-Vitale (http://www.sesam-vitale.fr/programme/programme_eng.asp), που εφαρμόστηκε το 1998, συνδέει περισσότερους από 223,000 επαγγελματίες του τομέα της υγείας με το σύστημα κοινωνικών ασφαλίσεων για το καλό εκατομμυρίων ασφαλισμένων που είναι κάτοχοι της κάρτας Vitale. Το SESAM-Vitale, είναι μία υποδομή που απαρτίζεται από πολλά μέρη:

- 48 εκατομμύρια «έξυπνες κάρτες»
- ένα δίκτυο τηλεπικοινωνιών και μία υπηρεσία μηνυμάτων,
- 230 εφαρμογές λογισμικού υγείας,
- 210,000 αναγνώστες καρτών,
- 30 servers που χειρίζονται τις ροές,
- 27,000 τερματικά για την ενημέρωση των καρτών.

Οι υπηρεσίες που παρέχονται, μέσω του SESAM-Vitale είναι, τόσο η απλοποίηση της διακρατικής διαδικασίας με τη χρήση μικρο-επεξεργαστών Καρτών Ασφάλισης Ασθένειας, αντί για έγγραφα, όσο και ιατρική παρακολούθηση ασθενών με ασφαλή εφαρμογή ΤΠΕ.



Εικόνα 4.1.3: Ιστοσελίδα του SESAM-Vitale (http://www.sesam-vitale.fr/programme/programme_eng.asp)

Στη Γερμανία, η εισαγωγή της ηλεκτρονικής κάρτας ασθενούς σε εθνικό επίπεδο για το Γερμανό πολίτη και η παράλληλη πραγματοποίηση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης, εγκαινιάζει την Τηλεματική Υγείας. Οι στόχοι του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικών Υποθέσεων της Γερμανίας, μέσω του προγράμματος 3bit4health (<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte.html>) είναι να αυξηθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα του γερμανικού τομέα υγείας. Για το σκοπό αυτό, αντικαθιστά τις υπάρχουσες κάρτες υγείας των ασφαλισμένων και των ασθενών με ηλεκτρονικές κάρτες υγείας, που στηρίζονται στην τεχνολογία των έξυπνων καρτών, γεγονός που θα δώσει τη δυνατότητα στους ασφαλισμένους να ελέγξουν τα δεδομένα τους. Η νέα ηλεκτρονική κάρτα ασθενούς θα παρέχει ιατρικά δεδομένα σε αρμόδιους χρήστες, σε συνδυασμό με τις διοικητικές λειτουργίες της παρούσας κάρτας. Μια προϋπόθεση για τη χρήση της ηλεκτρονικής

κάρτας υγείας, σε συνδυασμό με την ηλεκτρονική συνταγογράφηση, είναι η εφαρμογή μιας υποδομής και μιας αρχιτεκτονικής Τηλεματικής Υγείας σε όλη τη Γερμανία.



Εικόνα 4.1.4: Ιστοσελίδα του 3bit4health
(<http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte.html>)

4.1.3 Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση

Ο όρος «*Ηλεκτρονική Συνταγογράφηση*» ερμηνεύει την παραγωγή, διακίνηση και έλεγχο των ιατρικών συνταγών και των παραπεμπτικών για ιατρικές πράξεις, με τη χρήση ΤΠΕ, με τρόπο που διασφαλίζει την εγκυρότητα, την ασφάλεια και τη διαφάνεια των διακινούμενων πληροφοριών (Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, 2010).

Παράλληλα, η ηλεκτρονική συνταγογράφηση, στο εύρος της, υποστηρίζει το σύνολο των διαδικασιών δημιουργίας, εκτέλεσης, διαχείρισης, ελέγχου, εκκαθάρισης και πληρωμής συνταγών φαρμάκων και ιατρικών πράξεων σε όλα τα σημεία ενδιαφέροντος όπως, ιατρείο, κέντρο υγείας, κλινική, νοσοκομείο, φαρμακείο, διαγνωστικό εργαστήριο και παρέχει σημαντικές δυνατότητες παρακολούθησης, έρευνας και ανάλυσης για όλους τους ενδιαφερόμενους.

Στη χώρα μας, η χρήση της εφαρμογής e-syntagografisi, για ηλεκτρονική συνταγογράφηση, ξεκίνησε πιλοτικά τον Οκτώβριο του 2010, στον Οργανισμό Ασφάλισης Ελεύθερων Επαγγελματιών (ΟΑΕΕ), με απώτερο σκοπό την εγκατάσταση της σε όλους τους υπόλοιπους παρόχους ιατροφαρμακευτικών υπηρεσιών έως το 2017. Με τη χρήση της εφαρμογής e-syntagografisi στη χώρα μας παρατηρούνται οφέλη, τόσο για τους ασθενείς, όσο για τους ιατρούς και φαρμακοποιούς (Ηλεκτρονική Καταχώριση και Εκτέλεση Συνταγών, 2009-2010). Αναλυτικά, έχουμε:

- **Οφέλη για τους Ασθενείς**
 - Μείωση σφαλμάτων στις φαρμακευτικές αγωγές, σύμφωνα με στοιχεία του ΙΚΑ σημειώνονται στο 60% περίπου των συνταγών, γεγονός που ενισχύει την ασφάλεια των ασθενών.
 - Εξάλειψη των «ουρών» στα ιατρεία του ΙΚΑ για τα χρόνια νοσήματα.
 - Εξάλειψη πολλαπλών ιατρικών επισκέψεων.
 - Κατάργηση διαδικασιών έγκρισης συνταγών
 - Επιτρέπει το συνεχή έλεγχο της διάθεσης επικίνδυνων ουσιών και φαρμάκων
- **Οφέλη για τους Ιατρούς**
 - Δυνατότητα επιλογής φαρμάκων από μία βάση δεδομένων, προσφέροντας αξιοπιστία και συνέπεια
 - Εξάλειψη της παρακολούθησης των συνταγογραφικών συνηθειών των ιατρών από ορισμένα φαρμακεία.
 - Εξοικονόμηση 100 ωρών εργασίας ανά ιατρό το έτος.
- **Οφέλη για τους Φαρμακοποιούς**
 - Άμεση οικονομική εκκαθάριση των συνταγών που έχει εκτελέσει.

Συμπεραίνεται, ότι με τη χρήση της ηλεκτρονικής συνταγογράφησης επιτυγχάνεται ένα ευνοϊκό περιβάλλον λειτουργίας, που βασίζεται στη διαφάνεια και την ευρεία αποδοχή και συμμετοχή των εμπλεκόμενων στις σχετικές διαδικασίες.



Εικόνα 4.1.5: Ιστοσελίδα του e-syntagografisi (<http://www.e-syntagografisi.gr/>)

4.1.4 Ηλεκτρονική Τιμολόγηση Υπηρεσιών Υγείας

Οι επιχειρηματικές προσπάθειες της νέας ηλεκτρονικής βιομηχανίας στράφηκαν προς την εκμετάλλευση των νέων τεχνολογιών, ακόμα και σε τομείς που η «επιχειρηματική παράδοση» δίσταζε να τροποποιήσει, όπως αυτός της υγείας. Με τον

όρο «Τιμολόγηση» χαρακτηρίζεται οποιαδήποτε επιχειρηματική διαδικασία καθορισμού της τιμής πώλησης ενός αγαθού ή της παροχής υπηρεσίας, σε αντιδιαστολή με την διατίμηση που επιβάλει ο κρατικός φορέας (Suttle, 2012). Σε γενικές γραμμές η τιμολόγηση θα πρέπει να καλύπτει, τόσο το μέσο κόστος παραγωγής, όσο και το επιπλέον κέρδος του επιχειρηματία.

Ο ορισμός «Ηλεκτρονική Τιμολόγηση» παρέχεται από την Ευρωπαϊκή Επιτροπή στην οδηγία 2001/115/EK (20 Δεκεμβρίου 2001), η οποία αναφέρει ότι αποσκοπεί στην απλούστευση, τον εκσυγχρονισμό και την εναρμόνιση των όρων που περιλαμβάνονται στην τιμολόγηση με τη φορολογική νομοθεσία, και περιλαμβάνει κανόνες για την ηλεκτρονική αποστολή, λήψη και αρχειοθέτηση. Η αποστολή των τιμολογίων με ηλεκτρονικά μέσα, θεωρείται εργαλείο για την εξάλειψη σημαντικών μειονεκτημάτων που συνεπάγονται από την παραδοσιακή διαδικασία τιμολόγησης (Rouse, 2012).

Επιπλέον, με την οδηγία 2001/115/EK της Ευρωπαϊκής Επιτροπής, προβλέπεται ότι όλα τα τιμολόγια που διαβιβάζονται με ηλεκτρονικά μέσα θεωρούνται έγκυρα και αποδεκτά όταν πληρούν τις εξής ακόλουθες προϋποθέσεις:

- Ο παραλήπτης του τιμολογίου πρέπει να έχει συναινέσει και να έχει αποδεχθεί τη συγκεκριμένη μέθοδο.
- Η αποστολή και η λήψη των τιμολογίων πρέπει να πραγματοποιούνται σε ασφαλές δικτυακό περιβάλλον.

Η ελληνική νομοθεσία εναρμονιζόμενη με το κοινοτικό δίκαιο έχει υιοθετήσει την κοινοτική οδηγία (2001/115/EK) θεσπίζοντας διατάξεις οι οποίες αναφέρονται στο Ν.3193/2003 (ΦΕΚ 266/Α).

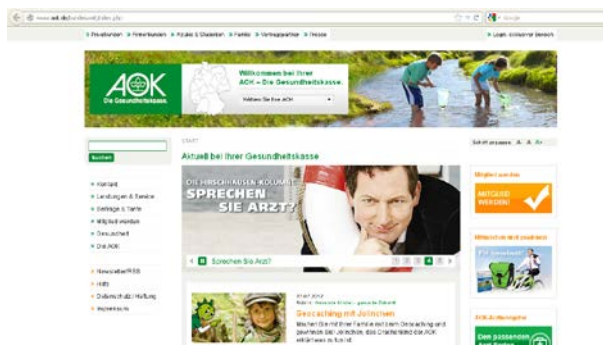
Αναλυτικά, τα μέσα που χρησιμοποιούνται για την υλοποίηση της ηλεκτρονικής τιμολόγησης είναι τα ακόλουθα (Nienhuis et al., 2010):

- **Ηλεκτρονική Παράσταση και Πληρωμή Λογαριασμών (Electronic Bill Presentment and Payment-EBPP).**
- **Παράσταση και Πληρωμή Ηλεκτρονικού Τιμολογίου (Electronic Invoice Presentment and Payment-EIPP).**
- **Ηλεκτρονική Ανταλλαγή Δεδομένων (Electronic Data Interchange-EDI).**
- **Διαχείριση Επιχειρησιακών Πόρων (Enterprise Resource Planning-ERP).**

Ορισμένα από τα οφέλη που προκύπτουν όταν μία μονάδα υγείας συναλλάσσεται ηλεκτρονικά συνοψίζονται ως εξής (Baugher, 2012, BlueRidge e-Invoice Service, 2009):

- **Μειωμένο κόστος (Reduced Cost):** Το κόστος επεξεργασίας του τιμολογίου σε χαρτί είναι πολύ αυξημένο συγκριτικά με του αντίστοιχου ηλεκτρονικού. Τα οφέλη και η εξοικονόμηση είναι και για τους δύο εμπλεκόμενους, αποστολέα και παραλήπτη.
- **Αυξημένη Αποδοτικότητα(Higher Efficiency):**
 - Καλύτερη επικοινωνία με τα Ταμεία Ασφάλισης: Ηλεκτρονική τιμολόγηση σημαίνει βελτίωση των διαδικασιών, που σχετίζονται με πληρωμές και αύξηση της ασφάλειας, καθώς παρέχει γρήγορη και αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ των εταιρειών που ανταλλάσσουν ηλεκτρονικά τιμολόγια.
 - Εξοικονόμηση χώρου φυσικής αρχειοθέτησης τιμολογίων: Με την ηλεκτρονική τιμολόγηση, τα τιμολόγια και αντίγραφα αυτών, αποθηκεύονται σε ηλεκτρονική μορφή, γεγονός που βελτιώνει τη διαδικασία αρχειοθέτησης. Συνεπώς, προκύπτει καλύτερη αξιοποίηση και διευκόλυνση του ανθρώπινου δυναμικού στη διαχείριση παραστατικών.
 - Εξοικονόμηση χρόνου: Τα δεδομένα εισάγονται λιγότερες φορές από ό, τι με τον παραδοσιακό τρόπο και ως εκ τούτου μειώνονται τα σφάλματα κατά την πληκτρολόγηση. Επιπλέον, τα ηλεκτρονικά τιμολόγια μπορούν αυτόματα να εισαχθούν/εξαχθούν από συστήματα ERP (Enterprise Resource Planning) μειώνοντας έτσι την ανθρώπινη παρέμβαση, που θεωρείται πιθανή αιτία για λάθη. Παράλληλα, τα αυτόματα συστήματα προσφέρουν καλύτερη και ταχύτερη εναρμόνιση των τραπεζικών λογαριασμών και των πληρωμών.
- **Ασφάλεια (Security):** Για την αποτροπή παραβιάσεων κάθε ηλεκτρονικό τιμολόγιο συνοδεύεται από μία ψηφιακή υπογραφή. Αυτό σημαίνει εγγυημένη και ασφαλής αποστολή των παραστατικών ηλεκτρονικά στους πελάτες της επιχείρησης και ενημέρωση για την αποστολή/παραλαβή τους.
- **Φιλικό προς το περιβάλλον (Environmental Friendly):** Η αποστολή και λήψη ηλεκτρονικών τιμολογίων σημαίνει λιγότερο ή και καθόλου κατανάλωση χαρτιού, συμβάλλοντας έτσι σε ένα πιο φιλικό περιβάλλον.

Η ηλεκτρονική αποπληρωμή των υπηρεσιών υγείας εφαρμόζεται σε συνεργασία με τον ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο ή/και τις έξυπνες κάρτες υγείας. Μία εφαρμογή, η οποία υποστηρίζει αυτή την υπηρεσία, είναι η διασυνοριακή πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη AOK - Gesundheits Card Europa (GCE). Το σύστημα είναι βασισμένο σε μια διαδικτυακή πρωτοβουλία, η οποία μέσω της συμφωνίας συνεργασίας με ξένα νοσοκομεία και γιατρούς και προστιθέμενων συνεργασιών με φορείς ασφάλισης υγείας στις χώρες που συνεργάζονται παρέχει πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη. Στα άτομα που ασφαλίζονται από το AOK Rheinland (<http://www.aok.de/>) μπορεί να προσφερθεί περίθαλψη σε 14 νοσοκομεία κατά μήκος της ακτής του Βελγίου και της Ολλανδίας με την παρουσίαση της κάρτας GesundheitsCard Europa (GCE), η οποία στην ουσία είναι η γερμανική κάρτα ασφάλισης της υγείας τους. Η εξακρίβωση της αποζημίωσης και της κάλυψης γίνονται ηλεκτρονικά μέσω μίας δικτυακής εφαρμογής. Επιπλέον, το GCE είναι ένα παράδειγμα της διακρατικής επιτυχούς και αποτελεσματικής συνεργασίας στη διοικητική πλευρά της παροχής υγειονομικής περίθαλψης.



Εικόνα 4.1.6: Ιστοσελίδα του AOK (<http://www.aok.de/>)

Στη Λιθουανία, το SVEIDRA (<http://www.alna.com/as/solutions/public-administration/implemented-solutions/#sveidra>) είναι ένα σύστημα διαχείρισης πληροφοριών για τις δημόσιες υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης. Το σύστημα χρησιμοποιείται για τη διαχείριση, την αποθήκευση, την ανταλλαγή, την ανάλυση και την υποβολή αναφορών όλων των υπηρεσιών, οι οποίες παρέχονται από τα ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης. Τα δεδομένα εισάγονται στα τοπικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, και μεταφέρονται στα τοπικά γραφεία κρατικής ασφάλισης υγείας για εξακρίβωση και έγκριση. Τα τοπικά ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης αποζημιώνονται μόνο για τις πραγματικές υπηρεσίες που παρέχουν, μόνο όταν εγκρίνονται από το τοπικό γραφείο κρατικής ασφάλισης υγείας. Αναλυτικά,

αποτελείται από τα ακόλουθα ενσωματωμένα υποσυστήματα: 1. Μητρώο των υπηρεσιών που καλύπτονται από το κρατικό σύστημα ασφάλισης υγείας, 2. μητρώο των αρχικών εκθέσεων ελέγχου υγείας για τους ασφαλισμένους, 3. μητρώο των εκδιδόμενων κρατικών πιστοποιητικών του συστήματος του κρατικού συστήματος υγείας, 4. μητρώο των συστατικών και των αποθεμάτων αίματος, 5. μητρώο φαρμάκων και ιατρικού εξοπλισμού, που αποζημιώνονται από το κράτος, 6. θέματα ανάλυσης και στατιστικής, 7. το υποσύστημα διοίκησης και έκδοσης Ευρωπαϊκής Κάρτας Ασφάλισης Υγείας. Όλα τα υποσυστήματα ενώνονται με τη χρήση μιας κεντρικής βάσης δεδομένων και μία αναπαραγωγή δεδομένων. Οι περισσότερες ενότητες της εφαρμογής είναι οι ίδιες για όλα τα επίπεδα συστημάτων, κάνοντας επομένως ευκολότερη τη διοίκηση.



Εικόνα 4.1.7: Ιστοσελίδα του SVEIDRA (<http://www.alna.com/as/solutions/public-administration/implemented-solutions/#sveidra>)

4.1.5 Ηλεκτρονικές Προμήθειες

Ο όρος «Ηλεκτρονική Προμήθεια» (*E-procurement*) χρησιμοποιείται για να περιγράψει κάθε τεχνολογία που έχει σχεδιαστεί για να διευκολύνει την απόκτηση των αγαθών από εμπορικούς ή κυβερνητικούς οργανισμούς μέσω του διαδικτύου (Davila et al., 2003). Οι ηλεκτρονικές προμήθειες βρίσκονται σε φάση εξέλιξης, με αρκετές διαφορές στο στάδιο ανάπτυξής τους, στα διάφορα κράτη-μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Τα τυπικά στάδια εξέλιξης των ηλεκτρονικών προμηθειών περιλαμβάνουν (Ebusinessforum, 2006):

- *Στάδιο 1:* Αναφέρεται στη δυνατότητα πρόσβασης σε δημοσιευμένες διακηρύξεις μόνο μέσω διαδικτύου.

- *Στάδιο 2:* Οι προμηθευτές μπορούν είτε να αποθηκεύσουν στον Η/Υ τα σχετικά έγγραφα με τη διακήρυξη μέσω της σχεδιασμένης ιστοσελίδας ή να τους διαβιβαστούν μέσω ηλεκτρονικού ταχυδρομείου, μετά από αίτηση.
- *Στάδιο 3:* Οι προμηθεύτριες εταιρίες έχουν τη δυνατότητα να διαβιβάζουν προτάσεις ηλεκτρονικά. Προκειμένου αυτό το στάδιο να εφαρμοστεί πλήρως, πρέπει να υπάρχει και ο απαραίτητος μηχανισμός πιστοποίησης και ασφάλειας ηλεκτρονικών συναλλαγών (π.χ. ηλεκτρονικές υπογραφές).

Αναμφίβολα, η ιδιαιτερότητα που χαρακτηρίζει το χώρο της υγείας ενισχύει την πολυπλοκότητα διαχείρισης των προμηθειών. Συγκεκριμένα, η ραγδαία αύξηση της τεχνολογίας στον χώρο της υγείας, οδηγεί συχνά σε απαξίωση του αποθέματος σε σύντομο χρονικό διάστημα συγκριτικά με άλλους τομείς. Το γεγονός αυτό, επιβάλλει οι διαδικασίες των προμηθειών στους οργανισμούς υγείας να γίνονται όσο το δυνατόν ταχύτερα. Παρόλα αυτά, τα προϊόντα υγείας, κυρίως τα βιοϊατρικά, χαρακτηρίζονται από υψηλή πολυπλοκότητα και κόστος, γεγονός που απαιτεί σημαντικό χρόνο για την ορθή αξιολόγηση των προσφορών. Επιπλέον, η φύση των υπηρεσιών υγείας καθιστά αναγκαία την ύπαρξη στρατηγικών αποθεμάτων, για την αντιμετώπιση εκτάκτων αναγκών, γεγονός που μπορεί να οδηγήσει στην καταστροφή ή/και αλλοίωση προϊόντων, που ενδεχομένως χαρακτηρίζονται από υψηλό κόστος.

Παράλληλα, τα μεμονωμένα περιστατικά στο χώρο της υγείας, σε συνδυασμό με την ανάγκη άμεσης διαθεσιμότητας, οδηγεί πολλές φορές σε εξατομικευμένες αγορές για την κάλυψη των εξειδικευμένων αναγκών που προκύπτουν. Τέλος, η πολυπλοκότητα που χαρακτηρίζει τις υπηρεσίες υγείας περιορίζει σημαντικά τις δυνατότητες πρόβλεψης (forecasting) των μελλοντικών αναγκών ενός οργανισμού υγείας. Συμπεραίνουμε, ότι οι προμήθειες στην υγεία διακρίνονται για την υψηλή πολυπλοκότητα και πολλές φορές από αντικρουόμενους στόχους, ως απόρροια της ιδιαιτερότητας του χώρου (Λαζακίδου, 2012).

Μία εφαρμογή που έχει αναπτυχθεί και υποστηρίζει ηλεκτρονικές προμήθειες στο χώρο της υγείας είναι το MOC (Medical Order Center- <http://www.medicalorder.de>). Το σύστημα εφαρμόστηκε μεταξύ των άλλων στη μονάδα εντατικής παρακολούθησης του νοσοκομείου St. Franziskus, Munster, στη Γερμανία το 2005. Το MOC προσφέρει ένα τυποποιημένο, υποστηριζόμενο από ΤΠΕ πρόγραμμα αποθήκευσης προϊόντων και ένα σύστημα ανεφοδιασμού. Περίπου 90% των εντύπων

που χρησιμοποιούνται στους θαλάμους νοσοκομείων, συμπεριλαμβανόμενων και των περισσοτέρων φαρμάκων, μπορεί να έχουν barcode και να είναι αποθηκευμένα σύμφωνα με ένα τυποποιημένο σύστημα.

Αυτή η τυποποίηση των προμηθειών για έναν μεγάλο αριθμό νοσοκομείων οδηγεί στις πιο εύκολη και φθηνότερη διοικητική οργάνωση, καθώς επίσης και σε χαμηλότερες τιμές των προϊόντων ως αποτέλεσμα της δυνατότητας μαζικής αγοράς. Στους θαλάμους και τα νοσοκομεία, το σύστημα οδηγεί στην παραγγελία που βασίζεται στη ζήτηση. Η ζήτηση αναλύεται συνεχώς από το MOC και τα επίπεδα αποθεμάτων ρυθμίζονται αναλόγως. Αυτό οδηγεί σε ένα μικρότερο απόθεμα προμηθειών, σε σύγκριση με την κατάσταση χωρίς την υποστήριξη της Ηλεκτρονικής Υγείας, μέχρι και 75% λιγότερα περιστατικά ελλείψεων φαρμάκων και άλλων προμηθειών.

Παρόλο που το σύστημα είναι σχεδιασμένο για τη βελτιστοποίηση των αλυσίδων ανεφοδιασμού, ωφελούνται και οι ασθενείς. Ο χρόνος που κερδίζουν οι νοσοκόμες αφιερώνεται στους ασθενείς που έχουν ανάγκη. Το υπόλοιπο διατίθεται στους ασθενείς που το έχουν ανάγκη, πράγμα που δίνει στους πολίτες το 3% του συνολικού άμεσου κέρδους. Το υπόλοιπο διατίθεται στη νοσοκομειακή μονάδα.



Εικόνα 4.1.8: Ιστοσελίδα του MOC (<http://www.medicalorder.de/>)

Το Chelsea and Westminster Hospital NHS Trust (<http://www.nhs.uk/Services/Trust/Overview/DefaultView.aspx?id=186>) χρησιμοποιεί την ηλεκτρονική συνταγογράφηση (ePrescribing) για την εκπλήρωση συνταγών που δίδονται μαζί με το εξιτήριο, τόσο σε εξωτερικούς όσο και σε εσωτερικούς ασθενείς, προκειμένου να αυξήσουν την ακρίβεια και τη διαθεσιμότητα των συνταγογραφούμενων πληροφοριών, ενώ στο τμήμα του φαρμακείου χρησιμοποιεί ηλεκτρονική προμήθεια (eProcurement). Το intranet του λογισμικού χρησιμοποιείται για να παρέχει

πληροφορίες στα τμήματα των νοσοκομείων που είναι σχετικά με την κατάσταση των συνταγών, σε συνεργασία με το φαρμακείο, που δίδονται κατά την εξαγωγή των εσωτερικών ασθενών εξοικονομώντας μεγάλο αριθμό τηλεφωνημάτων μεταξύ φαρμακείων και τμημάτων.



Εικόνα 4.1.9: Ιστοσελίδα του Chelsea and Westminster Hospital NHS Trust (<http://www.nhs.uk/Services/Trust/Overview/DefaultView.aspx?id=186>)

4.1.6 Εφαρμογές Τηλεϊατρικής

Ο όρος «Τηλεϊατρική» είναι σύνθετος, με πρώτο συνθετικό την Ελληνική λέξη «τήλε», που σημαίνει εξ αποστάσεως και δεύτερο συνθετικό τη λέξη «ιατρική». Η Τηλεϊατρική δεν αναφέρεται, βέβαια, σε μια νέα μορφή ιατρικής, αλλά βάσει του ορισμού που έχει υιοθετήσει ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 1997) είναι η παροχή υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης, ακόμα και σε περιπτώσεις όπου η απόσταση παρεμβάλλεται μεταξύ ασθενών και επαγγελματιών υγείας, με τη χρήση τεχνολογιών πληροφορικής και επικοινωνιών, για την ανταλλαγή έγκυρης πληροφορίας, αναφορικά με τη διάγνωση, θεραπεία και την πρόληψη των ασθενειών και τραυματισμών, την έρευνα και αξιολόγηση, καθώς και για τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης. Συνεπώς, όλα προσανατολίζονται προς το συμφέρον της προώθησης της υγείας των ατόμων και κοινοτήτων.

Αυτός ο εναλλακτικός τρόπος παροχής ιατρικών υπηρεσιών πραγματοποιείται με τη χρήση σύγχρονων συστημάτων πληροφορικής και τηλεπικοινωνιών, τα οποία εξασφαλίζουν την επικοινωνία σε πραγματικό χρόνο (real time) μεταξύ ατόμων, που βρίσκονται σε απομακρυσμένες ή/και απομονωμένες περιοχές. Αναλυτικά, άρτια εκπαιδευμένοι ιατροί μπορούν να συμβάλλουν σε διάφορα προβλήματα υγείας

παρέχοντας τις ιατρικές τους γνώσεις, μέσω προηγμένων συστημάτων πληροφορικής, είτε με τη μορφή διάγνωσης ή/και δεύτερης γνώμης, είτε ως συμβουλευτική οδηγία.

Αναλυτικά, με τη χρήση ΤΠΕ και τη μετατροπή της ιατρικής πληροφορίας σε ηλεκτρονική μορφή, διακρίνονται οι ακόλουθες υπηρεσίες και εφαρμογές Τηλεϊατρικής (Tele-Medicine, 2011):

- **Τηλε-Διάγνωση:** αναφέρεται στην μελέτη, εξ αποστάσεως, από ειδικούς των αποτελεσμάτων ιατρικών εξετάσεων (ακτινογραφίες, εργαστηριακά ευρήματα κλπ.) και τη σύνταξη σχετικών αναφορών.
- **Τηλε-Θεραπεία:** σχετίζεται με την παρακολούθηση, από απόσταση, ασθενών, οι οποίοι μπορούν να επισκεφτούν την πλησιέστερη, προς αυτούς, ιατρική μονάδα, ώστε να τους παρασχεθεί ιατρική φροντίδα από απομακρυσμένο ιατρικό κέντρο.
- **Τηλε-Εκπαίδευση:** καλύπτει τις ανάγκες του ενεργού ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού για συνεχή ενημέρωση σε διάφορους τομείς της ιατρικής. Επιπλέον, παρέχει εκπαίδευση του υγιούς πληθυσμού, μέσω προγραμμάτων Αγωγής Υγείας, με σκοπό να διαμορφώσουν νέους τρόποι συμπεριφοράς στην καθημερινότητά τους.
- **Τηλε-Συμβουλευτική:** προσανατολίζεται στην ανάγκη ανταλλαγής απόψεων, καθώς και την οργάνωση συμβουλίων ειδικών ιατρών, για την αντιμετώπιση συγκεκριμένων πολύπλοκων περιστατικών, όπου απαιτείται, ταυτόχρονα, η εξέταση της κατάστασης του ασθενούς από ιατρούς διαφορετικών ειδικοτήτων.

Επιπρόσθετα, ορισμένα βασικά οφέλη που προκύπτουν με τη χρήση της Τηλεϊατρικής, τόσο για τους επαγγελματίες υγείας, όσο για τους ασθενείς, συνοψίζονται παρακάτω (Hjelm, 2005):

- **Βελτίωση της πρόσβασης σε πληροφορία:** Παρέχει μεγαλύτερη και πιο γρήγορη, πρόσβαση στο ιατρικό ιστορικό του ασθενούς, μειώνοντας έτσι τον κίνδυνο αρνητικών αλληλεπιδράσεων φαρμάκων ή κακή απάντηση σε μια πορεία της θεραπείας.
- **Βελτίωση παροχής φροντίδας ακόμη και σε περιοχές που δεν ήταν εφικτό:** Επιτρέπει κάτοικοι της υπαίθρου να λαμβάνουν τη διάγνωση και τη θεραπεία εμπειρογνομόνων από μακρινά ιατρικά κέντρα. Συνεπώς, αντιμετωπίζονται, προβλήματα που παρουσιάζονται σε απομακρυσμένες και απομονωμένες περιοχές και σε μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας μέσω των εφαρμογών της Τηλεματικής και της εξ αποστάσεως κατ' οίκον παρακολούθηση.

- **Βελτίωση της πρόσβασης σε υπηρεσίες και αύξηση της παροχής περίθαλψης:** Αυξάνει την επικαιρότητα της θεραπείας, εφόσον υποστηρίζει σε πραγματικό χρόνο επεξεργασία ιατρικών δεδομένων, από την πρώτη αντίδραση, με τη χρήση ασύρματων συσκευών.
- **Βελτιωμένη επαγγελματική εκπαίδευση:** Επιτρέπει πιο τεκμηριωμένη λήψη αποφάσεων και τη βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας, εφόσον διευκολύνει και αναβαθμίζει τη συνεχιζόμενη εκπαίδευση επαγγελματιών υγείας. Παράλληλα, συμβάλει στον εκσυγχρονισμό του περιβάλλοντος εργασίας του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, με χρήση σύγχρονης τεχνολογίας και υπηρεσιών βάσει διεθνών προτύπων.
- **Ποιοτικό έλεγχο από προγράμματα προσυμπτωματικού ελέγχου:** Η ευρεία κάλυψη ιατρικών περιστατικών, διευκολύνει παρέχοντας νωρίτερα και πιο ακριβής διαγνώσεις.
- **Μείωση δαπανών υγειονομικής περίθαλψης:** Δημιουργεί πιο αποτελεσματική, εύκολη και δυνητικά πιο οικονομικά αποδοτική παροχή περίθαλψης, εφόσον ελαχιστοποιεί την άσκοπη μετακίνηση των ασθενών και κατ' επέκταση μειώνει τα ιατρικά έξοδα μέσω της τεχνολογίας βίντεο.

Συγκεκριμένα, στη Λιθουανία το Κέντρο Τηλεϊατρικής του Πανεπιστημίου Kaunas (Telemedicine Center of Kaunas University-<http://tmc.kmu.lt/>), παρέχει συμβουλές εξ αποστάσεως και δεύτερη γνώμη, εκπαίδευση εξ αποστάσεως, επεξεργασία ιατρικών σημάτων και εικόνων, ανταλλαγή πληροφοριών και δημιουργία διεθνών βάσεων δεδομένων και υποστήριξη κλινικών αποφάσεων. Οι τομείς έρευνας, μελέτης και πρακτικής περιλαμβάνουν την οφθαλμολογία, την ωτορινολαρυγγολογία, την παθολογία, τη δερματολογία και τη γενική ιατρική. Το περιφερειακό δίκτυο συνδέει 18 των Λιθουανικές πόλεις.

Στόχος του κέντρου τηλεϊατρικής είναι να εισάγει, να δημιουργήσει και να παρουσιάσει την πολιτική της ανάπτυξης της τηλεϊατρικής στο Πανεπιστήμιο και στη χώρα, καθώς και να προετοιμάσει προτάσεις για ινστιτούτα ιατρικής περίθαλψης και κυβερνητικά ινστιτούτα. Οι κύριοι στόχοι του Κέντρου περιλαμβάνουν:

- Την παροχή συστηματικής καθοδήγησης για την εφαρμογή των τεχνολογιών τηλεϊατρικής για την ιατρική διάγνωση, την παροχή συμβουλών, τον έλεγχο και την επιστημονική έρευνα, σε όλα τα στάδια της έρευνας και των μεταπτυχιακών σπουδών και το συντονισμό τους.

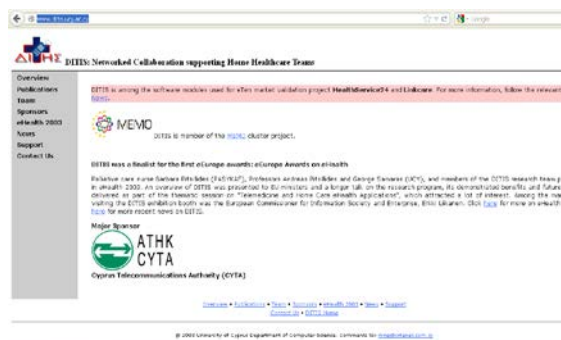
- Την αναζήτηση προγραμμάτων και πηγών χρηματοδότησης για την τόνωση και την ανάπτυξη της τηλεϊατρικής.
- Την οργάνωση συνεδρίων και διασκέψεων για την τηλεϊατρική.
- Την οργάνωση και συμμετοχή σε εθνικά και διεθνή προγράμματα τηλεϊατρικής. Το κέντρο τηλεϊατρικής παρουσίασε και υποστήριξε διάφορα προγράμματα εφαρμογής Ηλεκτρονικής Υγείας σε συνεργασία και με άλλες χώρες.



Εικόνα 4.1.10: Ιστοσελίδα του TMC of Kaunas University (<http://tmc.kmu.lt/>)

Στην Κύπρο, το πρόγραμμα DITIS (<http://www.ditis.ucy.ac.cy/>) υποστηρίζει Τηλεφροντίδα για τη διαχείριση χρόνιας ασθένειας από το σπίτι. Ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία, νοσοκόμοι, ιατροί, φυσιοθεραπευτές κοινωνικοί λειτουργοί, ψυχολόγοι και άλλοι συνεργάζονται για να παρέχουν φροντίδα στο σπίτι για έγκλειστους ασθενείς με καρκίνο, διενεργώντας συνεχώς την καλύτερη δυνατή εκτίμηση, διάγνωση, και θεραπεία πέρα από τα τείχη των νοσοκομείων και των ειδικών κέντρων θεραπείας. Τέτοιες ομάδες ειδικών επικεντρώνονται σε κάθε ασθενή χωριστά και είναι εικονικοί, δηλαδή λαμβάνουν αποφάσεις χωρίς να είναι παρόντες οι ίδιοι, δηλαδή οι ειδικοί πηγαινοέρχονται ανάλογα με τις ανάγκες, και συνεργάζονται, εφόσον συνδυάζουν τις γνώσεις τους για να παρέχουν επαρκή φροντίδα. Το DITIS είναι ένα ηλεκτρονικό σύστημα που υποβοηθά την αποτελεσματική διαχείριση και τη συνεργασία των εικονικών ομάδων. Παρέχει ασφαλή πρόσβαση σε ηλεκτρονικά αρχεία από οποιοδήποτε σημείο σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή μέσω επιτραπέζιων ηλεκτρονικών υπολογιστών (στη δουλειά) ή μια σειρά φορητών εφαρμογών (όταν είναι σε κίνηση). Το σύστημα ξεκίνησε το 1999 και αυτή τη στιγμή υποστηρίζει τις δραστηριότητες του Συνδέσμου Ασθενών με καρκίνο και Φίλων στην Κύπρο, που παρέχει υπηρεσίες φροντίδας στο σπίτι σε περισσότερους από 600 ασθενείς με καρκίνο το χρόνο. Παράλληλα το DITIS έχει

επεκταθεί προκειμένου να συνεργαστεί με άλλες μονάδες περίθαλψης, όπως για παράδειγμα το ογκολογικό κέντρο της Τράπεζας Κύπρου.



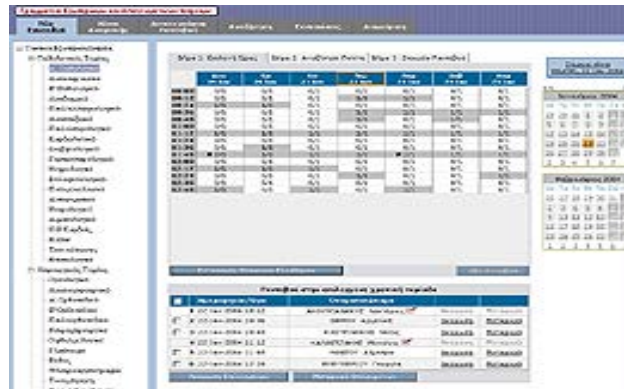
Εικόνα 4.1.11: Ιστοσελίδα του DITIS (<http://www.ditis.ucy.ac.cy/>)

4.1.7 Ηλεκτρονικός Προγραμματισμός Ιατρικής Επίσκεψης

Σήμερα, η διαδικασία προγραμματισμού ιατρικής επίσκεψης (ραντεβού) έχει αλλάξει με τη βοήθεια και χρήση ΤΠΕ στο χώρο της υγείας. Συγκεκριμένα οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα μέσω ηλεκτρονικών εφαρμογών να προβούν στον προγραμματισμό ιατρικής επίσκεψης στον οργανισμό υγείας που επιθυμούν.

Ολοκληρωμένα συστήματα διαχείρισης ιατρικών επισκέψεων ραντεβού έχουν αναπτυχθεί για να καλύψουν τις υψηλές απαιτήσεις για προγραμματισμό ιατρικών επισκέψεων, τόσο για εξωτερικούς, όσο και εσωτερικούς ασθενείς, μέσα από ένα διαδικτυακό γραφικό περιβάλλον εργασίας. Αναλυτικά, η εφαρμογή ICS Appointments, που είναι εγκατεστημένη στο Γενικό Νοσοκομείο «Βενιζέλειο-Πανάνειο», στο Ηράκλειο της Κρήτης, υποστηρίζει το προγραμματισμό και διαχείριση των ιατρικών επισκέψεων σε περιφερειακό επίπεδο, επιτρέποντας τη βελτίωση της οργανωτικής απόδοσης και αυξάνοντας τα έσοδα. Μέσω του ICS Appointments ο χρήστης μπορεί να βρει αυτόματα την επόμενη διαθέσιμη ιατρική επίσκεψη, ενώ υπάρχει, ταυτόχρονα, η δυνατότητα να γίνει καταχώριση της χρησιμοποιώντας τον χρωματισμένο πίνακα διαθεσιμότητας της εβδομάδας. Η εφαρμογή επιτρέπει στο χρήστη να κάνει οποιαδήποτε ενέργεια διαχείρισης, από τη μεταφορά σε άλλη ημερομηνία/ώρα και ιατρείο μέχρι τον προγραμματισμό επαναλαμβανόμενης ιατρικής επίσκεψης. Ταυτόχρονα, το ICS Appointments διαθέτει ένα πλήθος αναφορών για εκτύπωση, ιστορικό συναντήσεων ασθενούς (Appointment History), καθώς και λίστα με όλες τις διαθέσιμες ιατρικές επισκέψεις. Επίσης, με χρήση στατιστικών αναφορών ο χρήστης μπορεί να παρακολουθήσει σημαντικές

πληροφορίες, όπως ακυρώσεις και μη εμφανίσεις στις ιατρικές επισκέψεις (ΙΤΕ-Ινστιτούτο Πληροφορικής).



Εικόνα 4.1.12: Ιστοσελίδα του ICS Appointments (<http://www.ics.forth.gr>)

Στη Φιλανδία, παρέχεται Υπηρεσία Ηλεκτρονικού νοσοκόμου και Ηλεκτρονικό προγραμματισμό ιατρικής επίσκεψης, μέσω της ηλεκτρονικής πύλης, <http://www.verkkohoitaja.fi/>. Αναλυτικά, με την υπηρεσία αυτή, οι πελάτες-ασθενείς μπορούν να επικοινωνήσουν μέσω e-mail, με το τοπικό κέντρο υγείας από το σπίτι ή ακόμη και από τη δουλειά τους, για να ορίσουν μια ιατρική επίσκεψη με έναν γιατρό, ή για να υποβάλλουν ερωτήσεις σχετικά με θέματα υγείας 24 ώρες το 24ωρο. Η νοσοκόμα ανασκοπεί τις ερωτήσεις και απαντά μέσω e-mail μέσα σε 1-3 ημέρες. Στις περισσότερες περιπτώσεις οι ερωτήσεις θα απαντηθούν την επόμενη εργάσιμη ημέρα μετά την λήψη του μηνύματος.



Εικόνα 4.1.13: Ιστοσελίδα του Vekkoheitaja (<http://www.verkkohoitaja.fi/>).

4.2 Κινητή Υγεία

Ο όρος «Κινητή Υγεία» (*mHealth* ή *m-υγεία*) ορίστηκε ως ασύρματη τηλειατρική υποστηρίζεται από τη χρήση της κινητής τηλεφωνίας και τεχνολογίας πολυμέσων και

την ενσωμάτωσή τους σε αυτά συστήματα παροχής υγειονομικής περίθαλψης (Istepanian et al., 2003). Η Κινητή Υγεία θεωρείται ένα επιμέρους τμήμα της ηλεκτρονικής υγείας και όρος χρησιμοποιείται συνήθως σε σχέση με τη χρήση των κινητών τηλεπικοινωνιών, την τεχνολογία των πολυμέσων και φορητών συσκευών επικοινωνίας, όπως τα κινητά τηλέφωνα, smartphones, PDAs και tablet PCs, για τις υπηρεσίες υγείας (Cipresso et al., 2012; Vital Wave Consulting, 2009).

Οι εφαρμογές της Κινητής Υγείας περιλαμβάνουν συνήθως τη χρήση φορητών συσκευών για τη συλλογή κλινικών δεδομένων υγείας, παροχή πληροφοριών στους επαγγελματίες υγειονομικής περίθαλψης και τους ερευνητές, καθώς και τους ίδιους τους ασθενείς. Επίσης, χρήση τέτοιων εφαρμογών γίνεται και για την παρακολούθηση των ζωτικών σημείων των ασθενών, καθώς και για την άμεση παροχή φροντίδας, μέσω φορητών τηλεϊατρικής (Germanakos, 2005).

Αναμφίβολα, λόγω της τεχνολογίας που χρησιμοποιεί η κινητή υγεία, προσφέρεται για μεγαλύτερη αποκέντρωση της παροχής υπηρεσιών υγείας. Σήμερα, υπάρχουν περίπου 5 δισεκατομμύρια κινητές συσκευές, που χρησιμοποιούνται σε όλο τον κόσμο από άτομα ποικίλων ηλικιών (Mobile Applications for the Health Sector, 2011). Τα κινητά τηλέφωνα, έχουν τη δυνατότητα να αλλάζουν δραματικά τη ζωή εκείνων που τις χρησιμοποιούν, συμπεριλαμβανομένων, των επαγγελματιών υγείας που παρέχουν υγειονομική περίθαλψη.

Οι κινητές υπηρεσίες υγείας χαρακτηρίζονται από διαφορετικές όψεις. Μεταξύ αυτών, περιλαμβάνεται η επικοινωνία και η αμφίδρομη ανταλλαγή πληροφοριών, καθώς και οι δυνατότητες πρόσβασης, που ξεπερνούν την απόσταση μεταξύ των ασθενών και επαγγελματιών υγείας. Μια δεύτερη πτυχή είναι η διεύρυνση του τομέα της υγείας, για συμμετοχή του δημόσιου και του ιδιωτικού τομέα, επιτρέποντας νέους ρόλους να αναδυθούν και μη παραδοσιακούς φορείς, όπως τα δίκτυα κινητής τηλεφωνίας να συμμετάσχουν με καινοτόμους τρόπους, για την ανάπτυξη της υγειονομικής περίθαλψης.

Ένα πλήθος εφαρμογών έχουν αναπτυχθεί στηριζόμενες στις τεχνολογίες των πληροφοριών και επικοινωνιών, οι οποίες εξυπηρετούν τις υπηρεσίες της Κινητής Υγείας. Συγκεκριμένα, υπάρχουν περισσότερες από 40.000 εφαρμογές για κινητή υγεία σε πολλαπλές πλατφόρμες (Cohn, 2012) Μικροί, χαμηλής ισχύος, αισθητήρες μπορούν να ενσωματωθούν σε οτιδήποτε υπάρχει στο περιβάλλον μας όπως, έπιπλα,

οχήματα, φορητές συσκευές, ακόμα και στα ρούχα. κινητά τηλέφωνα ή προσωπικοί ψηφιακοί βοηθοί (PDAs), με ασύρματες δυνατότητες δικτύωσης μπορούν να χρησιμεύσουν ως πύλες σε αυτή τη διαδικασία, την αποθήκευση, αλλά και τη μεταφορά περισσότερων παραμέτρων για τους κλινικούς ιατρούς, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η περαιτέρω ανάλυση και διάγνωση. Ορισμένες από τις εφαρμογές κινητής υγείας προσανατολίζονται στους τομείς που περιγράφονται ακολούθως.

4.2.1 Ευεξία

Η πανταχού ή διάχυτη παρουσία (ubiquitous) της κινητής τεχνολογίας καθίσταται, μια φυσική πλατφόρμα για τη διευκόλυνση της γενικής ευεξίας των πολιτών. Η Κινητή Υγεία εμφανίζει εφαρμογές για την επίτευξη της ευεξίας, οι οποίες μπορούν να ταξινομηθούν σε διάφορες ομάδες συμπεριλαμβανομένης τη φυσική κατάσταση, τη διατροφή και τη συνολική ποιότητα της ζωής.

Η εφαρμογή DirectLife, δημιουργήθηκε από τη Philips, χρησιμοποιείται για επίτευξη καλής φυσικής κατάστασης και είναι ένα πρόγραμμα δραστηριοτήτων, που περιλαμβάνει μια κατάλληλη οθόνη, μία εξατομικευμένη ιστοσελίδα και έναν προσωπικό προπονητή. Οι χρήστες φορούν την κατάλληλη οθόνη, η οποία παρακολουθεί τις κινήσεις και υπολογίζει την ενέργεια που ασκείται. Τα δεδομένα που παράγονται φορτώνονται σε έναν υπολογιστή και αξιολογούνται βάσει της εξατομικευμένης ιστοσελίδας. Ένας προσωπικός προπονητής μπορεί να συμβάλλει, είτε δημιουργώντας και ρυθμίζοντας ένα κατάλληλο, για τον χρήστη, πρόγραμμα δραστηριοτήτων, είτε απαντώντας σε ερωτήσεις του.

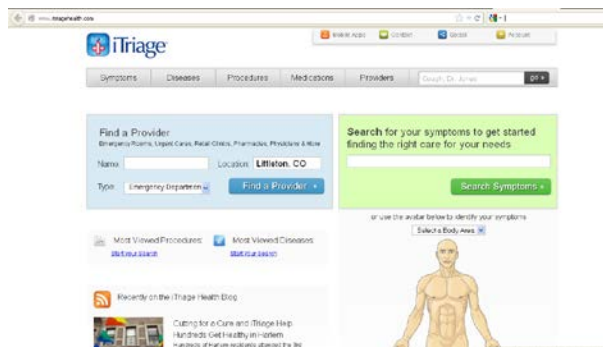


Εικόνα 4.2.1: Ιστοσελίδα του DirectLife (<http://www.directlife.philips.com/>)

4.2.2 Πρόσβαση σε Πληροφορίες για την Υγεία

Υπάρχει ένα ευρύ σύνολο εφαρμογών στην Κινητή Υγεία, για τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αναμφισβήτητα, η χρήση της κινητής τεχνολογίας για πρόσβαση, ανταλλαγή και συντονισμό των πληροφοριών υγείας δίνει τη δυνατότητα σε ασθενείς να βελτιώσουν την αυτο-διαχείριση μιας νόσου, καθώς και την επικοινωνία μεταξύ αυτών και των παρόχων ιατρικής φροντίδας.

Στον τομέα αυτό, για παράδειγμα, η εφαρμογή iTriage, που δημιουργήθηκε από τους Dr. Peter Hudson και Dr. Wayne Guerra, εντοπίζει συμπτώματα της νόσου. Συγκεκριμένα, μπορεί να είναι εγκατεστημένη σε iPhone, iPod Touch και iPad, καθώς και σε κινητές συσκευές με λειτουργικό σύστημα Android. Με την εφαρμογή iTriage, έχουμε τη δυνατότητα πρόσβασης σε πληροφορίες υγείας. Αναλυτικά, μπορούμε να καλέσουμε άμεση βοήθεια και να ζητήσουμε ιατρική γνώμатеυση για συμπτώματα, τα οποία μπορεί να δει ο ιατρός και αν κρίνει ότι είναι αναγκαίο, να στείλει βοήθεια. Επιπλέον, με το iTriage μπορεί εύκολα να αναζητηθούν οι πλησιέστεροι ιατροί, νοσοκομεία ή φαρμακεία με βάση τη θέση μας στο GPS-Global Positioning System, επιτυγχάνοντας μια γρήγορη και αποτελεσματική θεραπεία.



Εικόνα 4.2.2: Ιστοσελίδα του iTriage (<http://www.itriagehealth.com/>)



Εικόνα 4.2.3: Η οθόνη του iTriage σε iPhone (<http://www.tuaw.com/2010/04/08/itriage-provides-mobile-health-advice-with-style/>)

4.2.3 Διαχείριση Χρόνιων Παθήσεων

Οι χρόνιες παθήσεις επιφέρουν σημαντικό ανθρώπινο και οικονομικό κόστος, σε κάθε σύστημα υγειονομικής περίθαλψης, το οποίο αναμένεται να αυξηθεί με την πάροδο του χρόνου.

Μέσω της συμβολής των ασύρματων τεχνολογιών, του διαδικτύου και των φορητών συσκευών στην υγεία, προκύπτει ένα εύρος από τεχνολογικές καινοτομίες που δίνουν στον ασθενή τη δυνατότητα να διαχειριστεί την προσωπική του υγεία.

Συγκεκριμένα, η εφαρμογή MedApps, μέσω μιας ασύρματης κινητής συσκευής χειρός τη HealthPAL, μπορεί να συλλέγει αυτόματα τα δεδομένα από ασθενείς με χρόνιες παθήσεις με τη βοήθεια περιφερειακών συσκευών παρακολούθησης στο σπίτι. Η HealthPAL έχει εγκριθεί από το FDA (Food & Drug Administration) για παρακολούθηση της αρτηριακής πίεσης, του δείκτη μάζας σώματος και της οξυμετρίας. Τα στοιχεία διαβιβάζονται σε ηλεκτρονικό μητρώο υγείας ή λογαριασμό υγείας του χρήστη-ασθενούς. Ως αποτέλεσμα, οι πάροχοι υγειονομικής φροντίδας μπορούν να ελέγχουν τα στοιχεία των ασθενών, μέσω των ηλεκτρονικών μητρώων υγείας ή μιας web based εφαρμογής διαχείρισης ασθενών, για τους επαγγελματίες, τη HealthCOM. Οι ασθενείς έχουν την ευκαιρία να συμμετέχουν ενεργά στην περίθαλψή τους, παραμένοντας ουσιαστικά σε επαφή με τους ιατρούς, μέσω της ανταλλαγής πληροφοριών παρακολούθησης και αξιολόγηση αυτών.



Εικόνα 4.2.4: Ιστοσελίδα του Healthpal (<http://medapps.net/healthpal.html>)

4.2.4 Τήρηση της Φαρμακευτικής Αγωγής

Η τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής κρίνεται απαραίτητη για τη βελτίωση/αποκατάσταση της υγείας του ασθενούς και αποτελεί ένα σημαντικό μέρος κατά τη διαχείριση χρόνιων παθήσεων. Ωστόσο, στην Κινητή Υγεία ερευνάται ως

ξεχωριστός τομέας, λόγω της ύπαρξης τεράστιου αριθμού ειδικών προγραμμάτων και τεχνολογιών για την αντιμετώπιση αυτού του θέματος.

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO, 2001) ορίζει την τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής ως «ο βαθμός στον οποίο η συμπεριφορά ενός ατόμου, λαμβάνοντας φαρμακευτική αγωγή μετά από μια δίαιτα, και/ή εκτελώντας αλλαγές στον τρόπο ζωής, είναι σύμφωνη αντιστοιχεί με τις συστάσεις του φορέα παροχής υγειονομικής περίθαλψης». Η περιορισμένη τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής μπορεί να έχει αρνητικές συνέπειες για το ίδιο το άτομο, την οικογένεια του και την κοινωνία, διότι αυξάνει σημαντικά το κόστος και επιβαρύνει την ασθένεια.

Ένα παράδειγμα αποτελεί η εφαρμογή SMS for LIFE, της DataDyne που διαθέτει έναν αριθμό νέων έργων στον τομέα της υγείας, συμπεριλαμβανομένων των συστημάτων που βασίζονται στη χρήση της υπηρεσίας σύντομων μηνυμάτων (Short Message Service-SMS). Το σύστημα SMS for LIFE εφαρμόζεται για τήρηση της φαρμακευτικής αγωγής όπως, σε έναν εμβολιασμό, για να υπενθυμίσει και να ευαισθητοποιήσει τους γονείς των παιδιών όταν οι εμβολιασμοί κρίνονται απαραίτητοι. Επιπλέον, δημιουργήθηκε και ένα σύστημα ειδήσεων μέσω SMS, όπου οι συμμετέχοντες λαμβάνουν δωρεάν ειδοποιήσεις με μηνύματα πάνω σε θέματα δημόσιας υγείας.

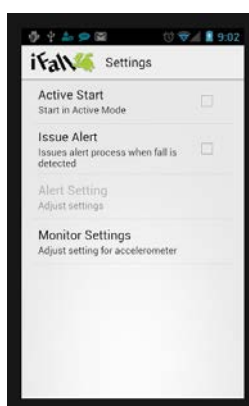


Εικόνα 4.2.5: Ιστοσελίδα του SMS for LIFE (<http://www.mhealthinfo.org/project/sms-life>)

4.2.5 Παρακολούθηση με Ασφάλεια

Η Κινητή Υγεία περιλαμβάνει εφαρμογές για παρακολούθηση του ασθενούς. Αναλυτικά, σε επείγουσες καταστάσεις παρέχεται ανίχνευση πτώσης και εντοπισμού θέσης, παρακολούθηση των ασθενών, όσον αφορά στην τοποθεσία, την ισορροπία και τη βάρδιση τους, μέσω συσκευών που μπορούν να ενσωματωθούν σε κινητά τηλέφωνα και εντοπισμού με GPS-Global Positioning System.

Ενδεικτικά, η εφαρμογή iFall, για κινητές συσκευές με λειτουργικό σύστημα Android, η οποία ακούει το επιταχυνσιόμετρο του τηλεφώνου και προσπαθεί να εντοπίσει μια πτώση του ασθενούς όταν έχει συμβεί. Κατά τη διαδικασία εντοπισμού της πτώσης υπάρχουν τρία στάδια: 1. η πτώση, 2. οι επιπτώσεις από την επαφή με το έδαφος, 3. το χρονικό διάστημα που δείχνει ότι ο χρήστης είναι ξαπλωμένος, άρα τραυματίας και χρειάζεται βοήθ. Όταν η πτώση εντοπιστεί ο χρήστης δέχεται ένα μήνυμα. Αν ο χρήστης απαντήσει άμεσα, τότε μειώνονται οι πιθανότητες εσφαλμένης πτώσης. Σε περίπτωση που ο χρήστης δεν απαντήσει άμεσα στο μήνυμα, λήγει ο χρόνος απόκρισης, τότε η επικοινωνία κρίνεται έκτακτης ανάγκης και ενεργοποιείται αυτόματα νέα διαδικασία για να εκτιμηθεί περαιτέρω η κατάσταση.



Εικόνα 4.2.6: Η οθόνη του iFall σε κινητό τηλέφωνο
(<https://play.google.com/store/apps/details?id=edu.fsu.cs.ifall&hl=el>)

4.3 Ηλεκτρονικές Πύλες Αξιολόγησης Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας

Κατ' εξοχήν οι οργανισμοί υγείας αποτελούν χώρους παροχής υπηρεσιών και έχουν την υποχρέωση να αποδίδουν τα μέγιστα για να καλύπτουν, όχι απλώς, τις βασικές ανάγκες, αλλά να προωθούν και να φροντίζουν για την καλύτερη, πληρέστερη κάλυψη και εξυπηρέτηση των ασθενών. Προς αυτήν την κατεύθυνση προσανατολίζονται οι ηλεκτρονικές πύλες που σκοπό έχουν την αξιολόγηση αυτών των φορέων.

Χαρακτηριστικό παράδειγμα αποτελεί η ιστοσελίδα Patient Opinion στη Βρετανία (<https://www.patientopinion.org.uk/>), που καθιερώθηκε το 2005 και είναι μία ανεξάρτητη μη κερδοσκοπική πλατφόρμα ανατροφοδότησης για τις υπηρεσίες υγείας. Μέσω αυτής της ιστοσελίδας έχουν τη δυνατότητα, τόσο ασθενείς, όσο και απλοί επισκέπτες νοσοκομείων να κάνουν γνωστές προσωπικές ιστορίες, ιδέες και

προτάσεις με απώτερο σκοπό τη βελτίωση του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Οι διαχειριστές της ιστοσελίδας προσπαθούν να διοχετεύσουν τις πληροφορίες που συλλέγουν, μέσω της ιστοσελίδας στους αρμόδιους φορείς.



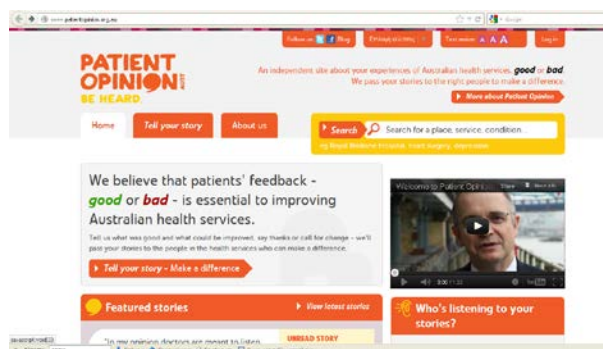
Εικόνα 4.3.1: Ιστοσελίδα του Patient Opinion στη Βρετανία (<https://www.patientopinion.org.uk/>)

Για παράδειγμα το Colchester Hospital University κάνει ανάρτηση στην ιστοσελίδα του (http://www.colchesterhospital.nhs.uk/rss_patient_opinion.shtml) των σχολίων που εμφανίζονται στην ιστοσελίδα του Patient Opinion και αφορούν περιστατικά τα οποία αντιμετωπίστηκαν στα διάφορα τμήματα του νοσοκομείου.



Εικόνα 4.3.2: Ιστοσελίδα του Colchester Hospital University (http://www.colchesterhospital.nhs.uk/rss_patient_opinion.shtml)

Αντίστοιχα, στην Αυστραλία η ιστοσελίδα Patient Opinion καθιερώθηκε το 2012, (<http://www.patientopinion.org.au/>) και χαρακτηρίζεται ως ένα ανεξάρτητο, μη κερδοσκοπικό φιλανθρωπικό ίδρυμα. Η λειτουργία της είναι ίδια με την ιστοσελίδα Patient Opinion της Βρετανίας, δηλαδή ασθενείς ή/και απλοί επισκέπτες νοσοκομείων γνωστοποιούν προσωπικές ιστορίες και προτάσεις στην ιστοσελίδα.



Εικόνα 4.3.3: Ιστοσελίδα του Patient Opinion στην Αυστραλία (<http://www.patientopinion.org.au/>)

Η αποτελεσματική λειτουργία της ιστοσελίδας Patient Opinion, έγκειται στο γεγονός ότι οργανισμοί υγειονομικής περίθαλψης είναι σε θέση να αφουγκραστούν εύκολα τις πληροφορίες που λαμβάνουν από ανατροφοδότηση (feedback) και να βελτιώσουν τα σημεία που θεωρούνται προβληματικά.

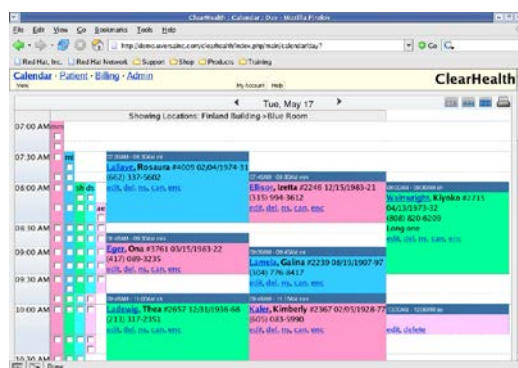
4.4 Εφαρμογές Ανοικτού Κώδικα στην Υγεία

Τα τελευταία χρόνια έχει αυξηθεί η ανάπτυξη λογισμικών ανοικτού κώδικα, του οποίου ο πηγαίος κώδικας διατίθεται ελεύθερα σε αυτούς που θέλουν να τον εξετάσουν και/ή τροποποιήσουν ή χρησιμοποιήσουν σε άλλες εφαρμογές, στο χώρο της υγείας. Αναμφισβήτητα, ανεξάρτητα από την οικονομική κατάσταση μιας χώρας, η υγειονομική περίθαλψη είναι σημαντικός παράγοντας για την κοινωνία. Στο σημείο αυτό παρουσιάζονται ορισμένες εφαρμογές ανοικτού κώδικα, οι οποίες αφορούν Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο (Electronic Medical Records-EMR) και Ιατρικές Πρακτικές Διαχείρισης (Medical Practice Management-MPM). Αναλυτικά, ορισμένες εφαρμογές είναι οι ακόλουθες:

- **ClearHealth**

Η ιστορία του ClearHealth ξεκίνησε από προγραμματιστές πυρήνα πολλών άλλων ανοικτού κώδικα (open source) λογισμικών συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης, συμπεριλαμβανομένης των OpenEMR και FreeMed. Ανήκει σε μια νέα γενιά ιατρικού λογισμικού, που σχεδιάστηκε για κλινικές και νοσοκομεία. Το ClearHealth κυκλοφόρησε στην πρώτη έκδοση του το 2003, υποστηρίζοντας κυρίως δυνατότητες προγραμματισμού/οργάνωσης. Η αναβάθμιση της πρώτης έκδοσης 1.0 έγινε τον Οκτώβριο του 2005, η οποία περιλάμβανε προσθήκες, στις αρχικές δυνατότητες,

όπως την εγγραφή του ασθενούς, δημογραφικά στοιχεία και ηλεκτρονική τιμολόγηση. Τον Ιούλιο του 2007, η έκδοση 2.0 που κυκλοφόρησε, πρόσθεσε τα ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία και τις δυνατότητες ενός ολοκληρωμένου συστήματος αναφοράς στηριζόμενο σε SQL- Structured Query Language, για τη διαχείριση βάσεων δεδομένων.



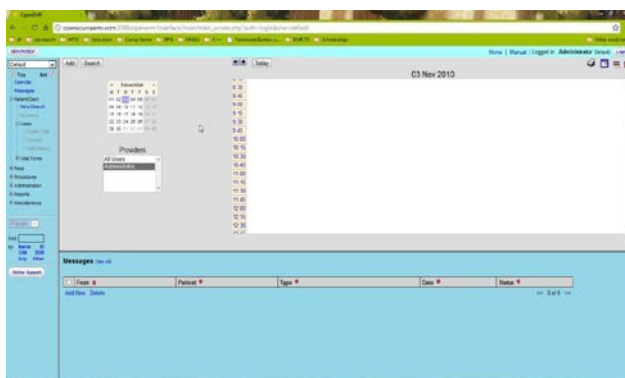
Εικόνα 4.4.1: Η διεπαφή του ClearHealth

Το ClearHealth πλέον, καλύπτει τους 5 βασικούς τομείς των πρακτικών δραστηριοτήτων, αναλυτικά, περιλαμβάνει τον προγραμματισμό, την τιμολόγηση, το EMR-Electronic Medical Record, το HIPAA-Health Insurance Portability and Accountability Act, καθώς επίσης και τους τομείς της ασφάλειας και είσπραξης λογαριασμών. Επίσης περιλαμβάνει επιπλέον δυνατότητες όπως αποθήκευση εγγράφων, εκθέσεις/φόρμες, εργαστηριακά αποτελέσματα και διαχείριση (management). Η χρήση του ανοικτού λογισμικού στην ουσία μας παρέχει την πλήρη ιδιοκτησία του συστήματος και το δικαίωμα να ελέγχουμε πότε και πως θα κάνουμε αναβάθμιση, καθώς και την οικονομικότερη προσαρμογή του λογισμικού μας στις ιδιαίτερες ανάγκες μας. Το ClearHealth μπορεί να τρέξει σε Windows, Linux or Mac OS X, Apache και MySQL, είναι μια web-based εφαρμογή, πράγμα το οποίο σημαίνει ότι χρησιμοποιείται το πρόγραμμα περιήγησης στο διαδίκτυο για να συνδεθούμε στο σύστημα. Το λογισμικό αυτό χρησιμοποιείται παγκοσμίως σε περισσότερα από 600 μεγάλα νοσοκομειακά ιδρύματα ανά τον κόσμο.

▪ *OpenEMR*

Η πρώτη έκδοση του λογισμικού OpenEMR αναπτύχθηκε τον Ιούνιο του 2001, από τη Synitech και πλέον αποτελεί ένα υπερπλήρες πρόγραμμα, το οποίο θεωρείται από τα πιο απλά του είδους και έχει καταφέρει να εκτοπίσει άλλες διάσημες εμπορικές εφαρμογές κλειστού κώδικα, όπως το MedicalManager και το HealthPro. Το OpenEMR περιλαμβάνει διαχείριση πρακτικών (Practice Management), πλήρως

ολοκληρωμένο ηλεκτρονικό ιατρικό φάκελο, προγραμματισμό ιατρικής επίσκεψης, ηλεκτρονική τιμολόγηση υπηρεσιών και ηλεκτρονική συνταγογράφηση. Μπορεί να εγκατασταθεί σε περιβάλλον Linux, Windows, Mac OS X.

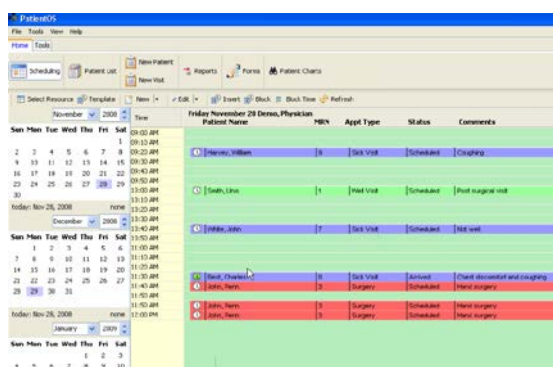


Εικόνα 4.4.2: Η διεπαφή του OpenEMR

▪ *PatientOS*

Το PatientOS έχει σχεδιαστεί από την αρχή να είναι ένα Πληροφοριακό Σύστημα Υγείας (Health Information System-HIS). Η αρχιτεκτονική του λογισμικού, έχει σχεδιαστεί με πρότυπα και πλαίσια, για πολύπλοκες ανάγκες και προκλήσεις μιας επιχείρησης με ευρύ σύστημα πληροφοριών.

Πρόκειται για ένα Σύστημα Πληροφοριών Υγείας για μικρά νοσοκομεία και κλινικές, το οποίο περιλαμβάνει προγραμματισμό ασθενών, παραγγελίες, ιατρικά αρχεία, φαρμακευτικά, κλινικά αρχεία και λογιστικά. Υποστηρίζει κατανεμημένα κλινικά συστήματα. είναι γραμμένο σε γλώσσα προγραμματισμού Java με ένα σύνολο προσαρμόσιμων εργαλείων.



Εικόνα 4.4.3: Η διεπαφή του PatientOS

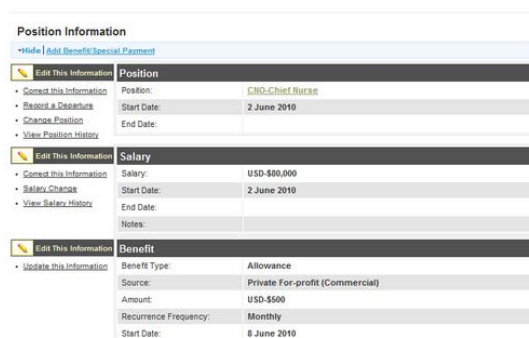
▪ *iHRIS Suite*

Η σουίτα iHRIS είναι λογισμικό ανοικτού κώδικα και προσανατολίζεται στην παρακολούθηση, διαχείριση και σχεδιασμό της υγείας του εργατικού δυναμικού.

Κάθε προϊόν της σουίτας ανταποκρίνεται σε ένα συγκεκριμένο ζήτημα του εργατικού δυναμικού στο χώρο της υγείας και αναλυτικά έχουμε:

- *iHRIS Qualify*, αφορά θέματα υγιούς εκπαίδευσης των εργαζομένων, πιστοποίηση και ασφάλεια .
- *iHRIS Manage*, διατηρεί προσωπική ανάπτυξη, απόδοση και πληροφόρηση.
- *iHRIS Plan*, μοντέλο μακροπρόθεσμης υγείας του εργατικού δυναμικού

Ενώ, η εφαρμογή iHRIS έχει σχεδιαστεί με το υγειονομικό δυναμικό ως ερέθισμα, μπορεί να προσαρμοστεί και για άλλους τύπους του εργατικού δυναμικού ή οργανισμών. Το iHRIS αναπτύχθηκε από το Capacity Project (2005-2009), ένα παγκόσμιο έργο που χρηματοδοτήθηκε από τις Ηνωμένες Πολιτείες Υπηρεσία Διεθνούς Ανάπτυξης (USAID) και υπό την ηγεσία της IntraHealth International. Η IntraHealth International ενισχύει τις τοπικές λύσεις σε προβλήματα υγείας, με τη βελτίωση της επίδοσης των εργαζομένων υγείας, την ενίσχυση των συστημάτων υγείας και την αξιοποίηση τεχνολογίας και συνεργασιών.

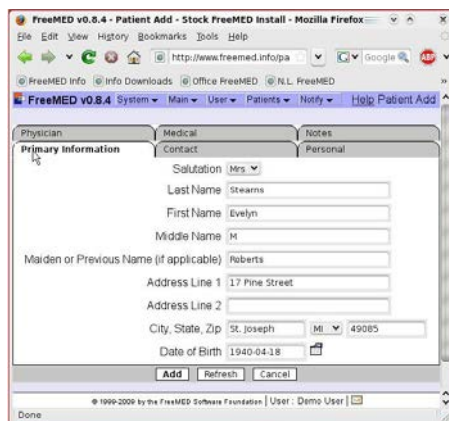


Εικόνα 4.4.4: Η διεπαφή του iHRIS Suite

▪ **FreeMED**

Το FreeMed, ένα ανοικτού κώδικα λογισμικό, υποστηρίζει λειτουργίες όπως Ηλεκτρονικό Ιατρικό Φάκελο (Electronic Medical Record) και Διοικητικές Πρακτικές (Practice Administration), αναπτύχθηκε το 1999 και στηρίζεται σε Linux, Apache, MySQL και PHP. Το FreeMED αποθηκεύει και αντιπροσωπεύει τα ιατρικά του δεδομένα ως μια ομάδα από «ενότητες», που αποτελούνται από ένα μοντέλο βάσης δεδομένων και μία διεπαφή χρήστη. Κάθε μία ομάδα από τις διαφορετικές «ενότητες» στη συνέχεια συνδέονται μεταξύ τους μέσω των πεδίων του πίνακα της σχεσιακής βάσης, που περιέχει και άλλες «ενότητες» και τα βασικά δημογραφικά στοιχεία των ασθενών. Το γεγονός αυτό επιτρέπει στο FreeMED να προσθέτει και να αφαιρεί σημαντική λειτουργικότητα της βάσης δεδομένων, προσθέτοντας και

αφαιρώντας «ενότητα» χωρίς να χρειάζεται να επαναπρογραμματιστεί η διεπαφή του.



Εικόνα 4.4.5: Η διεπαφή του FreeMED

▪ Care2X

Το Care2X είναι ένα ανοικτού κώδικα λογισμικό, θεωρείται ένα ολοκληρωμένο πληροφοριακό σύστημα διαχείρισης νοσοκομείων και ένα ηλεκτρονικό σύστημα μητρώων υγείας. Το λογισμικό αυτό στηρίζεται σε PHP, MySQL και PostgreSQL. Το Care2X χρησιμοποιείται σε πολλούς τομείς, όπως χειρουργική, νοσηλευτική, εξωτερικά ιατρεία, εργαστήρια, φαρμακείο, χρονοπρογραμματιστό ασθενούς, υποστήριξη και επικοινωνία.



Εικόνα 4.4.6: Η διεπαφή του Care2X



1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Κατά την τελευταία δεκαετία το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Ένα πλήθος προϊόντων νέας τεχνολογίας, όπως τα smartphones και τα tablet PCs, παρέχουν τη δυνατότητα δημιουργίας και χρήσης ηλεκτρονικής κλίμακας για τη διεξαγωγή ερευνών με αντικείμενο την αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

1.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας διδακτορικής διατριβής είναι ο προσδιορισμός μιας έγκυρης διαδικτυακής κλίμακας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών σε φορείς υγείας της Ελλάδας, προσαρμόσιμη σε οποιοδήποτε νοσηλευτικό ή άλλο τμήμα του φορέως, με τη χρήση φορητών συσκευών, καθώς και ο προσδιορισμός εύχρηστης συσκευής για την εγκατάσταση του διαδικτυακού συστήματος.

1.2 Ερευνητικό Πρόβλημα

Με βάση την επιστημονική βιβλιογραφική ανασκόπηση εξάγεται το συμπέρασμα ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι εύκολο να διερευνηθεί και εκτιμηθεί. Το γεγονός ότι κάθε φορέας υγείας χρησιμοποιεί δική του κλίμακα για τον προσδιορισμό του βαθμού ικανοποίησης, έχει ως αποτέλεσμα πολλά θέματα στη συγκεκριμένη γνωστική περιοχή να παρουσιάζονται ως ερευνητικά κενά. Η καταγραφή της άποψης των χρηστών υπηρεσιών υγείας και η αξιολόγηση αυτής, από τους Φορείς Υγείας, μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχουν. Αντικείμενο της παρούσας διδακτορικής εργασίας είναι να δημιουργηθεί μία εύχρηστη και παραμετροποιημένη διαδικτυακή εφαρμογή στην οποία θα προσαρμοστεί έγκυρη κλίμακα, ώστε με χρήση φορητών συσκευών, να πραγματοποιείται η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών, αντικαθιστώντας με αυτόν τον τρόπο τις παραδοσιακές μεθόδους, όπως έντυπα ερωτηματολόγια, ταχυδρομική αποστολή ερωτηματολογίων ή τηλεφωνικές συνεντεύξεις, που χρησιμοποιούνται, ως σήμερα, για το σκοπό αυτό.

Στο πλαίσιο της διατριβής και της επίτευξης των στόχων της είναι απαραίτητο να δοθούν απαντήσεις στις ακόλουθες ερωτήσεις:

- Πώς τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία των χρηστών συσχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης τους;
- Πώς τα μετρήσιμα υλικά χαρακτηριστικά, όπως ξενοδοχειακός εξοπλισμός του φορέα υγείας, επηρεάζουν την άποψη των ασθενών;
- Πώς τα μετρήσιμα μη υλικά χαρακτηριστικά, όπως συναισθηματική στήριξη, ενημέρωση, συμπεριφορά, από τους επαγγελματίες υγείας επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών;
- Ποια συσκευή θεωρούν οι χρήστες κατάλληλη για την εγκατάσταση της διαδικτυακής εφαρμογής;
- Ποια χαρακτηριστικά, όπως μέγεθος συσκευής ή γραμματοσειράς, θεωρούν οι χρήστες ότι θα πρέπει να έχει η συσκευή για να είναι εύχρηστη;
- Ποια χαρακτηριστικά του νοσηλευόμενου πληθυσμού συσχετίζονται θετικά με τη χρήση της διαδικτυακής εφαρμογής;

Επομένως, η παρούσα εργασία θα πρέπει να εντοπίσει και να διερευνήσει τα κριτήρια με τα οποία μπορεί να χρησιμοποιηθεί μια έγκυρη και προσαρμόσιμη κλίμακα προκειμένου:

- να αποτυπωθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τους επαγγελματίες υγείας.
- να αξιολογείται από τους ασθενείς ο Φορέας Παροχής Υπηρεσιών Υγείας.
- να εντοπίζονται οι ελλείψεις και οι αδυναμίες στην παροχή υπηρεσιών.
- να αξιολογούνται οι επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στους φορείς υγείας.
- να παρέχεται δυνατότητα έκφρασης ελεύθερης γνώμης και ενεργού συμμετοχής των χρηστών υπηρεσιών υγείας στο σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, θα διερευνηθεί ο τύπος της συσκευής που είναι κατάλληλος για την εγκατάσταση και εφαρμογή της διαδικτυακής κλίμακας.



2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

2.1 Μεθοδολογία

Η ενότητα αυτή διαιρείται σε φάσεις ανάπτυξης για την περιγραφή και προσέγγιση του ερευνητικού προβλήματος. Οι φάσεις αυτές, που παρουσιάζονται στο Σχήμα 2.1 αντιστοιχούν στα στάδια που ακολουθήθηκαν από την κατανόηση-ανάλυση και σχεδιασμό του συστήματος, έως την υλοποίηση και τον έλεγχο της απόδοσης του.



Σχήμα 2.1: Φάσεις Ανάπτυξης Διαδικτυακού Συστήματος Μέτρησης της Ικανοποίησης Νοσηλευόμενων Ασθενών από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας

Η πρώτη φάση της μεθοδολογίας αναφέρεται ως «Κατασκευή Έντυπου Ερωτηματολογίου-Πιλοτικές Δοκιμές». Στο στάδιο αυτό πραγματοποιήθηκε η δημιουργία ενός έντυπου ερωτηματολογίου, καθώς και οι πιλοτικές εφαρμογές αυτού, για έλεγχο και εξαγωγή στοιχείων που χαρακτηρίζονται ως ορθά και συνεπή, για τη συνέχεια της έρευνας.

Η δεύτερη φάση καλείται «Ανάπτυξη Συστήματος» και παρουσιάζεται ο σχεδιασμός, η υλοποίηση και ο τρόπος λειτουργίας του διαδικτυακού συστήματος, καθώς και οι προδιαγραφές που πρέπει να τηρούν οι φορητές συσκευές για την εγκατάσταση του.

Στην τρίτη φάση, η οποία αναφέρεται και ως «Διεξαγωγή Έρευνας» αφορά τη διεξαγωγή της έρευνας στην παρούσα μελέτη.

Στη συνέχεια παρουσιάζονται αναλυτικά τα βήματα που ακολουθούνται σε κάθε φάση κατά την ερευνητική πορεία.

2.2 Α΄ Φάση: Κατασκευή Έντυπου Ερωτηματολόγιου- Πιλοτικές Δοκιμές

2.2.1 Δομή Έντυπου Ερωτηματολόγιου

Λαμβάνοντας υπόψη το γεγονός ότι μέχρι σήμερα το κάθε τμήμα/κλινική και φορέας υγείας διανέμει το δικό του έντυπο ερωτηματολόγιο, αντικείμενο της πρώτης φάσης της μελέτης ήταν η δημιουργία, αρχικά, ενός ενιαίου έντυπου ερωτηματολόγιου που στη συνέχεια θα πάρει ηλεκτρονική μορφή και η συμπλήρωση του θα γίνεται μέσω του διαδικτύου με τη χρήση φορητών συσκευών.

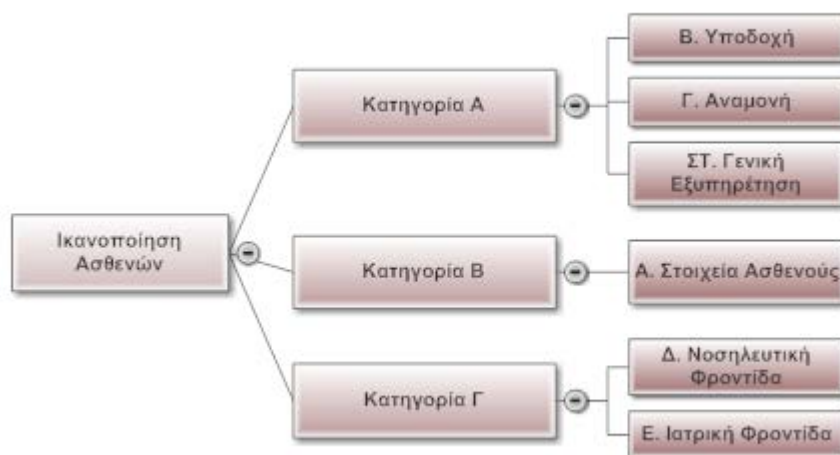
Προκειμένου να διερευνηθούν οι παράγοντες, που επηρεάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, στους οποίους στηρίζεται και η δομή του έντυπου ερωτηματολόγιου, πραγματοποιήθηκε εκτενής αναζήτηση σε διευθύνσεις γνωστών ινστιτούτων και περιοδικών (Picker Institute Europe, IQ in Health Care, BMC Health Services Research, Social Science and Medicine), καθώς και σε βιβλιογραφία στον ελληνικό και διεθνή χώρο (όπως PubMed) χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά τους όρους: «ικανοποίηση ασθενών», «νοσηλευόμενοι ασθενείς και ικανοποίηση», «ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών», «έρευνες ικανοποίησης ασθενών από παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας», «ποιότητα υπηρεσιών υγείας», ‘indoor patient satisfaction’ ‘indoor patient questionnaire’, ‘healthcare services and quality’, ‘satisfaction survey in health’, ‘indoor patient and quality of healthcare’, ‘validity and reliability of questionnaire’, καθώς και μελέτες ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση νοσηλευόμενων από τις υπηρεσίες υγείας.

Επιπρόσθετα, για την ορθή δομή του ερωτηματολόγιου η διατύπωση των ερωτήσεων, έγινε βάσει προτεινόμενων οδηγιών σχετικής βιβλιογραφίας, καθώς και αντίστοιχων ερωτηματολογίων, που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνες στον ελληνικό και διεθνή χώρο (Niakas και συν., 2000; Σουλιώτης και συν., 2003; Gasquet et al., 2004; Πολύζος και συν., 2005; Gnardellis et al., 2005).

Μετά τη διεξοδική μελέτη της βιβλιογραφίας σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών προκύπτουν οι ακόλουθες κατηγορίες (Abramowitz et al., 1987; Atkinson et al., 2004; Λαζάρου, 2005; Jawahar, 2007; Κωσταγιόλας και συν., 2008; Scotto et al., 2009; Ng et al., 2009, Woodward, 2009, Νικολάου, 2011):

- **Κατηγορία Α:** Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας. Αναλυτικά, σε αυτή την κατηγορία ανήκουν οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, η ευκολία πρόσβασης των ασθενών στις υπηρεσίες υγείας, οι ανέσεις στους κοινόχρηστους χώρους και η διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων.
- **Κατηγορία Β:** Τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Η κατηγορία αυτή περιλαμβάνει τα κοινωνικο-δημογραφικά στοιχεία του ασθενούς, όπως ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, εκπαίδευση και ασφαλιστικό ταμείο, καθώς τον λόγο για τον οποίο βρίσκεται στο φορέα υγείας.
- **Κατηγορία Γ:** Τα χαρακτηριστικά που αναπτύσσονται στις σχέσεις μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών. Η κατηγορία αυτή αναφέρεται σε ιδιαίτερα στοιχεία όπως ενημέρωση, προθυμία και φιλική διάθεση που οφείλουν να διέπουν τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας, πέρα από τον επαγγελματισμό και την επιστημονική δεξιότητα, απέναντι στους ασθενείς.

Συνεπώς, βάσει των τριών κατηγοριών οι ερωτήσεις ενός έντυπου ερωτηματολογίου κατανέμονται στις εξής ενότητες: Δημογραφικά Στοιχεία, Υποδοχή, Αναμονή, Νοσηλευτική Φροντίδα, Ιατρική Φροντίδα και Γενική Εξυπηρέτηση.



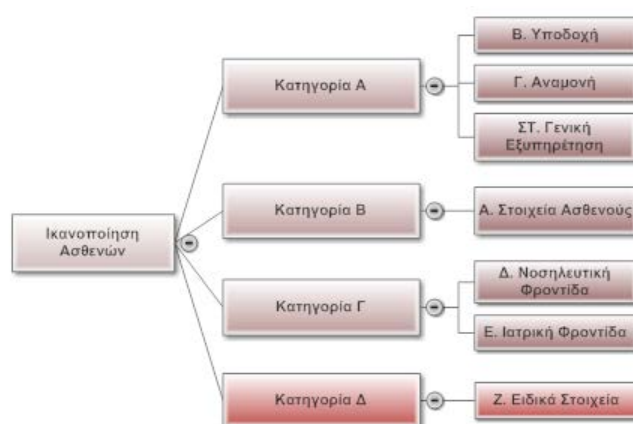
Σχήμα 2.2: Δομή ενός έντυπου ερωτηματολογίου

Στο πλαίσιο της παρούσας μελέτης και λαμβάνοντας υπόψη το σκοπό της διδακτορικής διατριβής, για δημιουργία μιας έγκυρης διαδικτυακής κλίμακας που να

είναι προσαρμόσιμη σε οποιοδήποτε τμήμα ή κλινική ή φορέα υγείας, προστέθηκε μία ακόμη κατηγορία (Κατηγορία Δ).

- **Κατηγορία Δ: Ειδικά Στοιχεία.** Τα στοιχεία που περιλαμβάνει η κατηγορία αυτή, είναι κάποια ειδικά στοιχεία που χαρακτηρίζουν ένα τμήμα ή κλινική ή φορέα υγείας, που επισκέπτεται ο ασθενής.

Συνεπώς, δημιουργήθηκε μία δυναμική ενότητα «Ειδικά Στοιχεία», της οποίας το περιεχόμενο προσαρμόζεται ανάλογα με το τμήμα ή κλινική ή φορέα υγείας, όπου γίνεται χρήση του ερωτηματολογίου, ενώ όλες οι άλλες ενότητες είναι κοινές και δεν αλλάζει το περιεχόμενό τους.



Σχήμα 2.3: Δομή ενιαίου έντυπου ερωτηματολογίου

Αναλυτικά, το έντυπο ερωτηματολόγιο που κατασκευάστηκε έχει την ακόλουθη δομή:

- **Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:** Η πρώτη ενότητα περιέχει ερωτήσεις αναφορικά με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, ασφαλιστικό ταμείο).
- **Β. ΥΠΟΔΟΧΗ:** Η δεύτερη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις που εστιάζονται στη συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής προς τους ασθενείς.
- **Γ. ΑΝΑΜΟΝΗ:** Στην τρίτη ενότητα ανήκουν ερωτήσεις που αναφέρονται τόσο στα χαρακτηριστικά υποδομής της αίθουσας αναμονής (καθαριότητα, ευρυχωρία, θερμοκρασία) όσο και στο χρόνο αναμονής του ασθενούς σε αυτή.
- **Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:** Η τέταρτη ενότητα περιλαμβάνει ερωτήσεις οι οποίες επικεντρώνονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού, αξιολογώντας τόσο τη συμπεριφορά και ενημέρωση που

δέχτηκαν από τους νοσηλευτές όσο και την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα που υπέδειξαν.

- **E. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ:** Στην πέμπτη ενότητα ζητείται από τους ασθενείς με ένα σύνολο ερωτήσεων να αξιολογήσουν και να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησής τους από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού, καθώς και από χαρακτηριστικά όπως η συμπεριφορά, η ενημέρωση και η ψυχολογική υποστήριξη που δέχτηκαν από τους ιατρούς.
- **ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ:** Η έκτη ενότητα περιέχει ερωτήσεις οι οποίες προσανατολίζονται σε εσωτερικές διαδικασίες (μηχανισμό εξυπηρέτησης από τη γραμματεία) του φορέα υγείας για τη διαχείριση των ασθενών, καθώς και σε υπηρεσίες και παροχές του φορέα όπως εύκολη πρόσβαση στους χώρους και χώρο στάθμευσης.
- **Z. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:** Η έβδομη ενότητα περιλαμβάνει ένα σύνολο ερωτήσεων, οι οποίες προσαρμόζονται ανάλογα με το τμήμα/κλινική ή το φορέα υγείας, στον οποίο εισήχθη ή επισκέφτηκε ο ασθενής και οι οποίες αναφέρονται σε στοιχεία και υπηρεσίες που χαρακτηρίζουν το τμήμα/κλινική ή το φορέα υγείας.

Οι ερωτήσεις στις ενότητες Υποδοχή, Αναμονή, Νοσηλευτική Φροντίδα, Ιατρική Φροντίδα, Γενική Εξυπηρέτηση και Ειδικά Στοιχεία, που διερευνούν την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες, είναι ερωτήσεις κλειστού τύπου Likert, στις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να αποτυπώσουν την άποψη τους ακολουθώντας την πεντάβαθμη κλίμακα έντασης (Likert). Οι απαντήσεις ακολουθούν τη μορφή «1: Πολύ δυσαρεστημένος» και «5: Πολύ ικανοποιημένος».

Στην παρούσα μελέτη, η κλίμακα με πέντε διαβαθμίσεις προτιμήθηκε έναντι των κλιμάκων με περισσότερες διαβαθμίσεις, καθώς αφ' ενός έχει θεωρηθεί επαρκής από τη διεθνή βιβλιογραφία και αφ' ετέρου η έρευνα απευθύνεται σε ασθενείς με πρόβλημα υγείας, που είτε λόγω της κατάστασης της υγείας τους, είτε της ηλικίας τους δυσκολεύονται στην απομνημόνευση μεγάλου αριθμού πληροφοριών (Αλετράς και συν., 2009, Lynn et al., 2004).

2.2.2 Πιλοτική Δοκιμή Έντυπου Ερωτηματολόγιου

Αρχικά για την παρούσα ερευνητική μελέτη πραγματοποιήθηκε μία πιλοτική δοκιμή του έντυπου ερωτηματολόγιου στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού

Νοσοκομείου (Γ.Ν.) της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου για να προσδιορισθεί η λειτουργικότητα του. Τα στοιχεία αυτής της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν και διαμόρφωσαν την δομή του έντυπου ερωτηματολογίου προκειμένου να χρησιμοποιηθεί στις πιλοτικές δοκιμές διανομής του έντυπου ερωτηματολογίου.

▪ *Πληθυσμός μελέτης*

Ως μέθοδος δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία κατά την οποία 20 ασθενείς (τυχαία επιλογή) συμπλήρωσαν το έντυπο ερωτηματολόγιο.

▪ *Κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη*

Κατά την πιλοτική δοκιμή του έντυπου ερωτηματολογίου τα άτομα που επιλέχθηκαν τυχαία ως δείγμα της έρευνα έπρεπε να ικανοποιούν τις εξής προϋποθέσεις:

- ✓ να έχουν συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του,
- ✓ να γνωρίζουν καλά την Ελληνική γλώσσα,
- ✓ να υπάρχει η συναίνεση του ίδιου του ερωτώμενου, αφού είχε προηγηθεί ενημέρωσή του σχετικά με τον σκοπό της έρευνας,
- ✓ να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του θεράποντα ιατρού, ότι ο ασθενής είναι σε θέση να συμμετάσχει στην έρευνα.

▪ *Μέσα συλλογής στοιχείων*

Οι παρατηρήσεις της πιλοτικής εφαρμογής καταγράφηκαν από την ερευνήτρια σε ένα ημερολόγιο που περιλάμβανε συντακτικές διορθώσεις, καθώς επίσης και παρατηρήσεις ως προς το περιεχόμενο και τη διατύπωση των ερωτήσεων, ώστε να είναι πιο κατανοητές.

▪ *Διαδικασία συλλογής στοιχείων*

Κατά την πιλοτική εφαρμογή του έντυπου ερωτηματολογίου η ερευνήτρια με τη μέθοδο της συνέντευξης κατέγραψε τις παρατηρήσεις του δείγματος σχετικά με τη διατύπωση και το περιεχόμενο των ερωτήσεων.

2.2.3 Διανομή Έντυπου Ερωτηματολογίου

Στη συνέχεια έγινε πιλοτική δοκιμή διανομής του έντυπου ερωτηματολογίου σε δύο φάσεις. Αρχικά σε ασθενείς βραχείας νοσηλείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), Γενικού Νοσοκομείου (Γ.Ν.) της 6^{ης} Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου και στη συνέχεια σε τρία Κέντρα Υγείας του Νομού Λακωνίας, για να μελετηθεί περαιτέρω ως προς την αξιοπιστία και εγκυρότητα του.

▪ Πληθυσμός μελέτης

Στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, ο πληθυσμός μελέτης ήταν 450 άτομα, που επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας από το σύνολο των ασθενών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του ΤΕΠ κατά το χρονικό διάστημα Ιουλίου-Σεπτεμβρίου 2011. Τα άτομα, κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α) μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψής τους και της παροχής, προς αυτούς, της απαραίτητης υγειονομικής περίθαλψης, ακριβώς πριν την αναχώρησή τους από το χώρο του Νοσοκομείου ή τη μεταφορά τους σε κάποια κλινική, για τις περιπτώσεις εκείνων που έχρηζαν εισαγωγής στο Νοσοκομείο.

Παράλληλα, στα Κέντρα Υγείας, κατά την πιλοτική δοκιμή διανομής έντυπου ερωτηματολογίου (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β), ο πληθυσμός μελέτης ήταν 336 άτομα, για τη χρονική περίοδο Σεπτεμβρίου-Δεκεμβρίου 2011. Τα άτομα, αφού είχαν ενημερωθεί για το σκοπό της έρευνας συμπλήρωναν το ερωτηματολόγιο πριν την αποχώρησή τους από το Κέντρο Υγείας που είχαν επισκεφτεί.

▪ Κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη

Κατά την πιλοτική δοκιμή διανομής του έντυπου ερωτηματολογίου για να ενταχθεί ένας ασθενής στον πληθυσμό μελέτης οφείλει να πληροί τις εξής προϋποθέσεις:

- ✓ να έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του,
- ✓ να γνωρίζει καλά την Ελληνική γλώσσα,
- ✓ να υπάρχει η συναίνεση του ίδιου του ερωτώμενου, αφού είχε προηγηθεί ενημέρωσή του σχετικά με τον σκοπό της έρευνας,
- ✓ να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του θεράποντα ιατρού, ότι ο ασθενής είναι σε θέση να συμμετάσχει στην έρευνα.

- *Μέσα συλλογής στοιχείων*

Στο Γ.Ν. Πελοποννήσου ως μέσο συλλογής των στοιχείων κατά την πιλοτική εφαρμογή στο ΤΕΠ χρησιμοποιήθηκε το έντυπο ερωτηματολόγιο, όπου η ενότητα «Ειδικά Στοιχεία» περιλαμβάνει ένα σύνολο ερωτήσεων (ερωτήσεις 40-44/ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α) που αναφέρονται σε λειτουργικά χαρακτηριστικά για την αξιολόγηση του συγκεκριμένου τμήματος.

Αντίστοιχα, κατά την πιλοτική εφαρμογή στα Κέντρα Υγείας έγινε χρήση του έντυπου ερωτηματολόγιου, όπου στην ενότητα «Ειδικά Στοιχεία» ανήκουν ερωτήσεις αναφορικά με λειτουργικά χαρακτηριστικά ενός κέντρου υγείας (ερωτήσεις 40-44/ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β).

- *Διαδικασία συλλογής στοιχείων*

Η διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων κατά την πιλοτική δοκιμή διανομής έντυπου ερωτηματολόγιου, έγινε από κατάλληλα καταρτισμένα άτομα στο πλαίσιο εκπόνησης της Μεταπτυχιακής Εργασίας τους στο ΠΜΣ του Τμήματος Νοσηλευτικής, του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου (κ. Β. Αδάμη και κ. Ε. Νικολαΐδη) και από το νοσηλευτικό προσωπικό, που δέχθηκε να συμμετέχει σε αυτή τη διαδικασία. Ο ρόλος των ατόμων που συμμετείχαν στη διανομή των ερωτηματολογίων ήταν να καθοδηγεί τους ασθενείς, σε περιπτώσεις που συναντούσαν δυσκολία κατά τη συμπλήρωση, καθώς και να τους υποδείξει που να παραδοθεί το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο.

2.3 Β΄ Φάση: Ανάπτυξη Συστήματος

Στη δεύτερη φάση παρουσιάζονται ο σχεδιασμός του συστήματος, περιγράφονται οι διαδικασίες που ακολουθούνται κατά τη χρήση του, καθώς και ο τρόπος υλοποίησης και οι υλικές προδιαγραφές του.

2.3.1 Σχεδιασμός Συστήματος

Ο σχεδιασμός του Συστήματος πραγματοποιήθηκε με τη χρήση της γλώσσας μοντελοποίησης, UML και του Case Εργαλείου, Rational Rose-SmartDraw 2012. Η



UML ορίζει εννέα (9) είδη διαγραμμάτων, για να αναπαραστήσει τις διαφορετικές απόψεις μοντελοποίησης, που συνθέτουν την περιγραφή του σχεδιασμού. Κατά το σχεδιασμό του συστήματος χρησιμοποιήθηκαν δύο (2) είδη διαγραμμάτων, τα διαγράμματα περιπτώσεων χρήσης (Use Case Diagrams) και τα διαγράμματα σειράς (Sequence Diagrams), τα οποία παρουσιάζονται αναλυτικά στη συνέχεια.

▪ **Διαγράμματα Περιπτώσεων Χρήσης (Use Case Diagrams)**

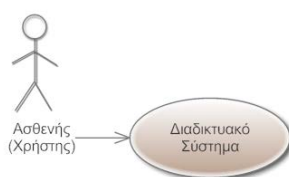
Οι περιπτώσεις χρήσης περιγράφουν την συμπεριφορά του συστήματος από την οπτική γωνία του χρήστη και επιτρέπουν τον ορισμό των ορίων του συστήματος και του περιβάλλοντος. Μια περίπτωση χρήσης αντιστοιχεί σε ένα συγκεκριμένο είδος χρήσης του συστήματος. Είναι μια εικόνα της λειτουργικότητας του συστήματος, το οποίο ενεργοποιείται για να ανταποκριθεί σε έναν εξωτερικό ενεργοποιό (χρήστη). Το μοντέλο περιπτώσεων χρήσης περιλαμβάνει:

- 1) Τις ίδιες τις περιπτώσεις χρήσης
- 2) Τους ενεργοποιούς (χρήστες)

Ένας ενεργοποιός αναπαριστά τον ενεργό ρόλο ατόμου ή την αυτοματοποιημένη έναρξη διαδικασίας. Οι ενεργοποιοί προσδιορίζονται εύκολα αν παρατηρήσουμε τους άμεσους χρήστες του συστήματος, καθώς και κάθε άλλο σύστημα που αλληλεπιδρά με αυτό που αναπτύσσεται. Επιπλέον, οι περιπτώσεις χρήσης ορίζονται παρατηρώντας τις σειρές αλληλεπίδρασης για κάθε ενεργοποιό. Οι συμβολισμοί φαίνονται στο διάγραμμα που ακολουθεί και είναι:

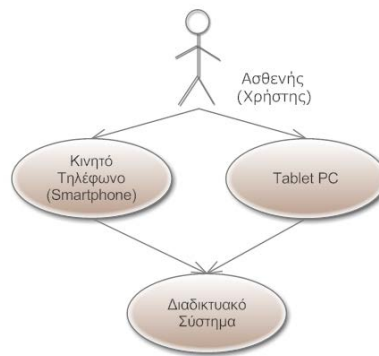
- i. ένα ανθρωπάκι για τον ενεργοποιό 
- ii. και ένα οβάλ σχήμα όπου μέσα αναγράφεται η χρήση για την περίπτωση χρήσης. 

Στο γενικό διάγραμμα περίπτωσης χρήσης παρατηρούμε ότι το ρόλο του ενεργοποιού έχει πάρει ο ασθενής (χρήστης), δηλαδή αυτός αλληλεπιδρά με το σύστημα (Σχήμα 2.4).



Σχήμα 2.4: Γενικό Διάγραμμα Περίπτωσης Χρήσης




Οι περιπτώσεις χρήσεις, όπως αυτές προέκυψαν, από τον ορισμό του προβλήματος, είναι η διαχείριση του Διαδικτυακού Συστήματος Μέτρησης της Ικανοποίησης Νοσηλευόμενων, η οποία μπορεί να γίνει είτε μέσω κινητού τηλεφώνου (smartphone), είτε μέσω ενός Tablet PC (Σχήμα 2.5).



Σχήμα 2.5: Διάγραμμα Περίπτωσης Χρήσης για τη Διαχείριση του Διαδικτυακού Συστήματος

▪ Διαγράμματα Σειράς (Sequence Diagrams)

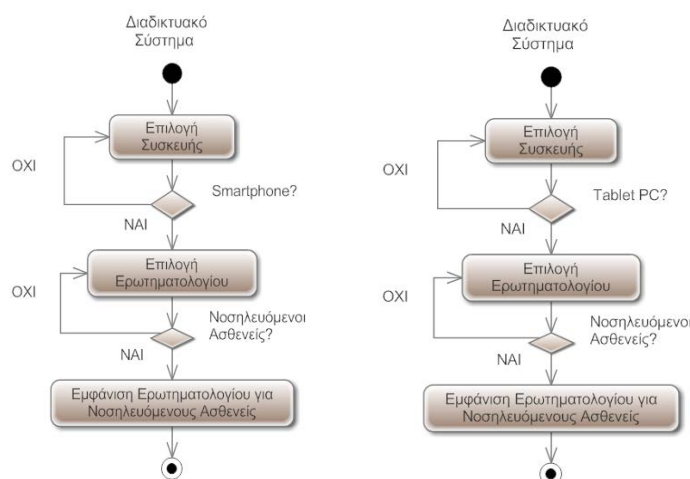
Τα Διαγράμματα Σειράς χρησιμοποιούν τα Διαγράμματα Καταστάσεων (State Diagrams) και δραστηριοτήτων (Activity Diagrams), για να αναπαριστούν τη συμπεριφορά μιας τάξης όσον αφορά στις καταστάσεις που αυτή μπορεί να περιέλθει. Υπάρχουν τριών ειδών καταστάσεις, η αρχική, η ενδιάμεση και η τελική. Τα σύμβολα που χρησιμοποιούνται για την παραγωγή αυτών των διαγραμμάτων είναι:

- i. η αρχική κατάσταση αναπαρίσταται με μια μαύρη τελεία 
- ii. η τελική με μία μαύρη τελεία που την περιβάλλει ένας κύκλος 
- iii. οι ενδιάμεσες καταστάσεις αναπαρίστανται με παραλληλόγραμμα όπου μέσα αναγράφεται η κατάσταση που περιέρχεται το αντικείμενο. 
- iv. οι καταστάσεις συνδέονται με βέλη που καλούνται μεταβάσεις και ενεργοποιούνται από διάφορα γεγονότα τα οποία μας καθορίζουν ποια



μονοπάτια πρέπει να ακολουθηθούν.

Το διάγραμμα καταστάσεων Διαχείρισης του Διαδικτυακού Συστήματος Μέτρησης της Ικανοποίησης, περιγράφει την ενεργοποίηση της δραστηριότητας, η οποία αρχίζει εφόσον ο χρήστης επιλέξει το είδος της συσκευής που θα χρησιμοποιήσει για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, ώστε να καταχωρηθεί αυτή η πληροφορία για περαιτέρω επεξεργασία στην έρευνα μας.



Σχήμα 2.6: Διάγραμματα Σειράς για τη Διαχείριση του Διαδικτυακού Συστήματος (Χρήση smartphone ή Tablet PC)

Στη συνέχεια ο χρήστης πρέπει να επιλέξει το είδος του ερωτηματολογίου που θα συμπληρώσει, στην παρούσα διδακτορική διατριβή αναφερόμαστε σε νοσηλευόμενους ασθενείς Παθολογικής Κλινικής. Οι δυνατές επιλογές της εφαρμογής αφορούν ασθενείς που επισκέπτονται:

- Επείγοντα Περιστατικά
- Εξωτερικά Ιατρεία
- Κέντρο Υγείας
- Κλινική

Για κάθε επιλογή από τις παραπάνω εμφανίζεται σχετικό ερωτηματολόγιο, με το αντίστοιχο σύνολο ερωτήσεων, στην ενότητα «Ειδικά Στοιχεία».

2.3.2 Περιγραφή Συστήματος

Το λογισμικό Mobiq, που χρησιμοποιήθηκε για την προσαρμογή του έντυπου ερωτηματολογίου σε ηλεκτρονική μορφή, επιτρέπει την απρόσκοπτη συλλογή δεδομένων με τη χρήση φορητής συσκευής ακόμα και σε περιπτώσεις που δεν υπάρχει συνδεσιμότητα με κάποιο φυσικό μέσο (ασύρματο δίκτυο, GPRS κλπ.) δεδομένου ότι η κάθε συσκευή διαθέτει δική της αυτόνομη βάση δεδομένων.

Η φιλοσοφία του Mobiq παρέχει τη δυνατότητα στις σύγχρονες επιχειρήσεις, που εφαρμόζουν e-Business μεθόδους, να επεκτείνουν τις δραστηριότητες τους μέσω mobile τεχνολογιών (m-Business). Το περιβάλλον ανάπτυξης των εφαρμογών Mobiq σχεδιάζει και υποστηρίζει δυναμικά το σύνολο των οντοτήτων (έρευνα, ερωτηματολόγια) που εμπλέκονται και αλληλεπιδρούν σε όλες τις φάσεις ανάπτυξης και εκτέλεσης αποκεντρωμένων ερευνών με τη χρήση ασύρματης επικοινωνίας ευφυών συσκευών (hand-held devices ή smartphones).

Επιπρόσθετα, το λογισμικό Mobiq έχει τη δυνατότητα να υποστηρίζει δυναμικά όλες τις απαιτήσεις σχεδίασης, διασύνδεσης και ανάπτυξης ερωτηματολογίων, όπως φαίνεται παρακάτω:

- Πολλαπλές Έρευνες
- Πολλαπλά Ερωτηματολόγια
- Parent - Child Ερωτηματολόγια
- Έλεγχος Εγκυρότητας Απαντήσεων
- Δρομολόγηση Απαντήσεων
- Πολλαπλοί Τύποι Ερωτήσεων (Αριθμητικές, Κείμενο, Λίστες)
- Ερωτήσεις Μονής Επιλογής
- Ερωτήσεις Πολλαπλής Επιλογής (Λογικές, Ranked, Ειδικού Τύπου)
- Ημερομηνία Συμπλήρωσης
- Διάρκεια Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου.

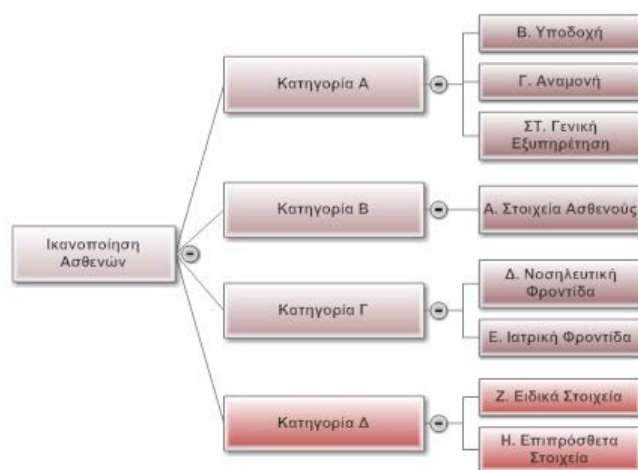
Επίσης, υπάρχει η δυνατότητα λήψης γεωγραφικού στίγματος στο σημείο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Το έντυπο ερωτηματολόγιο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ) που προσαρμόστηκε σε ηλεκτρονική μορφή, ώστε η συμπλήρωση να πραγματοποιείται με τη χρήση του διαδικτύου συστήματος μέσω φορητών συσκευών, περιλαμβάνει τις εξής ενότητες:

- *A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ*: Ερωτήσεις 1-9.

- *B. ΥΠΟΔΟΧΗ*: Ερωτήσεις 10-12.
- *Γ. ΑΝΑΜΟΝΗ*: Ερωτήσεις 13-17.
- *Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*: Ερωτήσεις 18-25.
- *Ε. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ*: Ερωτήσεις 26-32.
- *ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ*: Ερωτήσεις 33-39.
- *Ζ. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ*: Η έβδομη ενότητα περιλαμβάνει ένα σύνολο ερωτήσεων, όπου οι νοσηλεύόμενοι, στην παρούσα έρευνα, καλούνται να αξιολογήσουν την τήρηση ησυχίας, την υποδομή και την καθαριότητα της κλινικής που διέμεναν, αλλά και τη συνολική ικανοποίησή τους από τη φροντίδα και τις υπηρεσίες που τους προσέφεραν (Ερωτήσεις 40 – 48).

Παράλληλα, στο ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο προστέθηκε μία ακόμη ενότητα που καλείται «*Η. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ*» (Ερωτήσεις 49 – 52), την οποία ενσωματώσαμε στην Κατηγορία Δ, λόγω του ότι προσωρινά καλύπτει τις ανάγκες της παρούσας έρευνας (για προσδιορισμό μιας εύχρηστης φορητής συσκευής) και θεωρήθηκε σκόπιμο να συμπεριληφθεί σε αυτή την κατηγορία. Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει τέσσερις ερωτήσεις αναφορικά με τη χρήση της φορητής συσκευής και το βαθμό εξοικείωσης του χρήστη με τις συγκεκριμένες συσκευές με απώτερο στόχο τον προσδιορισμό μιας εύχρηστης φορητής συσκευής για τη χρήση της διαδικτυακής εφαρμογής.



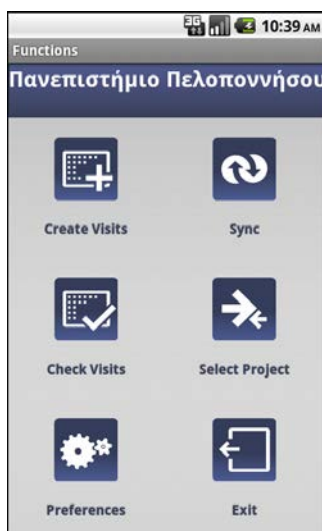
Σχήμα 2.7: Δομή ενιαίου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου

2.3.3 Υλοποίηση Συστήματος

Σε αυτό το σημείο παρουσιάζονται ενδεικτικά εικόνες του διαδικτυακού συστήματος, όπως προέκυψαν από την υλοποίηση του με τη χρήση του λογισμικού Mobiq στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Οι εικόνες είναι από το περιβάλλον προσομοίωσης της οθόνης του συστήματος στο λογισμικό Mobiq, γι' αυτό το λόγο οι επιλογές είναι στα Αγγλικά.

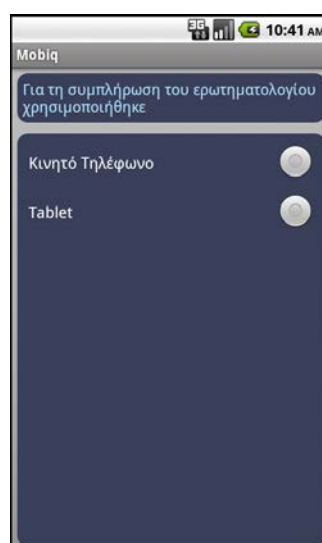
Αναλυτικά, η είσοδος στο σύστημα γίνεται με την εισαγωγή του ονόματος του συστήματος και ενός κωδικού, κατόπιν εμφανίζεται η κεντρική οθόνη (Εικόνα 2.1) της εφαρμογής που δίνει στο χρήστη τη δυνατότητα έξι επιλογών, ως εξής:

- **Δημιουργία (Create Visits):** Η επιλογή αυτή επιτρέπει τη δημιουργία νέου ερωτηματολόγιου για κάποιον χρήστη.
- **Έλεγχος (Check Visits):** Με αυτή την επιλογή φαίνεται το πλήθος των ερωτηματολογίων που έχουν καταχωρήθει, με επιπλέον πληροφορίες όπως ημερομηνία συμπλήρωσης, αν έχει ολοκληρωθεί ή όχι η συμπλήρωσή του, καθώς και αν έχει σταλεί ή εκκρεμεί το ερωτηματολόγιο στη βάση δεδομένων.
- **Προτιμήσεις (Preferences):** Επιλέγοντας τη συγκεκριμένη ένδειξη εμφανίζονται χαρακτηριστικά του συστήματος, όπως έκδοση και όνομα, καθώς δυνατότητα για προσθήκη κάποιων βοηθητικών λειτουργιών στην εφαρμογή.
- **Συγχρονισμός (Sync):** Επιλέγοντας «Συγχρονισμός» όταν υπάρχει πρόσβαση σε ασύρματο δίκτυο, εκτελείται συγχρονισμός μεταξύ της φορητής συσκευής και του server, με τον οποίο συνδέεται και επικοινωνεί η εφαρμογή, για την αποστολή των ολοκληρωμένων ερωτηματολογίων.
- **Επιλογή Έργου/Έρευνας (Select Project):** Η επιλογή αυτή υπάρχει για τη διαχείριση πολλών ερευνών, επιλέγοντας κάθε φορά συγκεκριμένο έργο ή έρευνα. Στην παρούσα έρευνα η επιλογή αυτή είναι ανενεργή εφόσον υπάρχει μόνο μία έρευνα.
- **Έξοδος (Exit):** Η δυνατότητα εξόδου από την εφαρμογή γίνεται με την επιλογή της ένδειξης «Έξοδος».



Εικόνα 2.1: Κεντρική Οθόνη του Διαδικτυακού Συστήματος

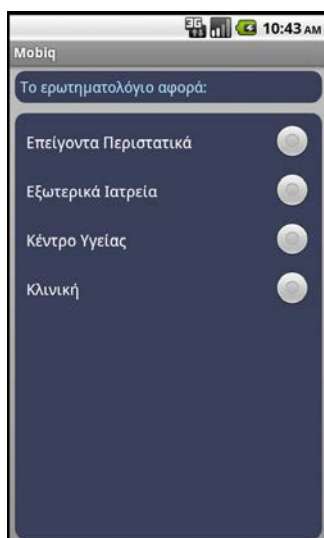
Επιλέγοντας το κουμπί «Δημιουργία» εμφανίζεται η παρακάτω οθόνη (Εικόνα 2.2) όπου δηλώνουμε το είδος της φορητής συσκευής που χρησιμοποιούμε για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου. Υπάρχουν δύο επιλογές Smartphone ή Tablet PC. Με αυτό τον τρόπο καταγράφεται η προτίμηση των χρηστών ως προς το είδος χρήσης της φορητής συσκευής.



Εικόνα 2.2: Οθόνη επιλογής του είδους της φορητής συσκευής

Στη συνέχεια εμφανίζεται μία οθόνη (Εικόνα 2.3) όπου ο χρήστης καλείται να επιλέξει τον τύπο του ερωτηματολογίου, ώστε να εμφανιστεί το σύνολο των ερωτήσεων που σχετίζονται με τον αντίστοιχο τύπο ερωτηματολογίου. Στην παρούσα έρευνα η κατηγορία είναι «Κλινική» και συγκεκριμένα ορίζεται «Παθολογική

Κλινική», εφόσον αντικείμενο μελέτης αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.



Εικόνα 2.3: Οθόνη επιλογής του ερωτηματολογίου βάσει της μονάδας υγείας

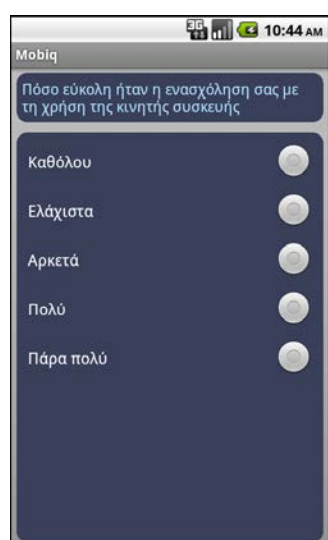
Στη συνέχεια φορτώνεται στην κινητή συσκευή το κατάλληλο ερωτηματολόγιο που αφορά την επιλογή «Κλινική» (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ), ενδεικτικά μία ερώτηση έχει την ακόλουθη μορφή στην οθόνη (Εικόνα 2.4), όπου ο χρήστης καλείται να συμπληρώσει. Κατά τη διάρκεια συμπλήρωσης, όλες οι ερωτήσεις είναι υποχρεωτικές και σε περίπτωση μη συμπλήρωσης αυτών, το σύστημα δεν επιτρέπει τη συνέχιση της διαδικασίας με ταυτόχρονη εμφάνιση αντίστοιχου μηνύματος στην οθόνη του χρήστη. Παράλληλα, η εφαρμογή έχει επιλογή «Προηγούμενο» και «Επόμενο» για πλοήγηση στις ερωτήσεις που έχει ήδη απαντήσει ο χρήστης. Επιπλέον εμφανίζεται η δυνατότητα διαγραφής της απάντησης με την ένδειξη «Διαγραφή» και δυνατότητα τροποποίησης αυτής από το χρήστη. Οι απαντήσεις που αφορούν τις ενότητες: Υποδοχή, Αναμονή, Νοσηλευτική Φροντίδα, Ιατρική Φροντίδα, Γενική Εξυπηρέτηση και Ειδικά Στοιχεία ακολουθούν μια πεντάβαθμη κλίμακα, με τους εξής χαρακτηρισμούς: «Πολύ δυσαρεστημένος», «Δυσαρεστημένος», «Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος», «Ικανοποιημένος» και «Πολύ ικανοποιημένος».



Εικόνα 2.4: Οθόνη με μια ενδεικτική ερώτηση του ερωτηματολόγιου

Αντίστοιχα, στην ενότητα «Επιπρόσθετα Στοιχεία», που αναφέρεται στη χρήση των φορητών συσκευών, οι χρήστες έχουν τη δυνατότητα να επιλέξουν την απάντησή τους από μία πεντάβαθμη κλίμακα με τους εξής χαρακτηρισμούς (Εικόνα 2.5): «Καθόλου», «Ελάχιστα», «Αρκετά», «Πολύ» και «Πάρα πολύ».

Επιπλέον, όταν ο χρήστης ολοκληρώσει το σύνολο των ερωτήσεων εμφανίζεται σχετικό μήνυμα που τον ενημερώνει ότι έχει συμπληρώσει όλες τις ερωτήσεις και ποιες ενέργειες πρέπει να ακολουθήσει για να καταχωρήσει το ερωτηματολόγιο.



Εικόνα 2.5: Οθόνη με μια ενδεικτική ερώτηση του ερωτηματολόγιου για χρήση φορητών συσκευών

2.3.4 Προδιαγραφές Συστήματος

Το λογισμικό που χρησιμοποιήθηκε για την ανάπτυξη του συστήματος είναι το Mobiq, το οποίο μπορεί να εγκατασταθεί σε φορητές συσκευές με λειτουργικά συστήματα:

- Windows Mobile 5.0 ή νεότερο,
- Windows Phone 7,
- Android v2.1 ή νεότερο.

Οι φορητές συσκευές θα πρέπει να συνοδεύονται, με μικρή απόκλιση, από τα ακόλουθα ελάχιστα χαρακτηριστικά:

Display	Type	AMOLED or SLCD capacitive touchscreen, 16M colors
	Size	480 x 800 pixels, 3.7 inches (~252 ppi pixel density)
	Multitouch	Yes
Memory	Internal	576 MB RAM; 512 MB ROM
CPU		1 GHz
Connectivity		Wi-Fi

Πίνακας 2.1: Τεχνικά Χαρακτηριστικά Φορητών Συσκευών

Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιήθηκαν δύο είδη φορητών συσκευών, κινητό τηλέφωνο και ένα Tablet PC. Η επιλογή των συγκεκριμένων συσκευών έγινε με σκοπό τη συγκριτική αξιολόγηση τους για τη διεξαγωγή χρήσιμων συμπερασμάτων ως προς την ευχρηστία και την προτίμηση αυτών των συσκευών.

Συγκεκριμένα, στα πλαίσια της διδακτορικής έρευνας επιλέχθηκε το Smartphone Samsung Galaxy mini (GT-S5570) και το Tablet PC Turbo-X Spice II. Αυτές οι δύο συσκευές καλύπτουν στο σύνολο τους τα παραπάνω χαρακτηριστικά για την ορθή διεξαγωγή της έρευνας.

2.4 Γ' Φάση: Διεξαγωγή Έρευνας

Στην τελευταία φάση της μεθοδολογίας, περιγράφεται ο τρόπος με τον οποίο πραγματοποιείται η έρευνα της παρούσας διδακτορικής διατριβής. Το Διαδικτυακό

Σύστημα Μέτρησης της Ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, που αναπτύχθηκε, εγκαταστάθηκε σε δύο φορητές συσκευές, ένα κινητό τηλέφωνο (smartphone) και ένα Tablet PC, που αποτέλεσαν το εργαλείο της έρευνας.

Συγκεκριμένα, η κύρια έρευνα πραγματοποιήθηκε στην Παθολογική Κλινική, Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών και στην Παθολογική Κλινική, Γενικού Νοσοκομείου Πελοποννήσου για το χρονικό διάστημα Ιουλίου - Σεπτεμβρίου 2012. Δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν νοσηλευόμενοι των παθολογικών κλινικών, οι οποίοι είχαν νοσηλευτεί στο Νοσοκομείο τουλάχιστον για ένα βράδυ και η κατάσταση της υγείας τους, τους επέτρεπε να λάβουν μέρος στην έρευνα. Η ερευνήτρια είχε αποκλειστικά την ευθύνη για τη διανομή των φορητών συσκευών και πραγματοποίησε επισκέψεις στα Νοσοκομεία τις πρωινές και απογευματινές ώρες, για τη διασφάλιση, όσο το δυνατό, αντιπροσωπευτικότερου δείγματος.

Αναλυτικά, η ερευνήτρια αφού ενημέρωνε τους νοσηλευόμενους για το σκοπό της έρευνας, τους ρωτούσε με ποιο τρόπο θα επιθυμούσαν να συμμετέχουν. Οι επιλογές ήταν δύο, είτε κάνοντας χρήση του Smartphone, είτε μέσω του Tablet PC. Μετά την επιλογή της συσκευής άρχισε η διαδικασία συμπλήρωσης μέσω της επιλεγείσας συσκευής από τους ίδιους. Αν και το σύστημα παρέχει τη δυνατότητα η συμπλήρωση, δηλαδή η καταχώρηση των απαντήσεων του ασθενούς στη συσκευή, να πραγματοποιείται από συνοδό ή συγγενή ή νοσηλευτή, σε περιπτώσεις που ο ίδιος δυσκολεύεται, κατά την διεξαγωγή της παρούσας έρευνας η ερευνήτρια όρισε η συμπλήρωση να πραγματοποιείται αποκλειστικά από τον ασθενή, εφόσον αντικείμενο μελέτης αποτελεί και η συγκριτική αξιολόγηση ως προς την ευχρηστία και την προτίμηση των συσκευών, βάσει των δημογραφικών στοιχείων, του ασθενούς, που καταχωρούνται. Επομένως, η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων από τρίτους θα αλλοίωνε τα συμπεράσματα της ενότητας «Επιπρόσθετα Στοιχεία». Κατά τη διάρκεια της συμπλήρωσης του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου η ερευνήτρια ήταν παρούσα για τυχόν διευκρινήσεις ως προς τον τρόπο χρήσης της φορητής συσκευής. Μετά την συμπλήρωση του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου γίνεται αυτόματη καταχώριση στη βάση δεδομένων του συστήματος.

▪ Πληθυσμός μελέτης

Ως μέθοδος δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία (simple random sampling), κατά την οποία η επιλογή κάθε ατόμου του δείγματος γίνεται με τυχαίο τρόπο, ώστε κάθε ασθενής να έχει τις ίδιες πιθανότητες με τους υπόλοιπους να επιλεγεί. Το πλήθος δειγμάτων ήταν 512 ασθενείς από τους οποίους 384 δέχθηκαν να χρησιμοποιήσουν το διαδικτυακό σύστημα και να συμπληρώσουν το ηλεκτρονικό ερωτηματολόγιο, ενώ 128 ασθενείς δεν επιθυμούσαν τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Συνεπώς, το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 75%. Αναλυτικά, ο πληθυσμός μελέτης που συμμετείχε στην έρευνα διαμορφώνεται ως εξής 233 ασθενείς από την Παθολογική Κλινική του Γ.Ν. Αττικής και 151 ασθενείς από την Παθολογική Κλινική του Γ.Ν. Πελοποννήσου.

▪ Κριτήρια συμμετοχής στη μελέτη

Κατά την διεξαγωγή της έρευνας για να ενταχθεί ένας ασθενής στον πληθυσμό μελέτης οφείλει να πληροί τις εξής προϋποθέσεις:

- ✓ να έχει συμπληρώσει το 18^ο έτος της ηλικίας του,
- ✓ να γνωρίζει καλά την Ελληνική γλώσσα,
- ✓ να υπάρχει η συναίνεση του ίδιου του ερωτώμενου, αφού είχε προηγηθεί ενημέρωσή του σχετικά με τον σκοπό της έρευνας,
- ✓ να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του θεράποντα ιατρού, ότι ο ασθενής είναι σε θέση να συμμετάσχει στην έρευνα.
- ✓ να έχει πραγματοποιήσει τουλάχιστον μία διανυκτέρευση στην κλινική του φορέα υγείας.

▪ Μέσα συλλογής στοιχείων

Στην παρούσα έρευνα στοιχεία προς μελέτη αποτελούν οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους νοσηλευόμενους των παθολογικών κλινικών του Γ.Ν. Αττικής και του Γ.Ν. Πελοποννήσου. Ως μέσο συλλογής αυτών των στοιχείων αποτέλεσε η χρήση του διαδικτυακού συστήματος, μέσω φορητής συσκευής (smartphone ή Tablet PC), στο οποίο έχει εγκατασταθεί σε ηλεκτρονική μορφή το έντυπο ερωτηματολόγιο (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ), για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

- *Διαδικασία συλλογής στοιχείων*

Η ερευνήτρια είχε αποκλειστικά την ευθύνη για την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τη διαδικασία της έρευνας και τη διανομή των φορητών συσκευών προς αυτούς. Αρχικά, οι ασθενείς ενημερώθηκαν και δήλωσαν την επιθυμία τους να συμμετέχουν στην έρευνα. Στη συνέχεια επέλεξαν τη φορητή συσκευή για τη συμπλήρωση του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου.

Παράλληλα, η ερευνήτρια πραγματοποίησε επισκέψεις στα δύο νοσοκομεία τις πρωινές και απογευματινές ώρες, για τη διασφάλιση, όσο το δυνατό, αντιπροσωπευτικότερου δείγματος.

2.5 Στατιστική Ανάλυση

Έχοντας συγκεντρωθεί το επιθυμητό πλήθος των ηλεκτρονικών ερωτηματολογίων έγινε χρήση του στατιστικού εργαλείου Stat και SPSS 19.0 για την ανάλυση των δεδομένων και την παραγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας. Η λειτουργική διασύνδεση των λογισμικών Mobiq και Stat, εξασφαλίζει την άμεση και πλήρη στατιστική παρουσίαση και σύγχρονη ανάλυση των αποτελεσμάτων και δεικτών απόδοσης, μέσω των οποίων δίνεται η δυνατότητα της πολυδιάστατης ποσοτικής διερεύνησης της έρευνας.

Το λογισμικό Stat έχει αναπτυχθεί σε τεχνολογία Microsoft διαθέτοντας τη δυνατότητα προσπέλασης σε κάθε βάση δεδομένων για άντληση και μεταφορά δεδομένων για επεξεργασία, καθώς και δυνατότητες βέλτιστου προσδιορισμού δείγματος ανά έρευνα.

Η αποδεδειγμένη αποτελεσματικότητα και η άμεση απόδοση του Mobiq σε συνδυασμό με το Stat, ορίζει ένα νέο ευέλικτο περιβάλλον με τα παρακάτω χαρακτηριστικά:

- Ολοκληρωμένη Διαχείριση Ερευνών (Survey Management),
- Ολοκληρωμένη Διαχείριση Δεδομένων & Στατιστική Ανάλυση.

Το σύστημα Mobiq και Stat αποτελεί μία εξειδικευμένη λύση με βέλτιστο σχεδιασμό, ελαχιστοποίηση σφαλμάτων πρωτογενών δεδομένων και ολοκληρωμένη εκμεταλλεύσιμη γνώση μέσα από τις αναλύσεις των αποτελεσμάτων σε πραγματικό χρόνο (real-time).

2.6 Κανόνες Δεοντολογίας

Για τη διεξαγωγή της έρευνας επιλέχθηκε ένα Γενικό Νοσοκομείο της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής και ένα Γενικό Νοσοκομείο της 6^{ης} Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου, για τα οποία εξασφαλίστηκε η σχετική έγκριση. Συγκεκριμένα, για το Γ.Ν. Αττικής εγκρίθηκε από το Επιστημονικό Συμβούλιο η πραγματοποίηση της έρευνας στην Α΄ Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου με Αρ. Πρωτ.: Ε. Σ. 457/05-07-2012 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε). Αντίστοιχα, για το Γ. Ν. Πελοποννήσου χορηγήθηκε άδεια για την διεξαγωγή έρευνας στην Παθολογική Κλινική από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου με Αρ. Πρωτ.: 469/02-07-2012 (ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ).



3. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα αποτελέσματα της παρούσας διδακτορικής διατριβής προέρχονται από την Πιλοτική εφαρμογή της κλίμακας σε έντυπη μορφή, καθώς και από τη διεξαγωγή της έρευνας, που περιλάμβανε τη χρήση της διαδικτυακής κλίμακας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων.

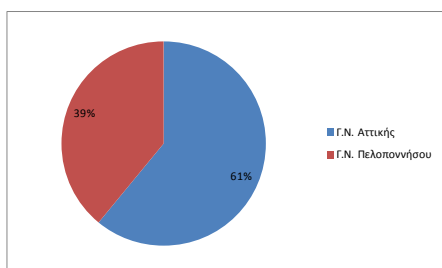
3.1 Αποτελέσματα Πιλοτικής Δοκιμής

Στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής πραγματοποιήθηκε πιλοτική δοκιμή διανομής του έντυπου ερωτηματολόγιου σε δύο φάσεις για τον έλεγχο του ως προς την ακρίβεια και αξιοπιστία του. Αρχικά στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) Γενικού Νοσοκομείου της 6^{ης} Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου και σε τρία Κέντρα Υγείας του Νομού Λακωνίας. Με βάση τα αποτελέσματα που προέκυψαν στην Πιλοτική Δοκιμή Διανομής έντυπου ερωτηματολόγιου υπολογίστηκε ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας του Cronbach ($\alpha=0,95$), που χρησιμοποιείται για το προσδιορισμό της αξιοπιστίας ενός ερωτηματολόγιου.

3.2 Αποτελέσματα Έρευνας

Τα αποτελέσματα της έρευνας προέρχονται από τη συλλογή δεδομένων με τη χρήση του Διαδικτυακού Συστήματος Μέτρησης της Ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε Παθολογική Κλινική Γενικού Νοσοκομείου της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής και Γενικού Νοσοκομείου της 6^{ης} Υ.ΠΕ.Πελοποννήσου, μέσω δύο φορητών συσκευών, ένα Κινητό Τηλέφωνο (Smartphone) και ένα Tablet PC.

Σε σύνολο 384 ασθενών, οι 233 (61%) νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν. της 1^{ης} Υ.ΠΕ. Αττικής και οι 151 (39%) στο Γ.Ν. της 6^{ης} Υ.ΠΕ. Πελοποννήσου (Διάγραμμα 3.1, Πίνακας 3.1).



Σύνολο νοσηλευόμενων	384
Γ.Ν. Αττικής	233
Γ.Ν. Πελοποννήσου	151

Διάγραμμα 3.1: Κυκλικό διάγραμμα Πίνακας 3.1: Αριθμητική κατανομή του κατανομής συχνότητας του δείγματος ανά δείγματος ανά νοσοκομείο νοσοκομείο

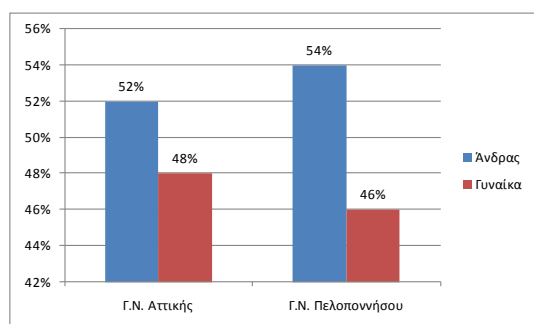
Ο δείκτης εσωτερικής συνάφειας του Cronbach υπολογίστηκε $\alpha=0,94$, γεγονός που επιβεβαιώνει την υψηλή αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

3.2.1 Περιγραφή Ποιοτικών Μεταβλητών

Στο ερωτηματολόγιο της παρούσας έρευνας ποιοτικές μεταβλητές αποτελούν τα δημογραφικά και τα υπόλοιπα στοιχεία που χαρακτηρίζουν τον κάθε ασθενή. Η παρουσία και περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών θα γίνει με βάση τον τόπο διεξαγωγής της έρευνας, ώστε να είναι διακριτά τα αποτελέσματα μεταξύ των δύο νοσοκομείων, όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα.

Αναλυτικά, στους ακόλουθους πίνακες και διαγράμματα φαίνεται η κατανομή συχνοτήτων των δημογραφικών στοιχείων και των υπολοίπων στοιχείων που αναφέρονται στον ασθενή, που στο ερωτηματολόγιο ανήκουν στην ενότητα «Στοιχεία Ασθενούς», καθώς και μία ερώτηση που προσδιορίζει τον τύπο της συσκευής που χρησιμοποίησε ο ασθενής για τη χρήση του διαδικτυακού συστήματος μέτρησης της ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Συγκεκριμένα, παρατηρούμε ότι τόσο στο Γ.Ν. Αττικής όσο και στο Γ.Ν. Πελοποννήσου το ποσοστό των δύο φύλων που συμμετείχαν στην έρευνα είναι περίπου ίσο (Διάγραμμα 3.2, Πίνακας 3.2).



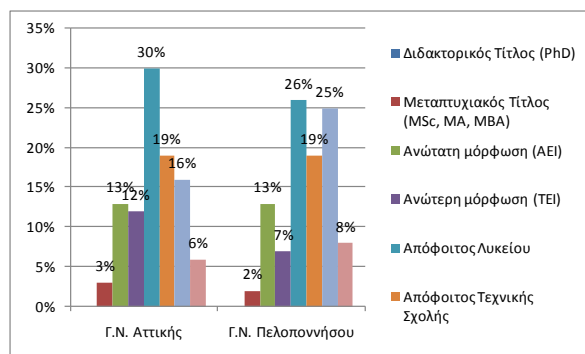
	Γ.Ν. Αττικής	Γ.Ν. Πελοποννήσου
Σύνολο νοσηλευόμενων	233	151
Ανδρας	120	81
Γυναίκα	113	70

Διάγραμμα 3.2: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του φύλου στο δείγμα ανά νοσοκομείο

Πίνακας 3.2: Συχνότητες της μεταβλητής φύλο ανά νοσοκομείο

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είναι απόφοιτοι λυκείου (30% Γ.Ν. Αττικής και 26% Γ.Ν. Πελοποννήσου), ενώ το μικρότερο ποσοστό αυτών κατέχουν μεταπτυχιακό τίτλο ή είναι απόφοιτοι δημοτικού. Επιπλέον, στο πληθυσμό της έρευνας δεν υπάρχουν άτομα χωρίς

γραμματικές γνώσεις, γι' αυτό και δεν εμφανίζεται η κατηγορία αυτή στα αποτελέσματα (Διάγραμμα 3.3, Πίνακας 3.3).

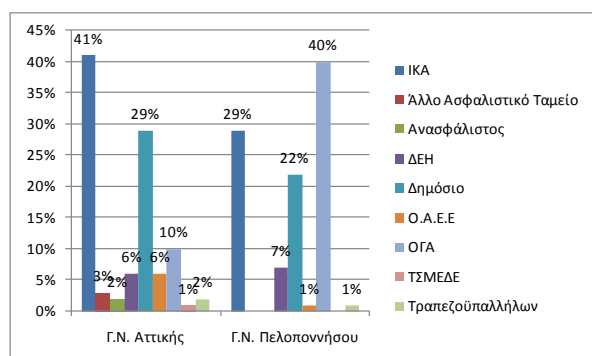


	Γ.Ν. Αττικής	Γ.Ν. Πελοποννήσου
Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	1	0
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	6	3
Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	30	19
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	29	10
Απόφοιτος Λυκείου	70	40
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	45	29
Απόφοιτος Γυμνασίου	38	38
Απόφοιτος Δημοτικού	14	12

Διάγραμμα 3.3: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της εκπαίδευσης στο δείγμα ανά νοσοκομείο

Πίνακας 3.3: Συχνότητες της μεταβλητής εκπαίδευση ανά νοσοκομείο

Λαμβάνοντας υπόψη το ασφαλιστικό ταμείο, στο Γ.Ν. Αττικής η πλειονότητα των ασθενών είναι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ (41%) και στο Δημόσιο (29%). Ενώ, στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, που είναι ένα νοσοκομείο της περιφέρειας, οι περισσότεροι ασθενείς προέρχονται από τον ΟΓΑ (40%), και ακολουθούν το ΙΚΑ (29%) και το Δημόσιο (22%). Αξιοσημείωτο είναι ότι μόλις το 2% του δείγματος είναι ανασφάλιστοι και εμφανίζονται μόνο στο Γ.Ν. Αττικής νοσοκομείο (Διάγραμμα 3.4, Πίνακας 3.4).



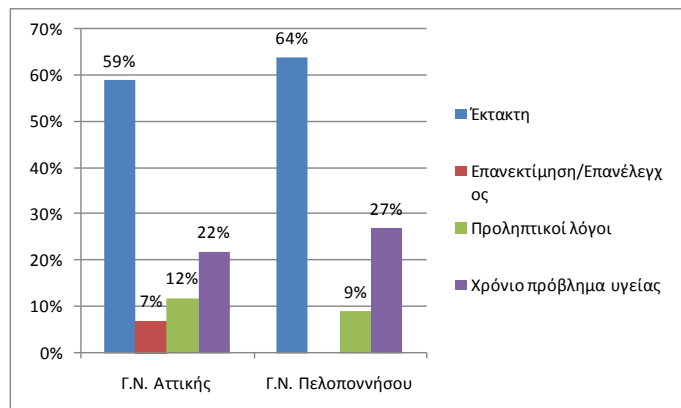
	Γ.Ν. Αττικής	Γ.Ν. Πελοποννήσου
ΙΚΑ	96	44
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	6	0
Ανασφάλιστος	4	0
ΔΕΗ	15	10
Δημόσιο	67	33
Ο.Α.Ε.Ε	14	1
ΟΓΑ	24	61
ΤΣΜΕΔΕ	3	0
Τραπεζοϋπαλλήλων	4	2

Διάγραμμα 3.4: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του ασφαλιστικού ταμείου στο δείγμα ανά νοσοκομείο

Πίνακας 3.4: Συχνότητες της μεταβλητής ασφαλιστικό ταμείο ανά νοσοκομείο

Οι ασθενείς προσήλθαν τόσο στο Γ.Ν. Αττικής όσο και στο Γ.Ν. Πελοποννήσου για κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας σε ποσοστό 59% και 64%, αντιστοίχως. Παράλληλα, παρατηρείται ότι η κατηγορία Επανεκτίμηση/Επανελέγχος στο Γ.Ν.

Πελοποννήσου δεν εμφανίζει συγκέντρωση, διότι ενδεχομένως οι συμμετέχοντες να μην κατάλαβαν τη διαφορά μεταξύ των κατηγοριών, Ενώ και στο Γ.Ν. Αττικής η κατηγορία αυτή εμφανίζει μικρή συγκέντρωση (7%)(Διάγραμμα 3.5, Πίνακας 3.5).

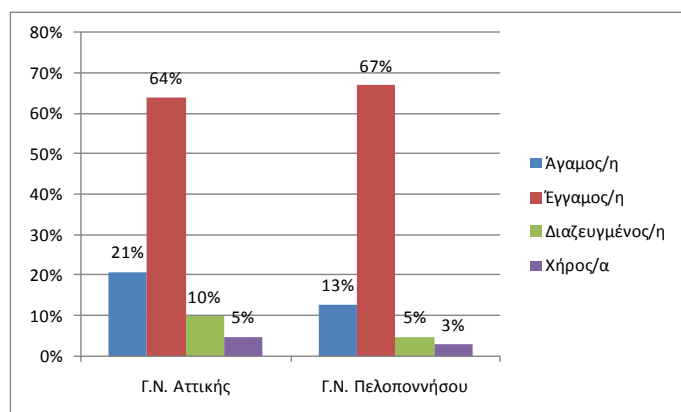


Διάγραμμα 3.5: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνότητας του τύπου επίσκεψης στο δείγμα ανά νοσοκομείο

	Γ.Ν. Αττικής	Γ.Ν. Πελοποννήσου
Έκτακτη	137	97
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	16	0
Προληπτικοί λόγοι	28	13
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	52	41

Πίνακας 3.5: Συχνότητες της μεταβλητής τύπος επίσκεψης ανά νοσοκομείο

Αναφορικά με την οικογενειακή κατάσταση του δείγματος η πλειονότητα των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία είναι έγγαμοι (64% Γ.Ν. Αττικής, 79% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Διάγραμμα 3.6, Πίνακας 3.6).



Διάγραμμα 3.6: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνότητας της οικογενειακής κατάστασης στο δείγμα ανά νοσοκομείο

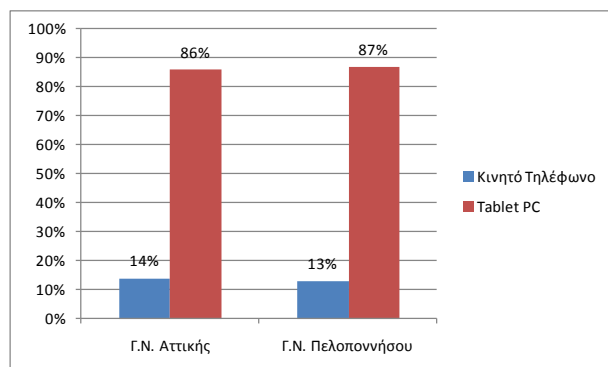
	Γ.Ν. Αττικής	Γ.Ν. Πελοποννήσου
Άγαμος/η	49	19
Έγγαμος/η	149	119
Διαζευγμένος/η	24	8
Χήρος/α	11	5

Πίνακας 3.6: Συχνότητες της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση ανά νοσοκομείο

Οι ασθενείς που έλαβαν μέρος στην έρευνα έχουν όλοι την Ελληνική υπηκοότητα, γεγονός που οφείλεται κυρίως στον περιορισμό για καλή γνώση της ελληνικής γλώσσας, προκειμένου να συμπεριληφθεί κάποιο άτομο στο δείγμα της έρευνας.

Σχετικά με τον τύπο της φορητής συσκευής που χρησιμοποίησαν οι ασθενείς για τη χρήση του διαδικτυακού συστήματος μέτρησης της ικανοποίησης και στα δύο

νοσοκομεία επικράτησε η χρήση του Tablet PC (86% Γ.Ν. Αττικής και 87% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Διάγραμμα 3.7, Πίνακας 3.7).

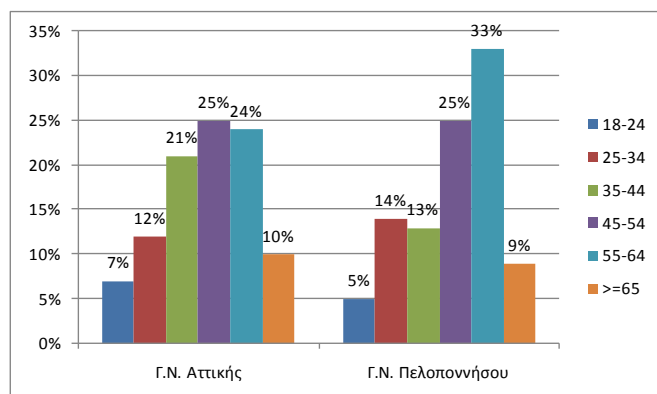


	Γ.Ν. Αττικής	Γ.Ν. Πελοποννήσου
Κινητό Τηλέφωνο	33	19
Tablet	200	132

Διάγραμμα 3.7: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του τύπου φορητής συσκευής στο δείγμα ανά νοσοκομείο

Πίνακας 3.7: Συχνότητες της μεταβλητής τύπο φορητής συσκευής ανά νοσοκομείο

Ως προς την ηλικία του δείγματος, την υψηλότερη συγκέντρωση παρουσιάζουν οι κατηγορίες 35-44, 45-54 και 56-64 και στα δύο νοσοκομεία, ενώ η κατηγορία 55-64 υπερέχει στο Γ.Ν. Πελοποννήσου και ισορροπούν στην ηλικιακή κατηγορία μεγαλύτερη των 65 ετών (Διάγραμμα 3.8, Πίνακας 3.8).



	Γ.Ν. Αττικής	Γ.Ν. Πελοποννήσου
18-24	17	7
25-34	27	21
35-44	49	20
45-54	59	38
55-64	57	50
>=65	24	14

Διάγραμμα 3.8: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της ηλικιακής κατηγορίας στο δείγμα ανά νοσοκομείο

Πίνακας 3.8: Συχνότητες της μεταβλητής ηλικιακή κατηγορία ανά νοσοκομείο

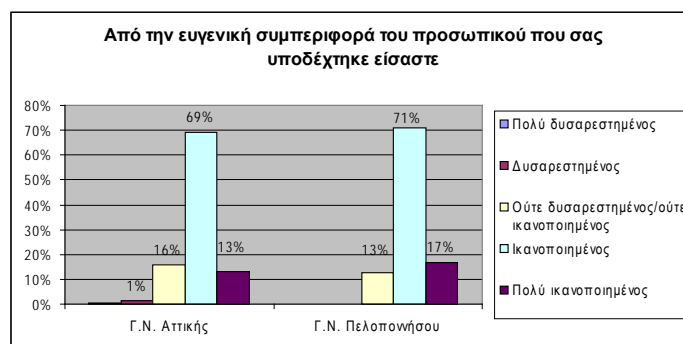
3.2.2 Περιγραφή Ποσοτικών Μεταβλητών

Στην παρούσα μελέτη ποσοτικές μεταβλητές αποτελούν οι ερωτήσεις ικανοποίησης που περιλαμβάνονται στις ενότητες του ερωτηματολογίου «Υποδοχή», «Αναμονή», «Νοσηλευτική Φροντίδα», «Ιατρική Φροντίδα», «Γενική Εξυπηρέτηση» και «Ειδικά Στοιχεία». Περιγράφεται η συγκέντρωση που παρουσιάζει η κάθε ερώτηση, ανά

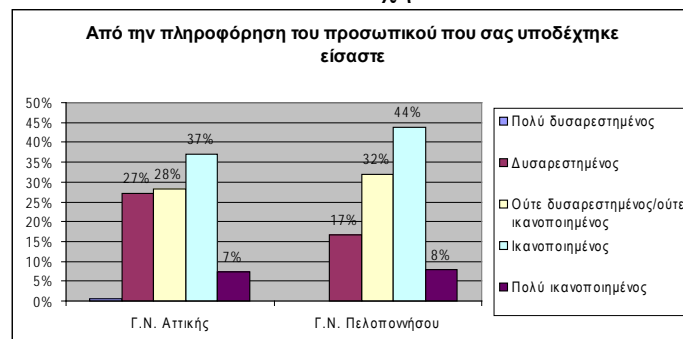
κατηγορία, με βάση τη μέση τιμή των απαντήσεων που δόθηκαν από τους ασθενείς σε κάθε ερώτηση.

▪ «Υποδοχή»

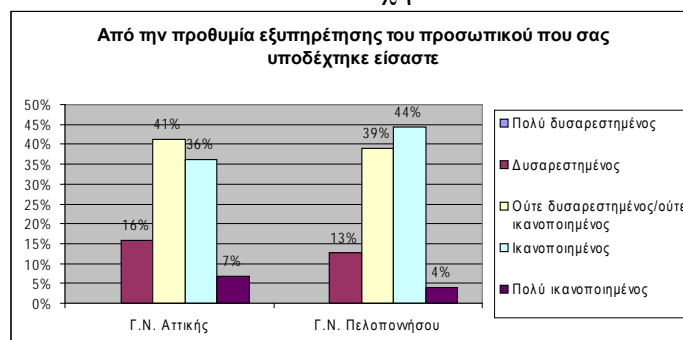
Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει 3 ερωτήσεις. Παρατηρήθηκε, ότι οι ασθενείς και στα δύο νοσοκομεία εμφανίζονται ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά του προσωπικού (69% Γ.Ν. Αττικής και 71% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Αναφορικά με την πληροφόρηση και την προθυμία από το προσωπικό, οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι (37% και 36% αντίστοιχα στο Γ.Ν. Αττικής και 44% και 44% αντίστοιχα στο Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Διάγραμμα 3.9, 3.10, 3.11).



Διάγραμμα 3.9: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνότητας ερώτησης 10 στην κατηγορία «Υποδοχή»



Διάγραμμα 3.10: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνότητας ερώτησης 11 στην κατηγορία «Υποδοχή»



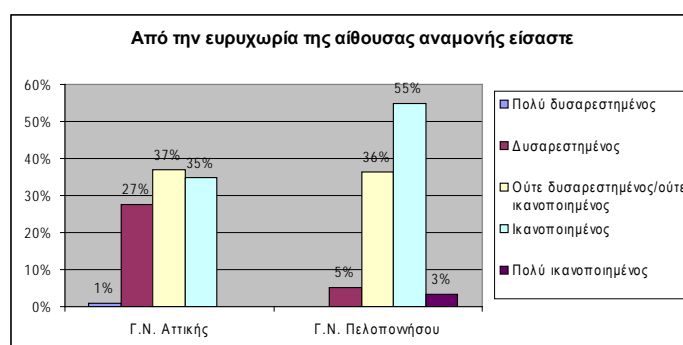
Διάγραμμα 3.11: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνότητας ερώτησης 12 στην κατηγορία «Υποδοχή»

- «Αναμονή»

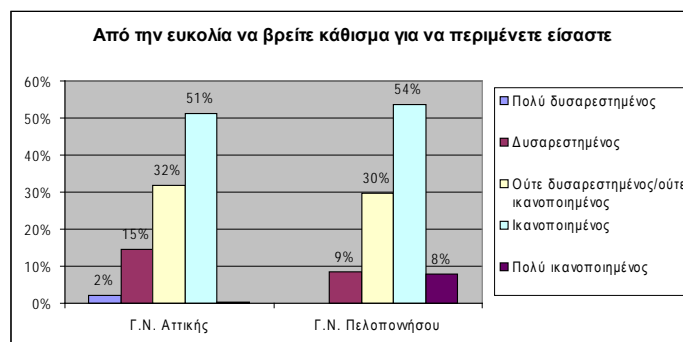
Η ενότητα αυτή περιλαμβάνει πέντε ερωτήσεις, όπου στις περισσότερες οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι με υψηλά ποσοστά και στα δύο νοσοκομεία. Σημαντικό είναι ότι και στα δύο νοσοκομεία οι ασθενείς εμφανίζονται σε υψηλά ποσοστά (67% Γ.Ν. Αττικής και 55% Γ.Ν. Πελοποννήσου) ικανοποιημένοι από την καθαριότητα. Αντίθετα, σχετικά με την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής εμφανίζονται ικανοποιημένοι 35% στο Γ.Ν. Αττικής και 55% στο Γ.Ν. Πελοποννήσου και δυσαρεστημένοι 27% στο Γ.Ν. Αττικής, ενώ μόνο 5% στο Γ.Ν. Πελοποννήσου. Αναφορικά με το χρόνο αναμονής εμφανίζονται ικανοποιημένοι 46% στο Γ.Ν. Αττικής και 40% στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, ενώ δυσαρεστημένοι δηλώνουν μόνο 22% Γ.Ν. Αττικής και 8% στο Γ.Ν. Πελοποννήσου (Διάγραμμα 3.12, 3.13, 3.14, 3.15, 3.16).



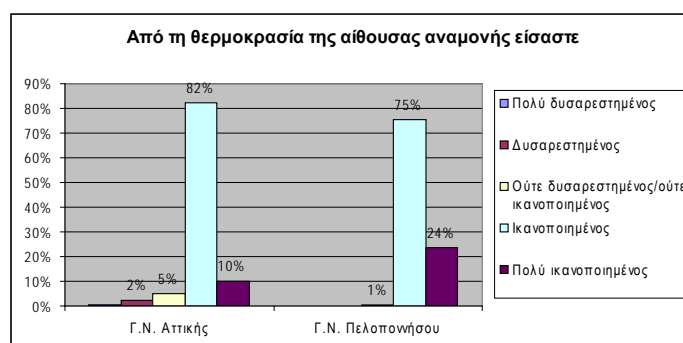
Διάγραμμα 3.12: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 13 στην κατηγορία «Αναμονή»



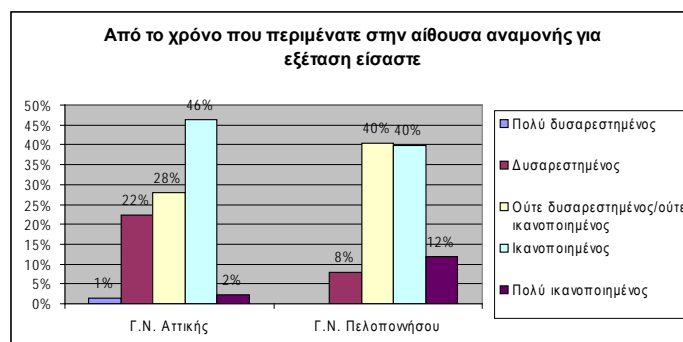
Διάγραμμα 3.13: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 14 στην κατηγορία «Αναμονή»



Διάγραμμα 3.14: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 15 στην κατηγορία «Αναμονή»



Διάγραμμα 3.15: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 16 στην κατηγορία «Αναμονή»

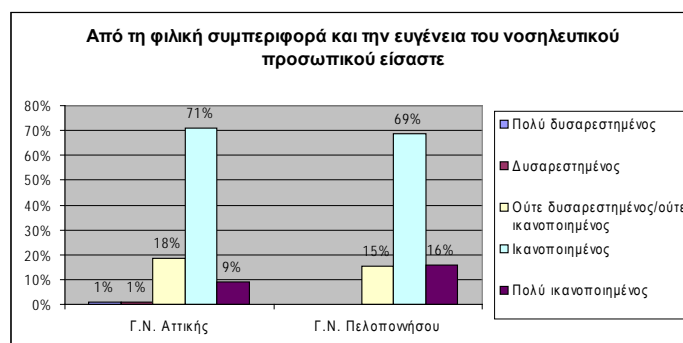


Διάγραμμα 3.16: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 17 στην κατηγορία «Αναμονή»

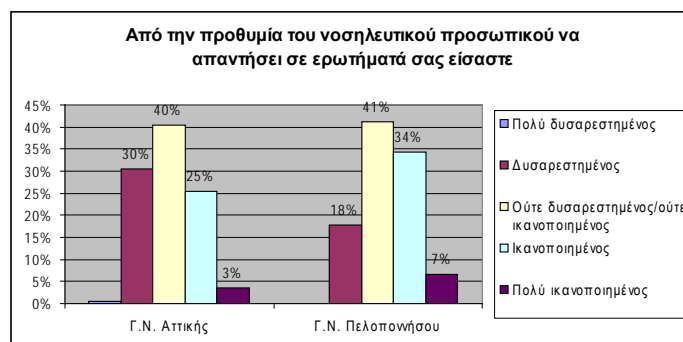
- «Νοσηλευτική Φροντίδα»

Σε αυτή την ενότητα του ερωτηματολογίου ανήκουν οκτώ ερωτήσεις. Οι απαντήσεις των ασθενών παρουσιάζουν ομοιότητες, αλλά και σημαντικές διαφορές στα δύο νοσοκομεία. Αναλυτικά, παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι από τη φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού (71% Γ.Ν. Αττικής και 69% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Επιπλέον, οι ασθενείς λαμβάνοντας

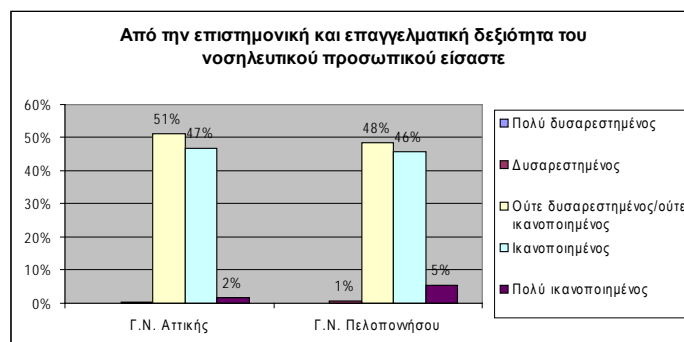
υπόψη την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού είναι μάλλον ουδέτεροι (40% Γ.Ν. Αττικής και 41% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Ως προς την επιστημονική-επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού εμφανίζουν ουδέτερη στάση (51% Γ.Ν. Αττικής και 48% Γ.Ν. Πελοποννήσου) με σημαντικά ποσοστά ικανοποίησης (47% Γ.Ν. Αττικής και 46% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Αντίθετα, ως προς την ενημέρωση και τη συναισθηματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό οι ασθενείς εκδηλώνουν ουδέτερη στάση, αλλά και δυσαρέσκεια (40%-52% Γ.Ν. Αττικής και 23%-45% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Τέλος, βασιζόμενοι στο χρόνο που αφιέρωσε και την ταχύτητα με την οποία πραγματοποίησε τις νοσηλευτικές πράξεις το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ασθενείς στο Γ.Ν. Αττικής εκδηλώνουν ουδέτερη στάση, αλλά και δυσαρέσκεια, ενώ στο Γ.Ν. Πελοποννήσου ουδέτερη στάση και ικανοποίηση (Διάγραμμα 3.17, 3.18, 3.19, 3.20, 3.21, 3.22, 3.23, 3.24).



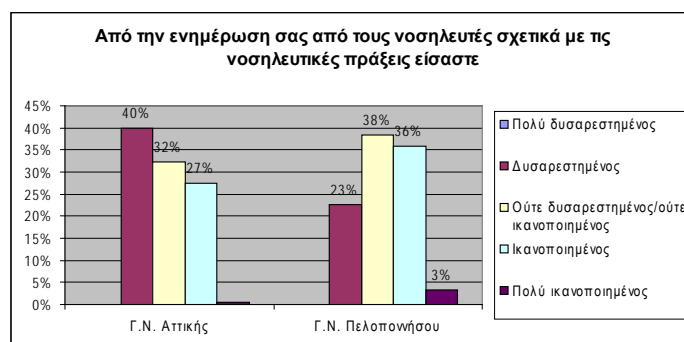
Διάγραμμα 3.17: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 18 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»



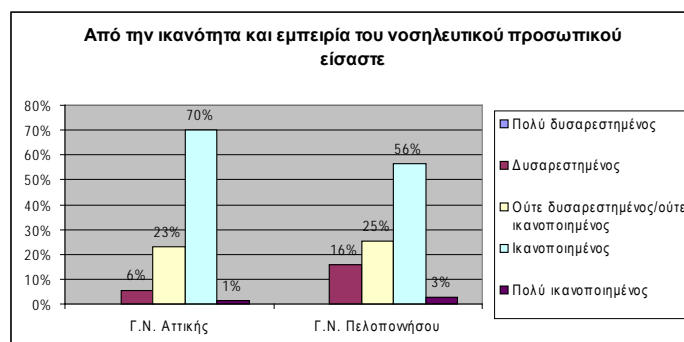
Διάγραμμα 3.18: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 19 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»



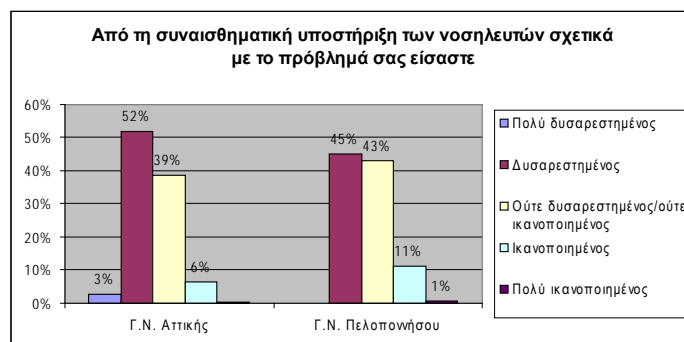
Διάγραμμα 3.19: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 20 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»



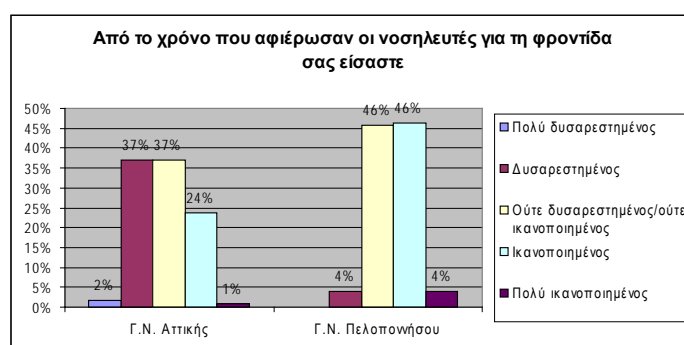
Διάγραμμα 3.20: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 21 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»



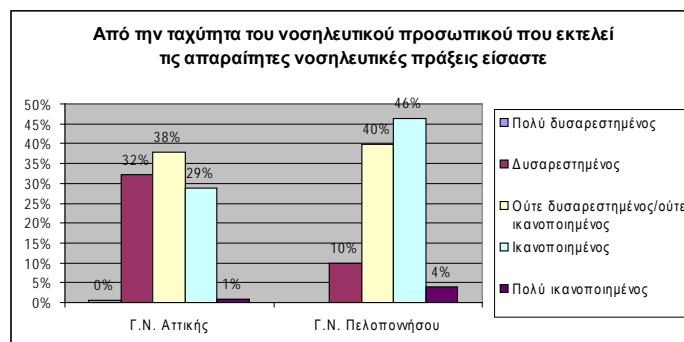
Διάγραμμα 3.21: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 22 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»



Διάγραμμα 3.22: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 23 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»



Διάγραμμα 3.23: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 24 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»

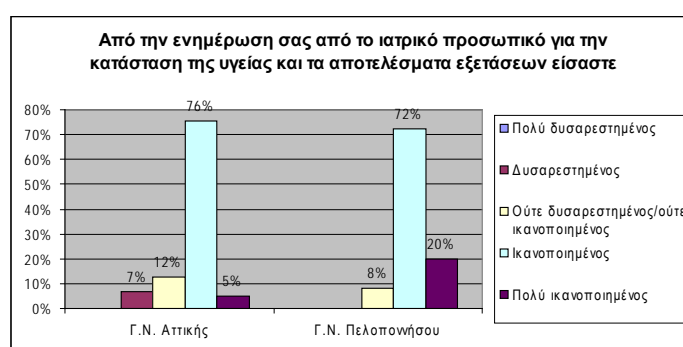


Διάγραμμα 3.24: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 25 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα»

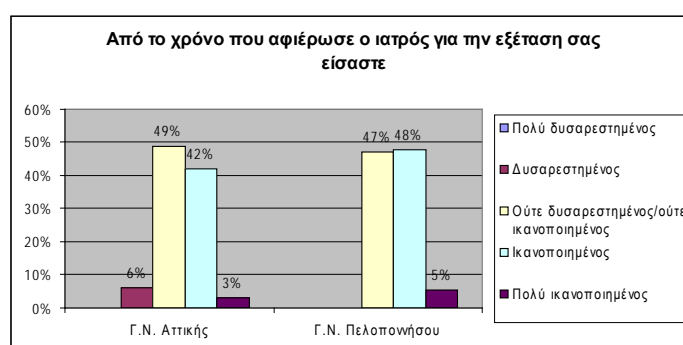
- «Ιατρική Φροντίδα»

Η ενότητα «Ιατρική Φροντίδα» περιλαμβάνει επτά ερωτήσεις, στις οποίες παρατηρήθηκε ότι οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι, τόσο στο Γ.Ν. Αττικής όσο και στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, ως προς την επιστημονική-επαγγελματική

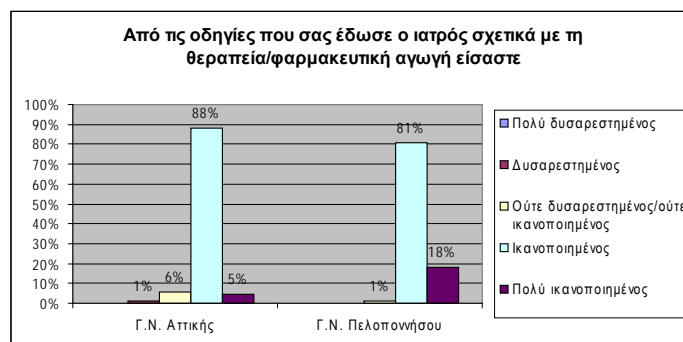
δεξιότητα των ιατρών (63% Γ.Ν. Αττικής και 66% Γ.Ν. Πελοποννήσου), την ενημέρωση (76% Γ.Ν. Αττικής και 72% Γ.Ν. Πελοποννήσου) και τις οδηγίες που έλαβαν για θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή (88% Γ.Ν. Αττικής και 81% Γ.Ν. Πελοποννήσου), καθώς και τη φιλική συμπεριφορά τους (71% Γ.Ν. Αττικής και 52% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Αναφορικά με την προθυμία και το χρόνο που αφιέρωσε το ιατρικό προσωπικό, οι ασθενείς εμφανίζουν ουδέτερη στάση, αλλά και ικανοποίηση (29%-42% Γ.Ν. Αττικής και 34%-48% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Τέλος, οι ασθενείς εκδηλώνουν ουδέτερη στάση ως προς την συμμετοχή τους στην επιλογή μεθόδου θεραπείας (Διάγραμμα 3.25, 3.26, 3.27, 3.28, 3.29, 3.30, 3.31).



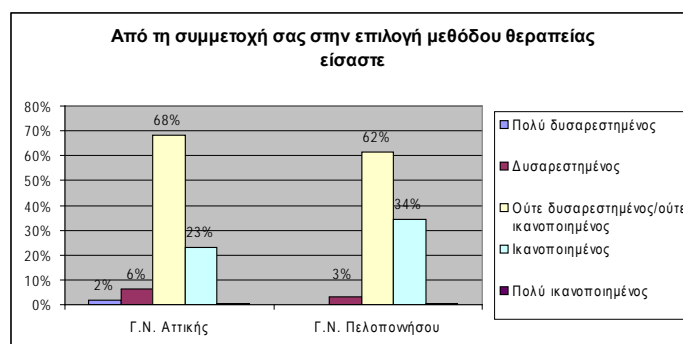
Διάγραμμα 3.25: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 26 στην κατηγορία «Ιατρική Φροντίδα»



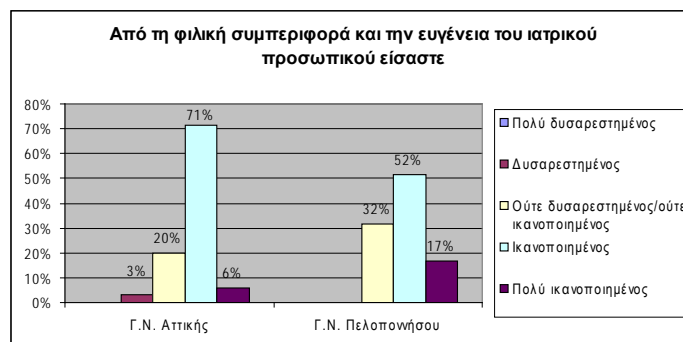
Διάγραμμα 3.26: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 27 στην κατηγορία «Ιατρική Φροντίδα»



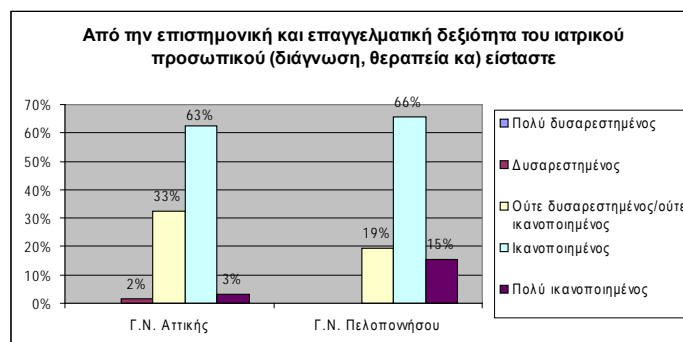
Διάγραμμα 3.27: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 28 στην κατηγορία «Ιατρική Φροντίδα»



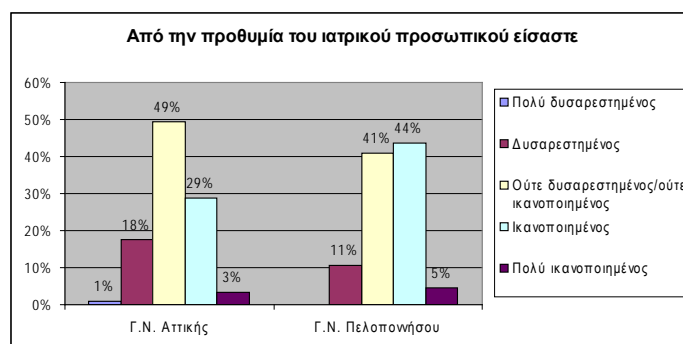
Διάγραμμα 3.28: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 29 στην κατηγορία «Ιατρική Φροντίδα»



Διάγραμμα 3.29: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 30 στην κατηγορία «Ιατρική Φροντίδα»



Διάγραμμα 3.30: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 31 στην κατηγορία «Ιατρική Φροντίδα»

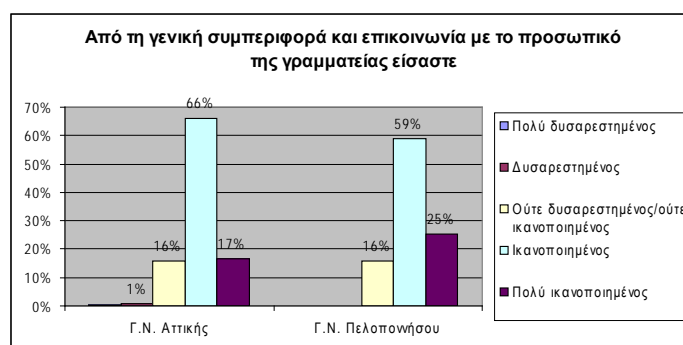


Διάγραμμα 3.31: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 32 στην κατηγορία «Ιατρική Φροντίδα»

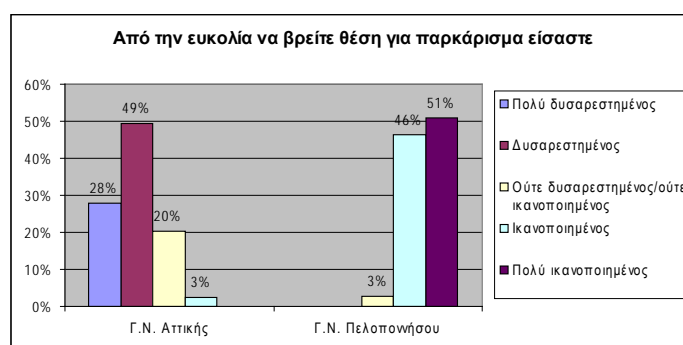
▪ «Γενική Εξυπηρέτηση»

Στην ενότητα «Γενική Εξυπηρέτηση» ανήκουν επτά ερωτήσεις. Στις ερωτήσεις που αναφέρονται στο διοικητικό έργο της γραμματείας της κλινικής οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι και στα δύο νοσοκομεία με υψηλά ποσοστά. Αναλυτικά, από τη γενική συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι (66% Γ.Ν. Αττικής και 59% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Επιπλέον, ως προς την αντιμετώπιση των συνοδών ή συγγενών τους, οι ασθενείς εμφανίζονται ικανοποιημένοι (74% Γ.Ν. Αττικής και 57% Γ.Ν. Πελοποννήσου) και πολύ ικανοποιημένοι (10% Γ.Ν. Αττικής και 29% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Αναφορικά με την ευκολία εύρεσης θέσης για παρκάρισμα οι ασθενείς δηλώνουν πολύ ικανοποιημένοι/ικανοποιημένοι στο Γ.Ν. Πελοποννήσου 51% και 46%, αντίστοιχα, ενώ στο Γ.Ν. Αττικής πολύ δυσαρεστημένοι/δυσανεστημένοι 28% και 49%, αντίστοιχα. Σχετικά με την ευκολία πρόσβασης στους χώρους των νοσοκομείων, οι νοσηλευόμενοι εμφανίζονται ικανοποιημένοι και πολύ

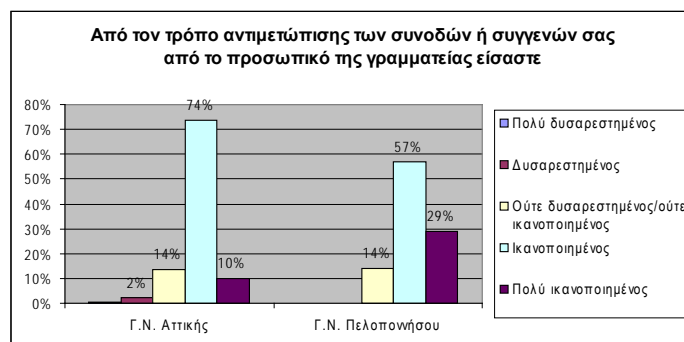
ικανοποιημένοι (69%-25% Γ.Ν. Αττικής και 20%-1% Γ.Ν. Πελοποννήσου), ενώ δυσαρεστημένοι (2% Γ.Ν. Αττικής και 38% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Ως προς την ταχύτητα των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας υπάρχει υψηλή ικανοποίηση και στα δύο νοσοκομεία (58% Γ.Ν. Αττικής και 55% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Παράλληλα, οι νοσηλεύόμενοι, αναφορικά με το μηχανισμό εξυπηρέτησης (π.χ. προγραμματισμό εξετάσεων) δηλώνουν ικανοποιημένοι (71%) στο Γ.Ν. Αττικής και δυσαρεστημένοι (49%) στο Γ.Ν. Πελοποννήσου. Τέλος, ως προς τη διακριτικότητα κατά την εξέταση (π.χ. χρήση παραβάν), οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι (73%) στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, ενώ δυσαρεστημένοι προς πολύ δυσαρεστημένοι (36%-31%) στο Γ.Ν. Αττικής (Διάγραμμα 3.32, 3.33, 3.34, 3.35, 3.36, 3.37, 3.38).



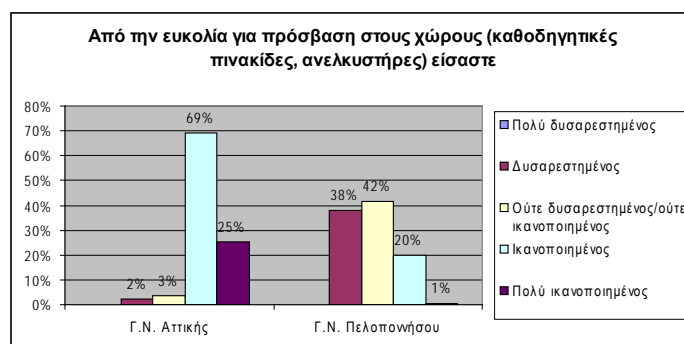
Διάγραμμα 3.32: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 33 στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση»



Διάγραμμα 3.33: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 34 στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση»



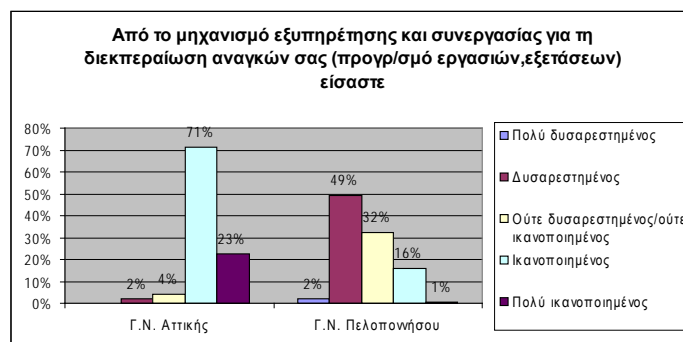
Διάγραμμα 3.34: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 35 στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση»



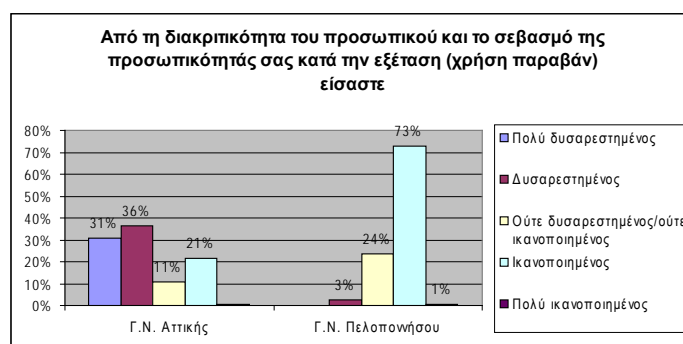
Διάγραμμα 3.35: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 36 στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση»



Διάγραμμα 3.36: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 37 στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση»



Διάγραμμα 3.37: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 38 στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση»

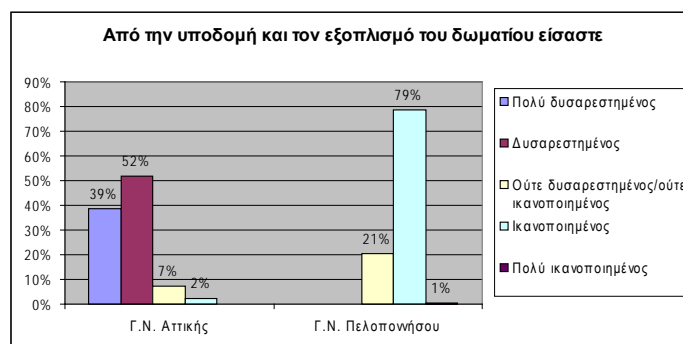


Διάγραμμα 3.38: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 39 στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση»

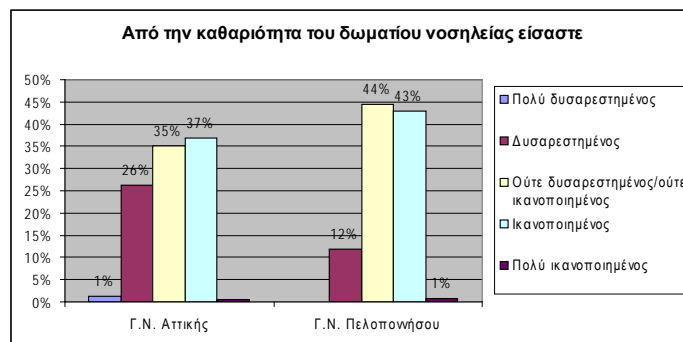
- «Ειδικά Στοιχεία»

Η ενότητα «Ειδικά Στοιχεία» στην παρούσα έρευνα περιέχει ένα σύνολο οκτώ ερωτήσεων, οι οποίες αναφέρονται στην εμπειρία που έχουν οι νοσηλευόμενοι κατά τη διαμονή τους στην παθολογική κλινική του κάθε νοσοκομείου. Αναλυτικά, ως προς την υποδομή-εξοπλισμό του δωματίου της κλινικής οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι 79% στο Γ.Ν. Πελοποννήσου και δυσαρεστημένοι/πολύ δυσαρεστημένοι (52%-39% στο Γ.Ν. Αττικής. Από την καθαριότητα του δωματίου δηλώνουν ουδέτεροι προς ικανοποιημένοι και στα δύο νοσοκομεία (35%-37% Γ.Ν. Αττικής και 44%-43% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Αναφορικά, με την ποιότητα του φαγητού οι νοσηλευόμενοι στην πλειονότητά τους εκφράζουν δυσαρέσκεια και στα δύο νοσοκομεία (54% Γ.Ν. Αττικής και 38% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Σχετικά με την προστασία της ιδιωτικότητας κατά τη διαμονή τους στην κλινική, οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι (42%) στο Γ.Ν. Πελοποννήσου και δυσαρεστημένοι (58%) στο Γ.Ν. Αττικής. Από τη συνολική τους εμπειρία κατά τη νοσηλεία τους στην κλινική

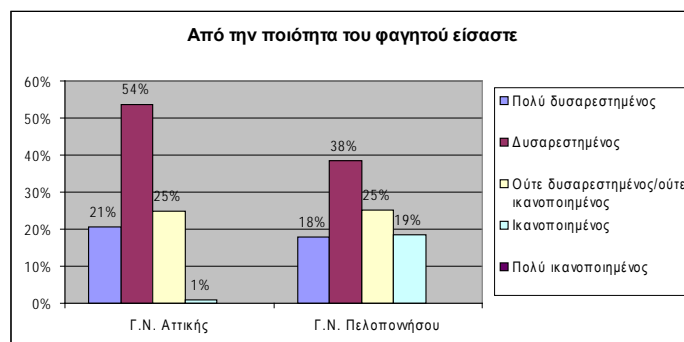
είναι ικανοποιημένοι (39% Γ.Ν. Αττικής και 71% Γ.Ν. Πελοποννήσου). Επιπρόσθετα, ως προς την τήρηση ησυχίας στο δωμάτιο και τις ώρες επισκεπτηρίου οι ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι (39%-79% Γ.Ν. Αττικής και 50%-76% Γ.Ν. Πελοποννήσου), ενώ 36% αυτών του Γ.Ν. Αττικής δηλώνουν δυσαρεστημένοι. Τέλος, αναφορικά με την παρακολούθηση κατά τη διάρκεια της νύχτας από το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό, οι νοσηλευόμενοι είναι ικανοποιημένοι (45%-56% Γ.Ν. Αττικής και 58%-58% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Διάγραμμα 3.39, 3.40, 3.41, 3.42, 3.43, 3.44, 3.45, 3.46, 3.47).



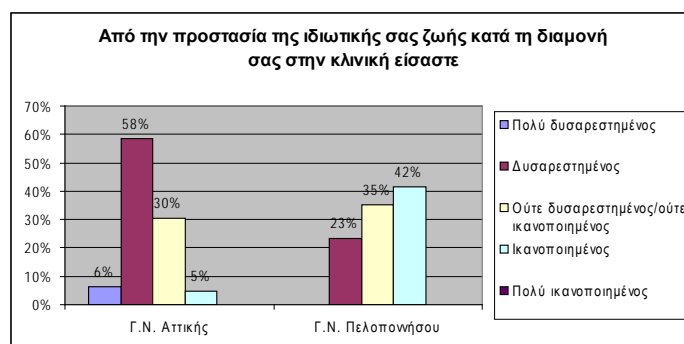
Διάγραμμα 3.39: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 40 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



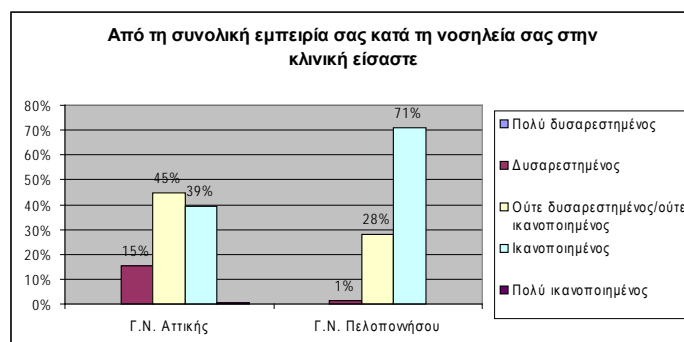
Διάγραμμα 3.40: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 41 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



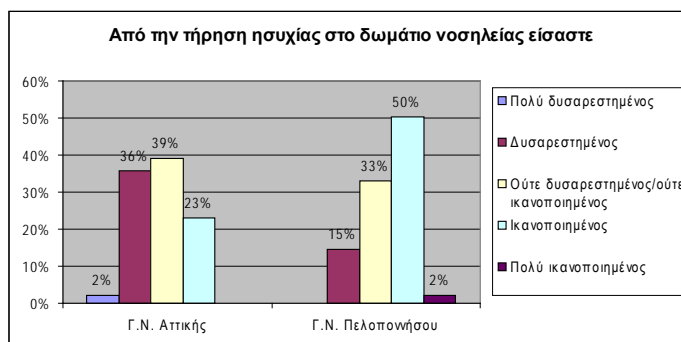
Διάγραμμα 3.41: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 42 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



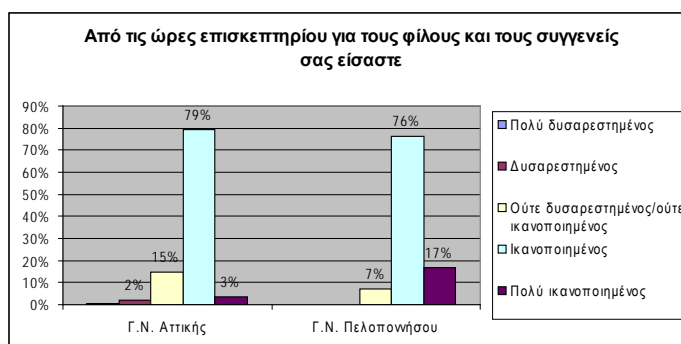
Διάγραμμα 3.42: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 43 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



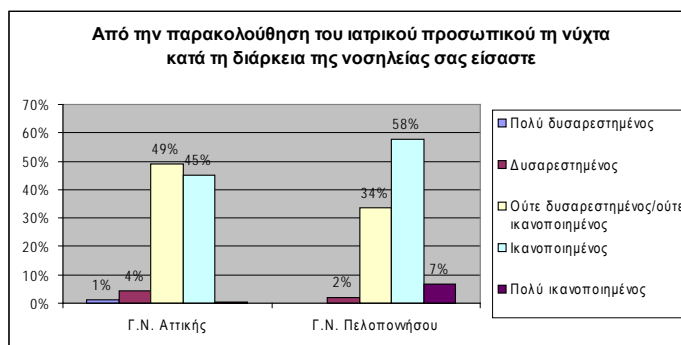
Διάγραμμα 3.43: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 44 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



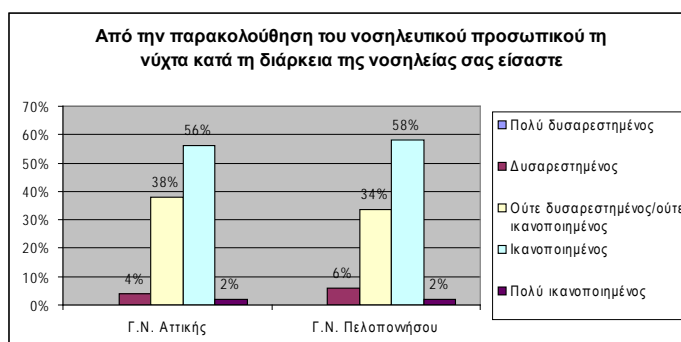
Διάγραμμα 3.44: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 45 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



Διάγραμμα 3.45: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 46 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



Διάγραμμα 3.46: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 47 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»



Διάγραμμα 3.47: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 48 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»

3.2.3 Περιγραφή Κατηγοριών Ικανοποίησης

Βάσει των βαθμολογιών των ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε το μέγιστο, το ελάχιστο και η μέση τιμή για κάθε κατηγορία ικανοποίησης. Αναλυτικά για το Γ.Ν. Αττικής προκύπτει ότι οι νοσηλευόμενοι είναι ικανοποιημένοι από την Αναμονή, την Ιατρική Φροντίδα και τη Γενική Εξυπηρέτηση, ενώ εκδηλώνουν ουδέτερη στάση για τη Νοσηλευτική φροντίδα και την Υποδοχή. Αντιστοίχως, στο Γ.Ν. Πελοποννήσου οι ασθενείς εκδηλώνουν ουδέτερη στάση μόνο ως προς τη Νοσηλευτική Φροντίδα και δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις υπόλοιπες κατηγορίες (Πίνακας 3.9).

	Γ.Ν. Αττικής			Γ.Ν. Πελοποννήσου		
	Μέση Τιμή	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Ελάχιστο	Μέγιστο
Υποδοχή	3	1	5	4	2	5
Αναμονή	4	2	4	4	3	5
Νοσηλευτική Φροντίδα	3	2	5	3	2	5
Ιατρική Φροντίδα	4	2	5	4	3	5
Γενική Εξυπηρέτηση	4	2	4	4	3	5
Ειδικά Στοιχεία	3	2	4	4	3	4

Πίνακας 3.9: Περιγραφικά μέτρα των αθροισμάτων των τιμών κάθε κατηγορίας ικανοποίησης ανά νοσοκομείο

3.2.4 Συσχέτιση Ποιοτικών Μεταβλητών με Ικανοποίηση

Με βάση τη σχετική προηγούμενη βιβλιογραφία (Σκαλκίδη και συν. 2010; Καδδά και συν., 2010; Niakas et al., 2004; Crow et al., 2002) από το σύνολο των ποιοτικών μεταβλητών θα χρησιμοποιηθούν οι μεταβλητές φύλο, ηλικία, εκπαίδευση, ασφαλιστικό ταμείο, τύπος επίσκεψης και οικογενειακή κατάσταση προκειμένου να περιγραφεί η συσχέτιση τους με τις κατηγορίες ικανοποίηση των νοσηλευόμενων.

▪ Φύλο – Κατηγορίες Ικανοποίησης

Παρατηρείται ότι υψηλότερο ποσοστό ανδρών συγκριτικά με τις γυναίκες και στα δύο νοσοκομεία, αντίστοιχα, δηλώνουν ικανοποιημένοι από την υποδοχή (43% v. 36% Γ.Ν. Αττικής-54% v. 43% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.10).

	Υποδοχή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Άνδρας	1%	4%	43%	43%	9%	0%	2%	35%	54%	9%
Γυναίκα	0%	7%	51%	36%	5%	0%	3%	43%	49%	6%

Πίνακας 3.10: Συσχέτιση Φύλο με Υποδοχή

Σχετικά με την αναμονή κατά την επίσκεψη τους στα δύο νοσοκομεία, οι νοσηλευόμενοι και των δύο φύλων είναι στην πλειονότητά τους ικανοποιημένοι (60% v. 48% Γ.Ν. Αττικής-72% v. 64% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.11).

	Αναμονή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Άνδρας	0%	1%	39%	60%	0%	0%	0%	23%	72%	5%
Γυναίκα	0%	7%	45%	48%	0%	0%	0%	33%	64%	3%

Πίνακας 3.11: Συσχέτιση Φύλο με Αναμονή

Όσο αναφορά στη νοσηλευτική φροντίδα στα δύο νοσοκομεία τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες εμφανίζουν ουδέτερη στάση (65% v. 76% Γ.Ν. Αττικής-51% v. 56% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.12).

	Νοσηλευτική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Άνδρας	0%	3%	65%	32%	0%	0%	1%	51%	46%	2%
Γυναίκα	0%	4%	76%	19%	1%	0%	0%	56%	41%	3%

Πίνακας 3.12: Συσχέτιση Φύλο με Νοσηλευτική Φροντίδα

Αναφορικά με την ιατρική φροντίδα οι νοσηλευόμενοι και στα δύο νοσοκομεία είναι ικανοποιημένοι (70% v. 58% Γ.Ν. Αττικής-68% v. 71% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.13).

	Ιατρική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Άνδρας	0%	2%	29%	68%	1%	0%	0%	25%	70%	5%
Γυναίκα	0%	4%	36%	58%	2%	0%	0%	26%	71%	3%

Πίνακας 3.13: Συσχέτιση Φύλο με Ιατρική Φροντίδα

Για τη γενική εξυπηρέτηση παρατηρήθηκε ότι το πλήθος δείγματος της έρευνας είναι ικανοποιημένο και στα δύο νοσοκομεία (50% ν. 53% Γ.Ν. Αττικής-63% ν. 67% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.14).

	Γενική Εξυπηρέτηση									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Ανδρας	0%	1%	49%	50%	0%	0%	0%	28%	69%	2%
Γυναίκα	0%	0%	47%	53%	0%	0%	0%	31%	67%	1%

Πίνακας 3.14: Συσχέτιση Φύλο με Γενική Εξυπηρέτηση

Όσον αφορά στα ειδικά στοιχεία οι νοσηλευόμενοι ανεξαρτήτως φύλου στο Γ.Ν. Αττικής δηλώνουν ουδέτερη στάση, ενώ στο Γ.Ν. Πελοποννήσου ικανοποιημένοι (84% ν. 75% Γ.Ν. Αττικής-57% ν. 51% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.15).

	Ειδικά Στοιχεία									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Ανδρας	0%	10%	84%	6%	0%	0%	0%	43%	57%	0%
Γυναίκα	0%	22%	75%	3%	0%	0%	0%	49%	51%	0%

Πίνακας 3.15: Συσχέτιση Φύλο με Ειδικά Στοιχεία

- Ηλικία – Κατηγορίες Ικανοποίησης

Ως προς την υποδοχή και στα δύο νοσοκομεία, κυρίως, τα άτομα που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία ≥ 65 δηλώνουν ικανοποιημένοι (63% Γ.Ν. Αττικής-50% Γ.Ν. Πελοποννήσου), ενώ άτομα στις άλλες ηλικιακές κατηγορίες δηλώνουν ουδέτερη κυρίως στάση στο Γ.Ν. Αττικής και ικανοποίηση στο Γ.Ν. Πελοποννήσου (Πίνακα 3.16).

	Υποδοχή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
18-24	0%	6%	53%	41%	0%	0%	0%	43%	57%	0%
25-34	0%	15%	63%	22%	0%	0%	0%	33%	57%	10%
35-44	0%	6%	45%	39%	10%	0%	5%	35%	50%	10%
45-54	0%	5%	46%	39%	10%	0%	5%	45%	45%	5%
55-64	0%	4%	51%	40%	5%	0%	2%	40%	54%	4%
>=65	4%	0%	21%	63%	13%	0%	0%	29%	50%	21%

Πίνακας 3.16: Συσχέτιση Ηλικία με Υποδοχή

Επιπλέον, φαίνεται ότι νοσηλευόμενοι ηλικιακά μεγαλύτεροι των 65 ετών, εκφράζουν ικανοποίηση από την αναμονή, με υψηλότερα ποσοστά συγκριτικά με τις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες (67% Γ.Ν. Αττικής-86% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακα 3.17).

	Αναμονή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
18-24	0%	0%	35%	65%	0%	0%	0%	57%	43%	0%
25-34	0%	0%	48%	52%	0%	0%	0%	29%	57%	14%
35-44	0%	2%	41%	57%	0%	0%	0%	15%	80%	5%
45-54	0%	3%	54%	42%	0%	0%	0%	34%	63%	3%
55-64	0%	5%	39%	56%	0%	0%	0%	26%	72%	2%
>=65	0%	13%	21%	67%	0%	0%	0%	14%	86%	0%

Πίνακας 3.17: Συσχέτιση Ηλικία με Αναμονή

Αναφορικά με τη νοσηλευτική φροντίδα παρατηρήθηκε ότι άτομα από 25 έως 64 ετών εμφανίζουν ουδέτερη στάση και στα δύο νοσοκομεία, ενώ, άτομα ηλικιακά μεγαλύτερα από 65 ετών δηλώνουν ικανοποιημένοι (58% Γ.Ν. Αττικής-50% Γ.Ν. Πελοποννήσου), καθώς και άτομα στην ηλικιακή κατηγορία 18-24 (86% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.18).

	Νοσηλευτική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
18-24	0%	0%	65%	35%	0%	0%	0%	14%	86%	0%
25-34	0%	0%	85%	15%	0%	0%	0%	48%	48%	5%
35-44	0%	8%	82%	10%	0%	0%	0%	55%	40%	5%
45-54	0%	5%	68%	27%	0%	0%	3%	61%	37%	0%
55-64	0%	4%	70%	25%	2%	0%	0%	60%	40%	0%
>=65	0%	0%	42%	58%	0%	0%	0%	36%	50%	14%

Πίνακας 3.18: Συσχέτιση Ηλικία με Νοσηλευτική Φροντίδα

Από την ιατρική φροντίδα παρατηρείται ότι στο σύνολο του το δείγμα της έρευνας δηλώνει ικανοποιημένο και στα δύο νοσοκομεία. Τα άτομα της ηλικιακής κατηγορίας ≥ 65 εμφανίζουν τη μεγαλύτερη συγκέντρωση στην κλίμακα «Ικανοποιημένος» (79% Γ.Ν. Αττικής-86% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.19).

	Ιατρική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
18-24	0%	0%	18%	82%	0%	0%	0%	0%	86%	14%
25-34	0%	0%	44%	52%	4%	0%	0%	33%	62%	5%
35-44	0%	2%	53%	45%	0%	0%	0%	15%	70%	15%
45-54	0%	5%	25%	69%	0%	0%	0%	29%	68%	3%
55-64	0%	2%	28%	67%	4%	0%	0%	30%	70%	0%
>=65	0%	4%	17%	79%	0%	0%	0%	14%	86%	0%

Πίνακας 3.19: Συσχέτιση Ηλικία με Ιατρική Φροντίδα

Αναφορικά με τη συσχέτιση ηλικίας και ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση, φαίνεται ότι υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης εμφανίζουν τα άτομα ηλικιακά μεγαλύτερα των 65 ετών (67% Γ.Ν. Αττικής- 71% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.20).

	Γενική Εξυπηρέτηση									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
18-24	0%	0%	53%	47%	0%	0%	0%	14%	86%	0%
25-34	0%	0%	44%	56%	0%	0%	0%	29%	62%	10%
35-44	0%	0%	53%	47%	0%	0%	0%	20%	80%	0%
45-54	0%	2%	56%	42%	0%	0%	0%	39%	58%	3%
55-64	0%	0%	42%	58%	0%	0%	0%	30%	70%	0%
>=65	0%	0%	33%	67%	0%	0%	0%	29%	71%	0%

Πίνακας 3.20: Συσχέτιση Ηλικία με Γενική Εξυπηρέτηση

Από τα ειδικά στοιχεία παρατηρήθηκε ότι ο πληθυσμός της έρευνας δηλώνει ουδέτερη στάση στο Γ.Ν. Αττικής σε όλες τις ηλικιακές ομάδες και ουδέτερη στάση/ικανοποίηση σε όλες τις ηλικιακές ομάδες στο Γ.Ν. Πελοποννήσου (Πίνακας 3.21).

	Ειδικά Στοιχεία									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
18-24	0%	29%	71%	0%	0%	0%	0%	57%	43%	0%
25-34	0%	41%	48%	11%	0%	0%	0%	52%	48%	0%
35-44	0%	4%	94%	2%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
45-54	0%	19%	80%	2%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
55-64	0%	12%	84%	4%	0%	0%	0%	38%	62%	0%
>=65	0%	4%	83%	13%	0%	0%	0%	36%	64%	0%

Πίνακας 3.21: Συσχέτιση Ηλικία με Ειδικά Στοιχεία

▪ Εκπαίδευση – Κατηγορίες Ικανοποίησης

Όσον αφορά στη συσχέτιση εκπαίδευσης και ικανοποίησης από την υποδοχή, είναι εμφανές ότι άτομα που ανήκουν στην κατηγορία «Απόφοιτοι Δημοτικού» εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και στα δύο νοσοκομεία (64% Γ.Ν. Αττικής-83% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.22).

	Υποδοχή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσανεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	0%	17%	50%	17%	17%	0%	33%	33%	0%	33%
Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	0%	7%	63%	27%	3%	0%	5%	58%	26%	11%
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	0%	7%	59%	34%	0%	0%	0%	30%	70%	0%
Απόφοιτος Λυκείου	0%	6%	49%	39%	7%	0%	5%	45%	45%	5%
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	0%	7%	44%	38%	11%	0%	0%	52%	41%	7%
Απόφοιτος Γυμνασίου	0%	3%	32%	55%	11%	0%	0%	24%	68%	8%
Απόφοιτος Δημοτικού	7%	0%	21%	64%	7%	0%	0%	8%	83%	8%

Πίνακας 3.22: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Υποδοχή

Παράλληλα, φαίνεται ότι οι νοσηλευόμενοι που ανήκουν στην κατηγορία εκπαίδευσης «Απόφοιτος Δημοτικού», εμφανίζουν τα μεγαλύτερα ποσοστά

ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα συγκριτικά με τις υπόλοιπες κατηγορίες (64% Γ.Ν. Αττικής-83% στο Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.23).

	Νοσηλευτική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	0%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	33%	33%	33%
Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	0%	3%	80%	17%	0%	0%	0%	79%	16%	5%
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	0%	0%	86%	14%	0%	0%	0%	60%	40%	0%
Απόφοιτος Λυκείου	0%	6%	71%	21%	1%	0%	0%	55%	45%	0%
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	0%	4%	67%	29%	0%	0%	3%	69%	28%	0%
Απόφοιτος Γυμνασίου	0%	5%	66%	29%	0%	0%	0%	39%	58%	3%
Απόφοιτος Δημοτικού	0%	0%	36%	64%	0%	0%	0%	8%	83%	8%

Πίνακας 3.23: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Νοσηλευτική Φροντίδα

Από την ιατρική φροντίδα το πλήθος δείγματος της έρευνας εμφανίζεται ικανοποιημένο, με τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης να προέρχονται από άτομα που η εκπαίδευση τους ανήκει στην κατηγορία «Απόφοιτος Δημοτικού» και στα δύο νοσοκομεία (71% Γ.Ν. Αττικής-92% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.24).

	Ιατρική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	0%	0%	33%	67%	0%	0%	0%	0%	67%	33%
Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	0%	0%	47%	50%	3%	0%	0%	37%	53%	11%
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	0%	0%	48%	52%	0%	0%	0%	40%	50%	10%
Απόφοιτος Λυκείου	0%	6%	30%	63%	1%	0%	0%	25%	75%	0%
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	0%	2%	22%	76%	0%	0%	0%	24%	72%	3%
Απόφοιτος Γυμνασίου	0%	0%	29%	68%	3%	0%	0%	24%	74%	3%
Απόφοιτος Δημοτικού	0%	7%	21%	71%	0%	0%	0%	8%	92%	0%

Πίνακας 3.24: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ιατρική Φροντίδα

Από τη συσχέτιση της εκπαίδευσης με τη γενική εξυπηρέτηση προκύπτει ότι άτομα που ανήκουν στις κατηγορίες «Απόφοιτος Γυμνασίου» και «Απόφοιτος Δημοτικού» συγκριτικά στα δύο νοσοκομεία εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά συγκέντρωσης στην κλίμακα «Ικανοποιημένος» (Πίνακας 3.25).

	Γενική Εξυπηρέτηση									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ νος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ νος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	0%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	67%	33%	0%
Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	0%	0%	50%	50%	0%	0%	0%	37%	58%	5%
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	0%	0%	55%	45%	0%	0%	0%	40%	60%	0%
Απόφοιτος Λυκείου	0%	1%	47%	51%	0%	0%	0%	25%	75%	0%
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	0%	0%	47%	53%	0%	0%	0%	31%	66%	3%
Απόφοιτος Γυμνασίου	0%	0%	39%	61%	0%	0%	0%	29%	68%	3%
Απόφοιτος Δημοτικού	0%	0%	50%	50%	0%	0%	0%	17%	83%	0%

Πίνακας 3.25: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Γενική Εξυπηρέτηση

Τέλος, από τα ειδικά στοιχεία παρατηρήθηκε ότι η πλειονότητα των νοσηλευόμενων στο Γ.Ν. Αττικής δηλώνει ουδέτερη στάση, ενώ άτομα με ανώτατη/ανώτερη μόρφωση, διδακτορικό τίτλο δηλώνουν τα υψηλότερα ποσοστά δυσανεσκειας. Αντίστοιχα, στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, το σύνολο του δείγματος της έρευνας είναι ικανοποιημένο με υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης να προέρχονται από άτομα που είναι απόφοιτοι δημοτικού ή κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου (Πίνακας 3.26).

	Ειδικά Στοιχεία									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ενος	Δυσανεστήμ ενος	Ούτε δυσανεστήμ ενος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ενος	Δυσανεστήμ ενος	Ούτε δυσανεστήμ ενος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	0%	17%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	0%	33%	63%	3%	0%	0%	0%	58%	42%	0%
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	0%	34%	62%	3%	0%	0%	0%	70%	30%	0%
Απόφοιτος Λυκείου	0%	11%	87%	1%	0%	0%	0%	55%	45%	0%
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	0%	7%	87%	7%	0%	0%	0%	48%	52%	0%
Απόφοιτος Γυμνασίου	0%	5%	87%	8%	0%	0%	0%	34%	66%	0%
Απόφοιτος Δημοτικού	0%	14%	79%	7%	0%	0%	0%	17%	83%	0%

Πίνακας 3.26: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ειδικά Στοιχεία

- Ασφαλιστικό Ταμείο – Κατηγορίες Ικανοποίησης

Είναι εμφανές ότι και στα δύο νοσοκομεία το μεγαλύτερο ποσοστό των ατόμων που εμφανίζονται ικανοποιημένοι από την υποδοχή του νοσοκομείου, είναι οι ασφαλισμένοι στον ΟΓΑ (54% Γ.Ν. Αττικής-72% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.27).

	Υποδοχή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ενος	Δυσανεστήμ ενος	Ούτε δυσανεστήμ ενος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ενος	Δυσανεστήμ ενος	Ούτε δυσανεστήμ ενος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
ΙΚΑ	0%	8%	47%	36%	8%	0%	0%	52%	34%	14%
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	0%	0%	33%	33%	33%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανασφάλιστος	0%	0%	25%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΔΕΗ	0%	0%	60%	40%	0%	0%	10%	60%	30%	0%
Δημόσιο	1%	3%	51%	42%	3%	0%	3%	48%	45%	3%
Ο.Α.Ε.Ε	0%	0%	50%	36%	14%	0%	0%	0%	100%	0%
ΟΓΑ	0%	8%	25%	54%	13%	0%	2%	20%	72%	7%
ΤΣΜΕΔΕ	0%	33%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Τραπεζοϋπαλλήλ ων	0%	0%	75%	25%	0%	0%	50%	50%	0%	0%

Πίνακας 3.27: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Υποδοχή

Από την αναμονή περισσότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ, Δημόσιο και ΟΓΑ (Πίνακας 3.28).

	Αναμονή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
ΙΚΑ	0%	1%	38%	61%	0%	0%	0%	27%	66%	7%
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	0%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανασφάλιστος	0%	0%	75%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΔΕΗ	0%	13%	40%	47%	0%	0%	0%	40%	50%	10%
Δημόσιο	0%	3%	45%	52%	0%	0%	0%	30%	70%	0%
Ο.Α.Ε.Ε	0%	7%	43%	50%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
ΟΓΑ	0%	13%	33%	54%	0%	0%	0%	25%	72%	3%
ΤΣΜΕΔΕ	0%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Τραπεζοϋπαλλήλ ων	0%	0%	75%	25%	0%	0%	0%	0%	100%	0%

Πίνακας 3.28: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Αναμονή

Η συσχέτιση του ασφαλιστικού ταμείου με τη νοσηλευτική φροντίδα δείχνει ότι στην πλειονότητά τους, κυρίως, οι νοσηλευόμενοι στον ΟΓΑ δηλώνουν ικανοποίηση και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.29).

	Νοσηλευτική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
ΙΚΑ	0%	2%	74%	23%	1%	0%	0%	57%	39%	5%
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	0%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανασφάλιστος	0%	25%	50%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΔΕΗ	0%	13%	67%	20%	0%	0%	10%	70%	20%	0%
Δημόσιο	0%	1%	76%	22%	0%	0%	0%	64%	36%	0%
Ο.Α.Ε.Ε	0%	0%	71%	29%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
ΟΓΑ	0%	13%	42%	46%	0%	0%	0%	39%	57%	3%
ΤΣΜΕΔΕ	0%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Τραπεζοϋπαλλήλ ων	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%

Πίνακας 3.29: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Νοσηλευτική Φροντίδα

Από τη συσχέτιση του ασφαλιστικού ταμείου με την ιατρική φροντίδα, φαίνεται ότι το δείγμα της έρευνας είναι ικανοποιημένο και στα δύο νοσοκομεία ασχέτως ασφαλιστικού φορέα. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι ακόμη και τα ανασφάλιστα άτομα δηλώνουν ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα (Πίνακας 3.30).

	Ιατρική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστη- μένος	Δυσανεστη- μένος	Ούτε δυσανεστη- μένος/ούτε ικανοποιημέ- νος	Ικανοποιημέ- νος	Πολύ ικανοποιημέ- νος	Πολύ δυσανεστη- μένος	Δυσανεστη- μένος	Ούτε δυσανεστη- μένος/ούτε ικανοποιημέ- νος	Ικανοποιημέ- νος	Πολύ ικανοποιημέ- νος
ΙΚΑ	0%	2%	31%	64%	3%	0%	0%	23%	68%	9%
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	0%	0%	67%	33%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανασφάλιστος	0%	0%	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΔΕΗ	0%	7%	20%	73%	0%	0%	0%	40%	60%	0%
Δημόσιο	0%	3%	33%	64%	0%	0%	0%	30%	67%	3%
Ο.Α.Ε.Ε	0%	0%	43%	57%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
ΟΓΑ	0%	4%	29%	67%	0%	0%	0%	21%	77%	2%
ΤΣΜΕΔΕ	0%	0%	33%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Τραπεζοϋπαλλήλων	0%	0%	25%	75%	0%	0%	0%	50%	50%	0%

Πίνακας 3.30: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Ιατρική Φροντίδα

Αναφορικά με τη γενική εξυπηρέτηση φαίνεται ότι είναι ικανοποιημένοι, κυρίως, οι ασφαλισμένοι του ΙΚΑ (54% Γ.Ν. Αττικής-75% Γ.Ν. Πελοποννήσου) (Πίνακας 3.31).

	Γενική Εξυπηρέτηση									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστη- μένος	Δυσανεστη- μένος	Ούτε δυσανεστημέ- νος/ούτε ικανοποιημέ- νος	Ικανοποιημέ- νος	Πολύ ικανοποιημέ- νος	Πολύ δυσανεστη- μένος	Δυσανεστη- μένος	Ούτε δυσανεστημέ- νος/ούτε ικανοποιημέ- νος	Ικανοποιημέ- νος	Πολύ ικανοποιημέ- νος
ΙΚΑ	0%	0%	46%	54%	0%	0%	0%	23%	75%	2%
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	0%	0%	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανασφάλιστος	0%	0%	50%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΔΕΗ	0%	0%	40%	60%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
Δημόσιο	0%	0%	60%	40%	0%	0%	0%	36%	64%	0%
Ο.Α.Ε.Ε	0%	0%	36%	64%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
ΟΓΑ	0%	4%	46%	50%	0%	0%	0%	28%	69%	3%
ΤΣΜΕΔΕ	0%	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Τραπεζοϋπαλλήλων	0%	0%	25%	75%	0%	0%	0%	50%	50%	0%

Πίνακας 3.31: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Γενική Εξυπηρέτηση

Ως προς τη συσχέτιση του ασφαλιστικού ταμείου με τα ειδικά στοιχεία του νοσοκομείου είναι εμφανής μια ουδέτερη στάση από τους ασφαλισμένους όλων των ταμείων κατά τη νοσηλεία στο Γ.Ν. Αττικής, σε αντίθεση με τους νοσηλευόμενους του Γ.Ν. Πελοποννήσου, οι οποίοι ισορροπούν στην ουδέτερη στάση και την ικανοποίηση, εκτός αυτών του ΟΓΑ που δηλώνουν κυρίως ικανοποίηση (Πίνακας 3.32).

	Ειδικά Στοιχεία									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
ΙΚΑ	0%	19%	74%	7%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	0%	17%	83%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Ανασφάλιστος	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
ΔΕΗ	0%	13%	87%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
Δημόσιο	0%	15%	84%	1%	0%	0%	0%	52%	48%	0%
Ο.Α.Ε.Ε	0%	0%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	0%	0%
ΟΓΑ	0%	17%	75%	8%	0%	0%	0%	38%	62%	0%
ΤΣΜΕΔΕ	0%	33%	67%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Τραπεζοϋπαλλήλω ν	0%	25%	75%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	0%

Πίνακας 3.32: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Ειδικά Στοιχεία

- Τύπος Επίσκεψης – Κατηγορίες Ικανοποίησης

Από τη συσχέτιση του τύπου επίσκεψης με την ικανοποίηση ανά κατηγορία, προκύπτει ότι οι νοσηλευόμενοι και στα δύο νοσοκομεία, που προσήλθαν για κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας ή για προληπτικούς λόγους έχουν ουδέτερη στάση ως προς την υποδοχή των νοσοκομείων, ενώ τα άτομα που εισήχθησαν για επανεκτίμηση/επανελέγχο ή λόγω χρόνιου προβλήματος υγείας είναι ικανοποιημένοι (Πίνακας 3.33).

	Υποδοχή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστήμ ένος	Δυσανεστήμ ένος	Ούτε δυσανεστήμ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Έκτακτη	1%	8%	47%	36%	8%	0%	4%	46%	44%	5%
Επανεκτίμηση/Επ ανελέγχος	0%	6%	31%	50%	13%	0%	0%	0%	0%	0%
Προληπτικοί λόγοι	0%	4%	68%	25%	4%	0%	0%	69%	16%	15%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0%	0%	40%	54%	6%	0%	0%	27%	63%	10%

Πίνακας 3.33: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Υποδοχή

Αντίστοιχα αποτελέσματα προκύπτουν και ως προς την αναμονή, όπου οι ασθενείς που επισκέφθηκαν τα δύο νοσοκομεία ως έκτακτο περιστατικό ή για προληπτικούς λόγους δηλώνουν ουδέτεροι ως προς την αναμονή, ενώ όσοι προσήλθαν για επανεκτίμηση/επανελέγχο ή λόγω χρόνιου προβλήματος υγείας δηλώνουν ικανοποιημένοι (Πίνακας 3.34).

	Αναμονή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Έκτακτη	0%	4%	51%	45%	0%	0%	0%	66%	30%	4%
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	0%	13%	37%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Προληπτικοί λόγοι	0%	4%	57%	39%	0%	0%	0%	62%	32%	15%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0%	2%	25%	73%	0%	0%	0%	24%	76%	0%

Πίνακας 3.34: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Αναμονή

Σχετικά, με την νοσηλευτική φροντίδα το σύνολο των ερωτηθέντων στο Γ.Ν. Αττικής έχουν ουδέτερη στάση, ασχέτως τύπου επίσκεψης, ενώ στο Γ.Ν. Πελοποννήσου σημαντικό είναι το ποσοστό των ασθενών (60%) που επισκέφτηκε για έκτακτο πρόβλημα υγείας και δηλώνει ουδέτερο ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα (Πίνακας 3.35).

	Νοσηλευτική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Έκτακτη	0%	5%	69%	25%	1%	0%	1%	60%	37%	2%
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	0%	6%	75%	19%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Προληπτικοί λόγοι	0%	0%	86%	14%	0%	0%	0%	38%	62%	0%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0%	2%	63%	35%	0%	0%	0%	41%	54%	5%

Πίνακας 3.35: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Νοσηλευτική Φροντίδα

Από την ιατρική φροντίδα οι νοσηλευόμενοι εμφανίζουν υψηλή συγκέντρωση στην κλίμακα ικανοποιημένος και στα δύο νοσοκομεία ανεξαρτήτως τύπου επίσκεψης (Πίνακας 3.36).

	Ιατρική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσάρεστητος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Έκτακτη	0%	3%	36%	60%	1%	0%	0%	29%	67%	4%
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	0%	13%	37%	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Προληπτικοί λόγοι	0%	0%	25%	75%	0%	0%	0%	15%	69%	16%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0%	0%	23%	75%	2%	0%	0%	20%	80%	0%

Πίνακας 3.36: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Ιατρική Φροντίδα

Αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη γενική εξυπηρέτηση, φαίνεται ότι όσοι προσήλθαν για κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας ή για προληπτικούς λόγους εκφράζουν ουδέτερη στάση, ενώ όσοι επισκέφτηκαν τα νοσοκομεία για επανεκτίμηση/επανελέγχο ή λόγω χρόνιου προβλήματος υγείας είναι ικανοποιημένοι (Πίνακας 3.37).

	Γενική Εξυπηρέτηση									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Έκτακτη	0%	1%	53%	46%	0%	0%	0%	65%	32%	3%
Επανεκτίμηση/Επανελέγχο	0%	0%	25%	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Προληπτικοί λόγοι	0%	0%	75%	25%	0%	0%	0%	85%	15%	0%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0%	0%	38%	62%	0%	0%	0%	29%	71%	0%

Πίνακας 3.37: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Γενική Εξυπηρέτηση

Τέλος, από τη συσχέτιση του τύπου επίσκεψης με τα ειδικά στοιχεία, προκύπτει ότι ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ασθενείς που προσήλθαν στα δύο νοσοκομεία για επανεκτίμηση/επανελέγχο ή λόγω χρόνιου προβλήματος υγείας (Πίνακας 3.38).

	Ειδικά Στοιχεία									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος	Πολύ δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος	Ικανοποιημένος	Πολύ ικανοποιημένος
Έκτακτη	0%	15%	82%	4%	0%	0%	0%	51%	49%	0%
Επανεκτίμηση/Επανελέγχο	0%	19%	0%	81%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Προληπτικοί λόγοι	0%	32%	68%	0%	0%	0%	0%	62%	38%	0%
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0%	10%	10%	80%	0%	0%	0%	29%	71%	0%

Πίνακας 3.38: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Ειδικά Στοιχεία

▪ Οικογενειακή Κατάσταση – Κατηγορίες Ικανοποίησης

Κατά τη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από την υποδοχή προκύπτει ότι το υψηλότερο ποσοστό αυτών που ανήκει στην κατηγορία χήρος/α εκφράζει ικανοποίηση και στα δύο νοσοκομεία, ενώ, οι ασθενείς που ανήκουν στις υπόλοιπες κατηγορίες, δηλώνουν κυρίως ουδέτεροι (Πίνακας 3.39).

	Υποδοχή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Άγαμος/η	0%	10%	49%	35%	6%	0%	5%	26%	63%	5%
Έγγαμος/η	1%	5%	45%	40%	9%	0%	3%	41%	49%	8%
Διαζευγμένος/η	0%	0%	63%	38%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
Χήρος/α	0%	0%	27%	73%	0%	0%	0%	0%	80%	20%

Πίνακας 3.39: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Υποδοχή

Για την αναμονή παρατηρήθηκε ότι το σύνολο των νοσηλευόμενων, ανεξαρτήτως οικογενειακής κατάστασης, εκφράζει την ικανοποίηση του και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.40).

	Αναμονή									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Άγαμος/η	0%	0%	41%	59%	0%	0%	0%	26%	68%	5%
Έγγαμος/η	0%	4%	40%	56%	0%	0%	0%	29%	67%	4%
Διαζευγμένος/η	0%	13%	58%	29%	0%	0%	0%	38%	63%	0%
Χήρος/α	0%	0%	45%	55%	0%	0%	0%	0%	100%	0%

Πίνακας 3.40: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Αναμονή

Αναφορικά με τη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με τη νοσηλευτική φροντίδα, προκύπτει ότι η πλειονότητα των νοσηλευόμενων στο Γ.Ν. Αττικής, ανεξαρτήτου οικογενειακής κατάστασης, εκδηλώνει ουδέτερη τάση, ενώ στο Γ.Ν. Πελοποννήσου ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ασθενείς που ανήκουν στις κατηγορίες άγαμος/η ή χήρος/α (Πίνακας 3.41).

	Νοσηλευτική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Άγαμος/η	0%	0%	69%	31%	0%	0%	0%	26%	68%	5%
Έγγαμος/η	0%	5%	72%	23%	1%	0%	1%	59%	39%	2%
Διαζευγμένος/η	0%	8%	67%	25%	0%	0%	0%	63%	38%	0%
Χήρος/α	0%	0%	64%	36%	0%	0%	0%	0%	80%	20%

Πίνακας 3.41: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Νοσηλευτική Φροντίδα

Από τη συσχέτιση της οικογενειακής κατάστασης με την ιατρική φροντίδα, φαίνεται ότι το υψηλότερο ποσοστό των νοσηλευόμενων σε κάθε κατηγορία οικογενειακής κατάστασης εμφανίζεται ικανοποιημένο και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.42).

	Ιατρική Φροντίδα									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέ νος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Άγαμος/η	0%	0%	31%	67%	2%	0%	0%	16%	74%	11%
Έγγαμος/η	0%	4%	34%	61%	1%	0%	0%	28%	70%	3%
Διαζευγμένος/η	0%	0%	33%	67%	0%	0%	0%	25%	63%	13%
Χήρος/α	0%	0%	27%	73%	0%	0%	0%	0%	100%	0%

Πίνακας 3.43: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Ιατρική Φροντίδα

Σχετικά με τη συσχέτιση οικογενειακής κατάστασης με τη γενική εξυπηρέτηση παρατηρήθηκε ότι το σύνολο των νοσηλευόμενων σε κάθε κατηγορία οικογενειακής κατάστασης, εμφανίζει μεγαλύτερη συγκέντρωση στην κλίμακα ικανοποιημένος (Πίνακας 3.44).

	Ειδικά Στοιχεία									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος	Πολύ δυσανεστημ ένος	Δυσανεστημ ένος	Ούτε δυσανεστημ ένος/ούτε ικανοποιημέν ος	Ικανοποιημέ νος	Πολύ ικανοποιημέ νος
Άγαμος/η	0%	22%	69%	8%	0%	0%	0%	47%	53%	0%
Έγγαμος/η	0%	15%	81%	3%	0%	0%	0%	47%	53%	0%
Διαζευγμένος/η	0%	13%	88%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
Χήρος/α	0%	0%	91%	9%	0%	0%	0%	0%	100%	0%

Πίνακας 3.44: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Γενική Εξυπηρέτηση

Τέλος, στο Γ.Ν. Αττικής το μεγαλύτερο πλήθος των ερωτηθέντων σε όλες τις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης εκδηλώνει ουδέτερη τάση ως προς την ικανοποίηση του από τα ειδικά στοιχεία. Αντίθετα στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, η πλειονότητα των ασθενών είναι ικανοποιημένη σε όλες τις κατηγορίες οικογενειακής κατάστασης (Πίνακας 3.45).

	Ειδικά Στοιχεία									
	Γ.Ν. Αττικής					Γ.Ν. Πελοποννήσου				
	Πολύ δυσχερ ένος	Δυσχερ ένος	Ούτε δυσχερ ούτε ικανοποιη μέν ος	ΙΚανοποιη μένος	Πολύ ικανοποιη μένος	Πολύ δυσχερ ένος	Δυσχερ ένος	Ούτε δυσχερ ούτε ικανοποιη μέν ος	ΙΚανοποιη μένος	Πολύ ικανοποιη μένος
Άγαμος/η	0%	22%	69%	8%	0%	0%	0%	47%	53%	0%
Έγγαμος/η	0%	15%	81%	3%	0%	0%	0%	47%	53%	0%
Διαζευγμένος/η	0%	13%	88%	0%	0%	0%	0%	50%	50%	0%
Χήρος/α	0%	0%	91%	9%	0%	0%	0%	0%	100%	0%

Πίνακας 3.45: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Ειδικά Στοιχεία

Παράλληλα, προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και κατηγοριών ικανοποίησης, εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι t-Test. Αναλυτικά προέκυψε ότι η ηλικία των νοσηλευόμενων και το ασφαλιστικό ταμείο δεν έχουν καμία συσχέτιση με τις κατηγορίες ικανοποίησης σε επίπεδο σημαντικότητας 5%. Αντίθετα, παρατηρήθηκε ότι οι μεταβλητές Φύλο, Εκπαίδευση και Τύπος Επίσκεψης, εμφανίζουν συσχέτιση σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p < 0,05$) με ορισμένες κατηγορίες ικανοποίησης.

	Υποδοχή	Αναμονή	Νοσηλευτική Φροντίδα	Ιατρική Φροντίδα	Γενική Εξυπηρέτηση	Ειδικά Στοιχεία
Φύλο	0,477	0,860	0,039	0,035	0,043	0,045
Ηλικία	0,300	0,105	0,133	0,520	0,133	0,359
Εκπαίδευση	0,038	0,409	0,037	0,028	0,786	0,038
Ασφαλιστικό Ταμείο	0,359	0,543	0,359	0,612	0,644	0,542
Τύπος Επίσκεψης	0,127	0,525	0,043	0,048	0,352	0,038
Οικογενειακή Κατάσταση	0,194	0,152	0,536	0,739	0,634	0,509

Πίνακας 3.46: Αποτελέσματα (p-value) συσχέτισης δημογραφικών χαρακτηριστικών με κατηγορίες ικανοποίησης

Αναλυτικά, παρατηρήθηκε ότι ως προς το φύλο υψηλότερο ποσοστό των ανδρών εμφανίζεται ικανοποιημένο (Πίνακας 3.12, 3.13, 3.14, 3.15).

Αναφορικά με την εκπαίδευση και τις κατηγορίες ικανοποίησης όπου εμφανίζεται συσχέτιση, παρατηρήθηκε ότι άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης (Πίνακας 3.22, 3.23, 3.24, 3.26).

Ενώ, σχετικά με τον τύπο επίσκεψης και τη συσχέτιση του με τις κατηγορίες ικανοποίησης, φαίνεται ότι η αιτία για την οποία προσήλθαν οι ερωτώμενοι επηρεάζει την αντίληψη τους ως προς την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα που δέχθηκαν (Πίνακας 3.35, 3.36).

3.2.5 Συσχέτιση Φορητής Συσκευής με Ποιοτικές Μεταβλητές

Με βάση την υπάρχουσα βιβλιογραφία φαίνεται ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την αποδοχή και χρήση φορητών συσκευών, για την κάλυψη των επιμέρους αναγκών, είναι κυρίως τα ατομικά χαρακτηριστικά, όπως τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο και εκπαίδευση) του χρήστη, καθώς και τα τεχνικά χαρακτηριστικά, όπως η διεπαφή της εφαρμογής και το μέγεθος της συσκευής (Sarker et al, 2003, Mitomo et al, 2007). Με στόχο τον προσδιορισμό μιας εύχρηστης συσκευής, για την εγκατάσταση και χρήση του Διαδικτυακού Συστήματος, ενσωματώθηκαν ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στη διεπαφή του συστήματος και ερμηνεύονται σε συνδυασμό με τις ποιοτικές μεταβλητές φύλο, ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης ώστε να εξάγουμε σαφή συμπεράσματα.

Αναλυτικά, με βάση το φύλο του πληθυσμού της έρευνας ως προς την ερώτηση «Πόσο εξοικειωμένο θεωρείτε τον εαυτό σας με τη χρήση φορητών συσκευών;» παρατηρήθηκε, συγκεντρωτικά και στα δύο νοσοκομεία, ότι τόσο οι άνδρες (36%) όσο και οι γυναίκες (33%) θεωρούν ελάχιστα εξοικειωμένο τον εαυτό τους με τη χρήση φορητών συσκευών (Πίνακας 3.46).

Γ.Ν. Αττικής και Γ.Ν. Πελοποννήσου			
<i>Πόσο εξοικειωμένο θεωρείτε τον εαυτό σας με τη χρήση φορητών συσκευών;</i>			
	% (N)	Άνδρας % (N)	Γυναίκα % (N)
Καθόλου	24% (94)	22% (44)	27% (50)
Ελάχιστα	34% (132)	36% (72)	33% (60)
Αρκετά	22% (85)	21% (42)	23% (43)
Πολύ	11% (41)	8% (17)	13% (24)
Πάρα πολύ	8% (32)	13% (26)	3% (6)

Πίνακας 3.46: Συσχέτιση Φύλο με Εξοικείωση Χρήσης Φορητών Συσκευών

Λαμβάνοντας υπόψη την ηλικιακή κατηγορία στην οποία ανήκει το πλήθος της έρευνας στην ίδια ερώτηση προκύπτει ότι τα άτομα με ηλικία 18-25, θεωρούν τον εαυτό τους πάρα πολύ εξοικειωμένο με τη χρήση φορητών συσκευών, ενώ τα άτομα που ανήκουν στις υπόλοιπες ηλικιακές κατηγορίες εμφανίζονται λιγότερο έως καθόλου εξοικειωμένοι (Πίνακας 3.47).

Γ.Ν. Αττικής και Γ.Ν. Πελοποννήσου						
Πόσο εξοικειωμένο θεωρείτε τον εαυτό σας με τη χρήση φορητών συσκευών;						
	18-24	25-34	35-44	45-54	55-64	>=65
Καθόλου	-	-	7%	19%	43%	63%
Ελάχιστα	-	10%	32%	51%	44%	21%
Αρκετά	8%	29%	45%	23%	11%	11%
Πολύ	42%	29%	13%	6%	1%	3%
Πάρα πολύ	50%	31%	3%	2%	1%	3%

Πίνακας 3.47: Συσχέτιση Ηλικία με Εξοικείωση Χρήσης Φορητών Συσκευών

Με βάση την εκπαίδευση, προκύπτει ότι όσο πιο χαμηλό είναι το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευόμενων τόσο λιγότερο εξοικειωμένοι εμφανίζονται με τη χρήση της τεχνολογίας (Πίνακας 3.48).

Γ.Ν. Αττικής και Γ.Ν. Πελοποννήσου							
Πόσο εξοικειωμένο θεωρείτε τον εαυτό σας με τη χρήση της φορητών συσκευών;							
	Master-PhD	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	Απόφοιτος Λυκείου	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	Απόφοιτος Γυμνασίου	Απόφοιτος Δημοτικού
Καθόλου	-	10%	3%	24%	11%	50%	62%
Ελάχιστα	-	29%	23%	37%	51%	32%	23%
Αρκετά	22%	27%	33%	21%	24%	16%	15%
Πολύ	33%	27%	28%	8%	5%	1%	-
Πάρα πολύ	45%	8%	13%	10%	8%	1%	-

Πίνακας 3.48: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Εξοικείωση Χρήσης Φορητών Συσκευών

Στη συνέχεια, λαμβάνοντας υπόψη την ερώτηση «Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής;» εμφανίζονται τα αποτελέσματα ανά φορητή συσκευή (Κινητό Τηλέφωνο ή Tablet PC) σε κάθε νοσοκομείο.

Αναλυτικά, με βάση το φύλο του πληθυσμού της έρευνας, προκύπτει ότι τόσο οι άντρες όσο και οι γυναίκες θεωρούν πολύ εύκολη την ενασχόλη τους με το Κινητό Τηλέφωνο και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.49).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
	Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής; (Κινητό Τηλέφωνο)	
	Ανδρας	Γυναίκα
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	35%-11%	38%-10%
Πολύ	59%-78%	44%-70%
Πάρα πολύ	6%-11%	13%-20%

Πίνακας 3.49: Συσχέτιση Φύλο με Ευκολία Ενασχόλησης (Κινητό Τηλέφωνο)

Αντίστοιχα, ως προς την ευκολία ενασχόλησης με το Tablet PC, παρατηρήθηκε υψηλότερη συγκέντρωση στην κλίμακα «Πάρα πολύ εύκολη» και στα δύο νοσοκομεία της μελέτης (Πίνακας 3.50).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
	Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής; (Tablet PC)	
	Ανδρας	Γυναίκα
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	6%-4%	6%-5%
Πολύ	18%-12%	29%-19%
Πάρα πολύ	76%-84%	65%-76%

Πίνακας 3.50: Συσχέτιση Φύλο με Ευκολία Ενασχόλησης (Tablet PC)

Βάσει της ηλικιακής κατηγορίας, παρατηρήθηκε ότι μόνο άτομα ηλικίας 18-34 χρησιμοποίησαν το κινητό τηλέφωνο, για τη χρήση του Διαδικτυακού Συστήματος, τα οποία χαρακτήρισαν «Πολύ εύκολη» την ενασχόληση τους με αυτή τη συσκευή (Πίνακας 3.51).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
	Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής; (Κινητό Τηλέφωνο)	
	18-24	25-34
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	6%-0%	6%-0%
Πολύ	59%-57%	56%-58%
Πάρα πολύ	35%-43%	38%-42%

Πίνακας 3.51: Συσχέτιση Ηλικία με Ευκολία Ενασχόλησης (Κινητό Τηλέφωνο)

Αντιστοίχως, ως προς την ευχρηστία του Tablet PC, οι νοσηλεύόμενοι από 25 έως 64 ετών, που έκαναν χρήση της συσκευής, χαρακτήρισαν «Πάρα πολύ εύκολη» την ενασχόληση τους με την συσκευή και στα δύο νοσοκομεία ανεξάρτητα ηλικιακής υποκατηγορίας(Πίνακας 3.52).

Γ.Ν. Αττικής και Γ.Ν. Πελοποννήσου				
<i>Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής (Tablet PC);</i>				
	35-44	45-54	55-64	>=65
Καθόλου	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-
Αρκετά	-	5%-0%	7%-6%	13%-21%
Πολύ	33%-25%	37%-34%	37%-30%	54%-50%
Πάρα πολύ	67%-75%	58%-66%	56%-64%	33%-29%

Πίνακας 3.52: Συσχέτιση Ηλικία με Ευκολία Ενασχόλησης (Tablet PC)

Παράλληλα, συσχετίζοντας την ευχρηστία των φορητών συσκευών με την εκπαίδευση παρατηρούμε ότι η χρήση του Κινητού τηλεφώνου έγινε από άτομα με υψηλό μορφωτικό επίπεδο, ενώ το Tablet PC χρησιμοποιήθηκε από άτομα όλων των κατηγοριών εκπαίδευσης.

Αναλυτικά, για το Κινητό Τηλέφωνο τα άτομα που είναι απόφοιτοι Τεχνικών Σχολών εμφανίζουν υψηλότερη συγκέντρωση στην κλίμακα «Πολύ», ενώ άτομα από τις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαίδευσης χαρακτηρίζουν την ενασχόληση τους με τη συσκευή «Πάρα πολύ» εύκολη και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.53).

Όσον αφορά στο Tablet PC μόνο τα άτομα που είναι απόφοιτοι Δημοτικού εμφανίζουν υψηλότερη συγκέντρωση στην κλίμακα «Πολύ» και στα δύο νοσοκομεία, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαίδευσης όπου οι υψηλότερες συγκεντρώσεις εμφανίζονται στην κλίμακα «Πάρα πολύ» (Πίνακας 3.54).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου					
<i>Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής (Κινητό Τηλέφωνο);</i>					
	Master-PhD	Ανώτατη μόρφωση (AEI)	Ανώτερη μόρφωση (TEI)	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	Απόφοιτος Γυμνασίου
Καθόλου	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-
Αρκετά	-	-	-	-	-
Πολύ	-	31%-33%	29%-25%	67%-100%	100%-100%
Πάρα πολύ	100%-100%	69%-67%	71%-75%	33%-0%	-

Πίνακας 3.53: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευκολία Ενασχόλησης (Κινητό Τηλέφωνο)

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου							
Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής (Tablet PC):							
	Master-PhD	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	Απόφοιτος Λυκείου	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	Απόφοιτος Γυμνασίου	Απόφοιτος Δημοτικού
Καθόλου	-	-	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-	-	-
Αρκετά	-	-	-	-	-	-	-
Πολύ	-	29%-30%	41%-17%	44%-48%	31%-41%	40%-35%	64%-67%
Πάρα πολύ	100%-0%	71%-70%	59%-83%	56%-53%	69%-59%	60%-65%	36%-33%

Πίνακας 3.54: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευκολία Ενασχόλησης (Tablet PC)

Αναφορικά με την ερώτηση «Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση;» παρατηρήθηκε, η πλειονότητα των ανδρών και των γυναικών, στα δύο νοσοκομεία της έρευνας, χαρακτήρισαν «Αρκετά» βολικό το μέγεθος του Κινητού Τηλεφώνου (Πίνακας 3.55).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση; (Κινητό Τηλέφωνο)		
	Άνδρας	Γυναίκα
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	53%-50%	50%-57%
Πολύ	35%-42%	31%-29%
Πάρα πολύ	12%-8%	19%-14%

Πίνακας 3.55: Συσχέτιση Φύλο με Μέγεθος Συσκευής (Κινητό Τηλέφωνο)

Ενώ, για το Tablet PC, η πλειονότητα του πληθυσμού μελέτης, χαρακτήρισε το μέγεθος της συσκευής «Πάρα πολύ» βολικό και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.56).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση; (Tablet PC)		
	Άνδρας	Γυναίκα
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	4%-4%	6%-6%
Πολύ	11%-13%	14%-10%
Πάρα πολύ	85%-83%	79%-84%

Πίνακας 3.56: Συσχέτιση Φύλο με Μέγεθος Συσκευής (Tablet PC)

Λαμβάνοντας υπόψη την ηλικία, ως προς το μέγεθος της συσκευής, παρατηρήθηκε ότι τα άτομα από τις δύο ηλικιακές κατηγορίες (18-24 και 25-34) που έκαναν χρήση του Κινητού Τηλεφώνου, εμφανίζουν τις υψηλότερες συγκεντρώσεις στην κλίμακα «Αρκετά» βολικό μέγεθος και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.57) .

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση: (Κινητό Τηλέφωνο)		
	18-24	25-34
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	53%-57%	50%-50%
Πολύ	35%-43%	31%-33%
Πάρα πολύ	12%-0%	19%-17%

Πίνακας 3.57: Συσχέτιση Ηλικία με Μέγεθος Συσκευής (Κινητό Τηλέφωνο)

Αντίστοιχα, ως προς το μέγεθος του Tablet PC σε σχέση με την ηλικία του δείγματος της έρευνας, οι υψηλότερες συγκεντρώσεις παρουσιάζονται στην κλίμακα «Πάρα πολύ» βολικό μέγεθος ανεξάρτητα ηλικιακής κατηγορίας και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.58) .

Γ.Ν. Αττικής και Γ.Ν. Πελοποννήσου					
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση: (Tablet PC)					
	25-34	35-44	45-54	55-64	>=65
Καθόλου	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-
Αρκετά	-	-	10%-0%	0%-10%	25%-14%
Πολύ	9%-11%	27%-30%	24%-29%	25%-22%	29%-21%
Πάρα πολύ	91%-89%	73%-70%	66%-71%	75%-68%	46%-64%

Πίνακας 3.58: Συσχέτιση Ηλικία με Μέγεθος Συσκευής (Tablet PC)

Αναφορικά με τη συσχέτιση κατηγορίας εκπαίδευσης και κατά πόσο είναι βολικό το μέγεθος της φορητής συσκευής, για το Κινητό Τηλέφωνο προκύπτει ότι είναι «Αρκετά» βολικό και στα δύο νοσοκομεία, ανεξάρτητα κατηγορίας μορφωτικού επιπέδου (Πίνακας 3.59) .

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου					
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση; (Κινητό Τηλέφωνο)					
	<i>Master-PhD</i>	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	Απόφοιτος Γυμνασίου
Καθόλου	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-
Αρκετά	-	69%-67%	71%-100%	67%-100%	100%-100%
Πολύ	-	31%-33%	29%-0%	33%-0%	-
Πάρα πολύ	100%-100%	-	-	-	-

Πίνακας 3.59: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Μέγεθος Συσκευής (Κινητό Τηλέφωνο)

Ενώ, για το Tablet PC, ως προς το κατά πόσο το μέγεθος της συσκευής είναι βολικό, οι υψηλότερες συγκεντρώσεις, σε κάθε κατηγορία εκπαίδευσης, παρουσιάζονται και για τα δύο νοσοκομεία στην κλίμακα «Πάρα πολύ» (Πίνακας 3.60).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου							
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση; (Tablet PC)							
	<i>Master-PhD</i>	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	Απόφοιτος Λυκείου	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	Απόφοιτος Γυμνασίου	Απόφοιτος Δημοτικού
Καθόλου	-	-	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-	-	-
Αρκετά	-	-	-	-	-	-	-
Πολύ	-	29%-0%	27%-17%	19%-33%	18%-22%	23%-14%	14%-33%
Πάρα πολύ	100%-0%	71%-100%	73%-83%	81%-68%	82%-78%	77%-86%	86%-67%

Πίνακας 3.60: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Μέγεθος Συσκευής (Tablet PC)

Σχετικά με την ερώτηση «Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι;» και τη συσχέτιση αυτής, με τις ποιοτικές μεταβλητές φύλο, ηλικία και εκπαίδευση προκύπτουν τα ακόλουθα αποτελέσματα ανά συσκευή. Συγκεκριμένα, για το Κινητό Τηλέφωνο, τόσο οι άνδρες όσο και οι γυναίκες δηλώνουν ότι οι χαρακτήρες ήταν «Αρκετά» ευδιάκριτοι στη συσκευή (Πίνακας 3.61).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι: (Κινητό Τηλέφωνο)		
	Άνδρας	Γυναίκα
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	59%-67%	56%-80%
Πολύ	41%-33%	44%-20%
Πάρα πολύ	-	-

Πίνακας 3.61: Συσχέτιση Φύλο με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Κινητό Τηλέφωνο)

Για το Tablet PC παρατηρήθηκε ότι η πλειονότητα του πληθυσμού της έρευνας δήλωσε ότι οι χαρακτήρες ήταν «Πάρα πολύ» ευδιάκριτοι κατά τη χρήση της συσκευής και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.62).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι: (Tablet PC)		
	Άνδρας	Γυναίκα
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	-	-
Πολύ	21%-19%	20%-22%
Πάρα πολύ	79%-81%	80%-78%

Πίνακας 3.62: Συσχέτιση Φύλο με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Tablet PC)

Αναφορικά, με τη συσχέτιση ηλικιακής κατηγορίας και το βαθμό που οι χαρακτήρες είναι ευδιάκριτοι στη φορητή συσκευή, προκύπτει για το Κινητό Τηλέφωνο και στις δύο ηλικιακές κατηγορίες (18-24 και 25-34) ανά νοσοκομείο, ότι οι χαρακτήρες θεωρήθηκαν «Αρκετά» ευδιάκριτοι (Πίνακας 3.63).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου		
Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι: (Κινητό Τηλέφωνο)		
	18-24	25-34
Καθόλου	-	-
Ελάχιστα	-	-
Αρκετά	71%-71%	69%-67%
Πολύ	29%-29%	31%-33%
Πάρα πολύ	-	-

Πίνακας 3.63: Συσχέτιση Ηλικία με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Κινητό Τηλέφωνο)
Αντίστοιχα, για το Tablet PC, η πλειονότητα από όλες τις ηλικιακές κατηγορίες του πληθυσμού μελέτης, στα δύο νοσοκομεία, δήλωσε ότι οι χαρακτήρες ήταν «Πάρα πολύ» ευδιάκριτοι κατά τη χρήση της συσκευής (Πίνακας 3.64).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου					
Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι: (Tablet PC)					
	25-34	35-44	45-54	55-64	>=65
Καθόλου	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-
Αρκετά	-	-	-	-	-
Πολύ	-	-	14%-24%	16%-16%	46%-43%
Πάρα πολύ	100%-100%	100%-100%	86%-76%	84%-84%	54%-64%

Πίνακας 3.64: Συσχέτιση Ηλικία με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Tablet PC)

Βάσει της κατηγορίας εκπαίδευσης, το σύνολο του πληθυσμού της έρευνας και στα δύο νοσοκομεία, κατά τη χρήση του Κινητού Τηλεφώνου χαρακτήρισε τους χαρακτήρες στην οθόνη ως «Αρκετά» ευδιάκριτους (Πίνακας 3.65).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου					
Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι: (Κινητό Τηλέφωνο)					
	Master-PhD	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	Απόφοιτος Γυμνασίου
Καθόλου	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-
Αρκετά	75%-100%	67%-67%	71%-75%	83%-100%	100%-100%
Πολύ	25%-0%	33%-33%	29%-25%	17%-0%	-
Πάρα πολύ	-	8%-0%	-	-	-

Πίνακας 3.65: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Κινητό Τηλέφωνο)

Κατά τη χρήση του Tablet PC, το μεγαλύτερο μέρος του πληθυσμού της έρευνας, σε κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου, δήλωσε ότι οι χαρακτήρες στην οθόνη της συσκευής ήταν «Πάρα πολύ» ευδιάκριτοι και στα δύο νοσοκομεία (Πίνακας 3.66).

Γ.Ν. Αττικής-Γ.Ν. Πελοποννήσου					
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση; (Tablet PC)					
	<i>Master-PhD</i>	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	Απόφοιτος Γυμνασίου
Καθόλου	-	-	-	-	-
Ελάχιστα	-	-	-	-	-
Αρκετά	-	69%-67%	71%-100%	67%-100%	100%-100%
Πολύ	-	31%-33%	29%-0%	33%-0%	-
Πάρα πολύ	100%-100%	-	-	-	-

Πίνακας 3.66: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Tablet PC)

Τέλος, προκειμένου να εξεταστεί ο βαθμός συσχέτισης μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και της τεχνολογίας, εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι t-Test. Αναλυτικά προέκυψε ότι η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευόμενων συσχετίζονται με τις ερωτήσεις που αναφέρονται στην αποδοχή και χρήση της τεχνολογίας, σε επίπεδο σημαντικότητας 5% ($p < 0,05$).

	Φύλο	Ηλικία	Εκπαίδευση
Πόσο εξοικειωμένο θεωρείτε τον εαυτό σας με τη χρήση φορητών συσκευών;	0,347	0,034	0,043
Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής;	0,421	0,045	0,038
Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση;	0,310	0,049	0,037
Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι;	0,407	0,035	0,042

Πίνακας 3.67: Αποτελέσματα (p-value) συσχέτισης δημογραφικών χαρακτηριστικών με ερωτήσεις τεχνολογίας

Συγκεκριμένα, σχετικά με τη μεταβλητή ηλικία και τη συσχέτιση της με την τεχνολογία, παρατηρήθηκε ότι άτομα σε πιο νεαρή ηλικία είναι πιο εξοικειωμένα με τη χρήση φορητών συσκευών και την ενασχόληση τους με εφαρμογές μέσω αυτών. Παράλληλα, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας προτίμησαν το Tablet PC, όπου η οθόνη είναι μεγαλύτερη (Πίνακας 3.47, 3.51, 3.52, 3.57, 3.58, 3.63, 3.64).

Αναφορικά με τη μεταβλητή εκπαίδευση και τη συσχέτιση της με την τεχνολογία, φαίνεται ότι άτομα με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο εμφανίστηκαν πιο συγκρατημένα ως προς την αποδοχή, εξοικείωση και ευκολία χρήσης της συσκευής και της εφαρμογής (Πίνακας 3.48, 3.53, 3.54, 3.59, 3.60, 3.65, 3.66).



4. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

4.1 Συζήτηση- Συμπεράσματα της Έρευνας

Οι υπηρεσίες υγείας είναι μία ιδιαίτερη μορφή παροχής υπηρεσιών, όπου η εξασφάλιση της ποιότητας αποκτά ιδιαίτερη σημασία. Το αίτημα για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι διαχρονικό και ο προσδιορισμός αυτής συσχετίζεται με μία σειρά παραγόντων, όπως τη δομή της φροντίδας υγείας και τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτή, την ετοιμότητα και αξιοπιστία της, καθώς και την αξιολόγηση του αποτελέσματος.

Παράλληλα, η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας συνδέεται με την αποτίμηση της ικανοποίησης που εκφράζουν οι αποδέκτες. Συγκεκριμένα, η έννοια ικανοποίηση ασθενών χαρακτηρίζεται ως πολυδιάστατη που προσδιορίζεται και μεταβάλλεται βάσει των προσδοκιών, της κουλτούρας και της αντίληψης που έχουν οι χρήστες και η οποία θα πρέπει να μετράται συχνά σε κάθε φορέα υγείας.

Η σχέση των εννοιών ικανοποίηση ασθενών και ποιότητα υπηρεσιών υγείας από αρκετούς θεωρείται ισχυρή εφόσον, οι ασθενείς, εκφράζοντας την άποψή τους για τις υπηρεσίες που βίωσαν, αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας υγείας που έλαβαν σύμφωνα με το βαθμό κάλυψης των προσδοκιών τους. Ως εκ τούτου, η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν αποτελεί απόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, καθώς θεωρείται περισσότερο ακριβής και από τα αντίστοιχα κριτήρια και πρότυπα που αφορούν στην ίδια την παροχή των υπηρεσιών (Shipley et al., 2000; Rentrop et al., 1999). Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Johansson et al., 2002; Laschinger et al., 2005).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, κυρίως διότι έχει έντονο ενδιαφέρον η εκτίμηση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, όπως την αντιλαμβάνονται οι ίδιοι (Μερκούρης, 1996), αφού, οι ασθενείς είναι δυνατό να δώσουν παρατηρήσεις και στοιχεία, τα οποία με ορθή αξιολόγηση να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Συνεπώς, η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά αποτελεί ένα από τους σκοπούς της υγειονομικής περίθαλψης.

Η παρούσα διατριβή είχε ως αντικείμενο μελέτης τη δημιουργία μιας έγκυρης διαδικτυακής κλίμακας, προσαρμόσιμη σε οποιοδήποτε τμήμα, κλινική ή κέντρο υγείας, για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με τη χρήση φορητής συσκευής, καθώς και ο προσδιορισμός εύχρηστης συσκευής για την εγκατάσταση του Διαδικτυακού Συστήματος.

Η διεξαγωγή της έρευνας πραγματοποιήθηκε στην Παθολογική Κλινική, Γ.Ν. Αττικής, καθώς και στην Παθολογική Κλινική, Γ. Ν. Πελοποννήσου. Για την παρούσα μελέτη επιλέχθηκε νοσοκομείο της περιφέρειας και του κέντρου, δεδομένης της διαφορετικότητας τους, ως προς τη γεωγραφική θέση και δυνατότητα πρόσβασης, τη στελέχωση και οργάνωση σε ανθρώπινο δυναμικό και υλικό, καθώς και της κουλτούρας των ασθενών. Σημαντικό στοιχείο της έρευνας αποτέλεσε η υψηλή απαντητικότητα (75%), η μέθοδος συλλογής και συμπλήρωσης, με φυσική παρουσία της ερευνήτριας για πιθανές διευκρινήσεις, το καινοτόμο εργαλείο της έρευνας, όπου έγινε χρήση διαδικτυακού συστήματος μέσω φορητών συσκευών, γεγονός που έκανε τους ασθενείς να αισθανθούν μεγαλύτερη ασφάλεια να απαντήσουν και η δομή του ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου, η οποία δεν επιτρέπει το χρήστη να αφήνει αναπάντητες ερωτήσεις.

Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων, τόσο στο Γ.Ν. Αττικής όσο και στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, ήταν έγγαμοι, Έλληνες πολίτες, ηλικίας 45-64, απόφοιτοι μέσης εκπαίδευσης, με ασφαλιστικό φορέα, κυρίως, το ΙΚΑ στο Γ.Ν. Αττικής και τον ΟΓΑ στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, οι οποίοι προσήλθαν για έκτακτο πρόβλημα υγείας. Επιπλέον, κατά την επιλογή συσκευής για τη χρήση του διαδικτυακού συστήματος 86% του πληθυσμού της έρευνας προτίμησε τη χρήση του Tablet PC, έναντι του κινητού τηλεφώνου (Smartphone).

Εξετάζοντας ορισμένες ποιοτικές μεταβλητές που θα μπορούσαν να συσχετιστούν με την ικανοποίηση παρατηρήθηκε ότι οι μεταβλητές Φύλο, Εκπαίδευση και Τύπος Επίσκεψης εμφανίζουν συσχέτιση με κάποιες κατηγορίες ικανοποίησης.

Ορισμένες μελέτες δεν παρουσιάζουν συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, άλλες έρευνες, ωστόσο, υποστηρίζουν ότι οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με τις γυναίκες (Ραφτόπουλος, 2002;), ενώ κάποιες άλλες αναφέρουν ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες (Pappa et al., 2006; Kravitz, 2001). Από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας προκύπτει ότι η μεταβλητή φύλο συσχετίζεται με τις περισσότερες μεταβλητές ικανοποίησης (Νοσηλευτική-

Ιατρική φροντίδα, Γενική εξυπηρέτηση και Ειδικά Στοιχεία), καθώς οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε περισσότερες κατηγορίες, συγκριτικά με τις γυναίκες του δείγματος. Επιπλέον, οι χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με άτομα υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης. Ο βαθμός ικανοποίησης επηρεάζεται όχι όμως στατιστικά σημαντικά από το είδος της ασφάλισης, ενώ, τόσο η κατάσταση της υγείας όσο και η οικογενειακή κατάσταση διαφοροποιούν το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευόμενων.

Όσον αφορά στην ηλικία, έρευνες που πραγματοποιήθηκαν τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, αναφέρουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας συγκριτικά με τους νεότερους (Rahmqvist et al., 2010; Gnardellis et al., 2005; Gasquet et al., 2004). Βάσει των αποτελεσμάτων διαπιστώθηκε και στην παρούσα μελέτη ότι οι νοσηλευόμενοι που ανήκουν στην ηλικιακή κατηγορία «65 και άνω» εμφανίζουν συνολικά, σε όλες τις κατηγορίες, υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, συγκριτικά με τους νεότερους νοσηλευόμενους, όπου εντοπίζονται υψηλά ποσοστά σε συγκεκριμένες παραμέτρους όπως «Αναμονή».

Επιπρόσθετα, μελέτες αναφέρουν ότι το εκπαιδευτικό επίπεδο των νοσηλευόμενων επηρεάζει σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης. Συγκεκριμένα, ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου (Rahmqvist et al., 2010, Gnardellis et al., 2005, Καμπάντα και συν., 2004, Barr et al., 2002). Κατά την παρούσα έρευνα παρατηρήθηκε ότι τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης προέρχονται από άτομα που ανήκουν στις κατηγορίες εκπαίδευσης Απόφοιτοι Δημοτικού και Απόφοιτοι Γυμνασίου. Ενώ, ταυτόχρονα, είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι τα μεγαλύτερα ποσοστά δυσαρέσκειας προέρχονται από νοσηλευόμενους με Ανώτατη/Ανώτερη Εκπαίδευση ή Διδακτορικό Τίτλο.

Παράλληλα, παρατηρήθηκε ότι ακόμη και ανασφάλιστοι νοσηλευόμενοι εκφράζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, γεγονός που ενισχύει την άποψη αντίστοιχης μελέτης όπου αναφέρει ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται σε ορισμένο βαθμό από το είδος της ασφάλισης (Gnardellis et al., 2005). Επίσης, από τα ευρήματα της παρούσας έρευνας παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι που βρίσκονται σε χρεία εμφανίζονται πιο ικανοποιημένοι συγκριτικά με τις

υπόλοιπες κατηγορίες. Το συμπέρασμα αυτό έρχεται μερικώς σε συμφωνία με παρατηρήσεις αντίστοιχης μελέτης όπου τα άτομα που ανήκουν στις κατηγορίες διαζευγμένος/η ή χήρος/α εκφράζουν υψηλότερη ικανοποίηση σε σχέση με τις άλλες κατηγορίες (Καμπάνταη και συν., 2004).

Σημαντικές παρατηρήσεις προκύπτουν από τον τύπο της επίσκεψης, δηλαδή την αιτία που οι ασθενείς προσήλθαν στο νοσοκομείο και κατ' επέκταση νοσηλεύτηκαν σε αυτό. Όσοι προσήλθαν για κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας ή για προληπτικούς λόγους δηλώνουν ουδέτεροι στις περισσότερες κατηγορίες ικανοποίησης, συγκριτικά με αυτούς που ανήκουν στις κατηγορίες επανεκτίμηση/επανελέγχος ή χρόνιο πρόβλημα, οι οποίοι εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι. Το γεγονός αυτό οφείλεται, κυρίως, στο ότι σε αρκετές περιπτώσεις οι ασθενείς δεν γνωρίζουν ακόμη την ακριβή κατάσταση της υγείας τους, είτε κάνουν ιατρικές εξετάσεις προκειμένου να υπάρξει η διάγνωση και έπειτα να καθοριστεί η θεραπεία. Όπως έχει αναφερθεί και σε αντίστοιχες έρευνες άτομα με κακή ψυχολογική ή/και σωματική κατάσταση, συνδέονται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Rahmqvist et al., 2010; Barr et al., 2002).

Την ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζουν μετρήσιμα υλικά χαρακτηριστικά, όπως ξενοδοχειακός εξοπλισμός του φορέα υγείας, αλλά και μετρήσιμα μη υλικά χαρακτηριστικά, όπως η συναισθηματική στήριξη και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας (Μερκούρης, 1996; Σουλιώτη και συν., 2003). Φαίνεται λοιπόν ότι οι παράγοντες που επιδέχονται βελτίωσης στο άμεσο μέλλον όπως ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις και ανέσεις των νοσοκομείων, για παράδειγμα η χρήση παραβάν, οι καθοδηγητικές πινακίδες στους χώρους του νοσοκομείου, η ποιότητα του φαγητού, η θερμοκρασία και καθαριότητα τόσο της αίθουσας αναμονής όσο και του δωματίου νοσηλείας, καθώς και η ευκολία παρκαρίσματος είναι στοιχεία που επιδρούν σημαντικά και αυξάνουν το ποσοστό ικανοποίησης των νοσηλευόμενων.

Από την άλλη πλευρά, η ενημέρωση και πληροφόρηση των ασθενών σε όλη τη διάρκεια νοσηλείας του, τόσο από το διοικητικό προσωπικό όσο και από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό παίζουν καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση των νοσηλευόμενων. Παράλληλα, η συναισθηματική υποστήριξη και ο χρόνος που αφιερώνει το προσωπικό υγείας του νοσοκομείου για τη φροντίδα του ασθενούς, ο άμεσος προγραμματισμός των εξετάσεων εντός του νοσοκομείου και η συμμετοχή

των ασθενών στη λήψη αποφάσεων σχετικά με την επιλογή θεραπείας, συσχετίζονται θετικά με το επίπεδο ικανοποίησης των νοσηλευόμενων.

Στην κατηγορία «Υποδοχή» παρατηρήθηκε ότι οι νοσηλευόμενοι εμφανίζουν υψηλά ποσοστά στην κλίμακα ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος αναφορικά με την προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού, καθώς και ποσοστό δυσαρέσκειας ως προς την πληροφόρηση, ενώ είναι ικανοποιημένοι από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού. Η παρατήρηση αυτή έρχεται σε συμφωνία με την άποψη ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με τη συμπεριφορά του προσωπικού, αλλά όχι με την ενημέρωση και προσοχή που έλαβαν (Gessel et al., 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη την παρατήρηση ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής των ασθενών μέχρι να εξεταστούν μειώνουν τη γενική ικανοποίησή τους (Rahmqvist et al., 2010), είναι αξιοσημείωτο το αποτέλεσμα της παρούσας έρευνας, στην κατηγορία «Αναμονή» όπου οι νοσηλευόμενοι εμφανίζονται, στο σύνολο τους, ικανοποιημένοι από το χρόνο αναμονής και στα δύο νοσοκομεία.

Αναλυτικά στην κατηγορία «Γενική Εξυπηρέτηση» προκύπτουν διαφοροποιήσεις ανά νοσοκομείο. Συγκεκριμένα, σχετικά με την ευκολία παρκαρίσματος, οι νοσηλευόμενοι στο Γ.Ν. Αττικής δηλώνουν δυσαρεστημένοι, ενώ στο Γ.Ν. Πελοποννήσου ικανοποιημένοι, με υψηλά ποσοστά αντιστοίχως. Το γεγονός αυτό οφείλεται πιθανώς στη γεωγραφική θέση των δύο νοσοκομείων. Επίσης, ως προς το προγραμματισμό ιατρικών εξετάσεων οι νοσηλευόμενοι στο Γ.Ν. Αττικής εμφανίζονται ικανοποιημένοι, ενώ στο Γ.Ν. Πελοποννήσου δυσαρεστημένοι. Αυτό οφείλεται κυρίως διότι όπως παρατηρήθηκε κατά την έρευνα στο Γ.Ν. Πελοποννήσου δεν πραγματοποιούνται όλες οι εξετάσεις εντός νοσοκομείου λόγω ελλείψεως ιατρικού εξοπλισμού. Αντίθετα, όσον αναφορά τη διακριτικότητα του προσωπικού κατά την εξέταση, για παράδειγμα χρήση παραβάν, παρατηρήθηκαν υψηλά ποσοστά δυσαρέσκειας στο Γ.Ν. Αττικής και υψηλά ποσοστά ικανοποίησης στο Γ.Ν. Πελοποννήσου. Στο σημείο αυτό θα πρέπει να σημειωθεί ότι κυρίως το Γ.Ν. Αττικής παρουσίαζε πολλές ελλείψεις σε υλικά, όπως αναφερόταν, κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας.

Αναφορικά με την κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία» παρατηρήθηκε διαφοροποίηση της τάσης των νοσηλευόμενων μεταξύ των δύο νοσοκομείων. Συγκεκριμένα, ως προς την υποδομή-εξοπλισμό και τήρηση ησυχίας στο Γ.Ν. Αττικής οι ασθενείς εμφανίζονται δυσαρεστημένοι, έναντι αυτών που νοσηλεύτηκαν στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, οι οποίοι

εκδηλώνουν την ικανοποίηση τους. Αντίστοιχες έρευνες αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις και τις ανέσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, συνήθως της περιφέρειας, συγκριτικά με τα παλαιότερα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων (Niakas et al., 2004). Σχετικά με την ποιότητα του φαγητού και την προστασία της ιδιωτικής ζωής οι νοσηλεύόμενοι, συνολικά στα δύο νοσοκομεία, είναι δυσαρεστημένοι, γεγονός που έρχεται σε συμφωνία με ευρήματα αντίστοιχων ερευνών όπου αναφέρουν ότι λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται οι ασθενείς με την εξήγηση των διαδικαστικών του νοσοκομείου, τη ξεκούραση στα νοσοκομεία, τα γεύματα και φύλαξη της ιδιωτικής ζωής (Παπαδήμας, 2005; Australian Institute of Health and Welfare, Public Report: Report on Government Services, 2004).

Σημαντικό ερώτημα της έρευνας ήταν η αναζήτηση των στοιχείων των υπηρεσιών υγείας που επηρεάζουν τους χρήστες ώστε να αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με κάποια άλλα. Οι νοσηλεύόμενοι εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα συγκριτικά με τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες φιλοξενίας των νοσοκομείων. Επιπλέον, στην παρούσα μελέτη το επίπεδο ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα είναι υψηλότερο συγκριτικά με τη νοσηλευτική φροντίδα.

Το γεγονός αυτό ενισχύει την άποψη ότι εμφανίζονται υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα, παρά από συνολικές υπηρεσίες υγείας (Κυριόπουλος και συν., 2003; Angelopoulou et al., 1998).

Αναφορικά με την κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα», προκύπτει ότι οι νοσηλεύόμενοι, τόσο στο Γ.Ν. Αττικής όσο και στο Γ.Ν. Πελοποννήσου, δεν εμφανίζονται ικανοποιημένοι από την ενημέρωση, συναισθηματική υποστήριξη και το χρόνο που αφιέρωσε το νοσηλευτικό προσωπικό για τη φροντίδα τους. Το γεγονός αυτό εν μέρει μπορεί να οφείλεται στο μη επαρκή αριθμό νοσηλευτών που παρατηρήθηκε κατά τη διάρκεια της παρούσας έρευνας και στα δύο νοσοκομεία, κάτι το οποίο εξάλλου αναφέρει συχνά και ο επαγγελματικός φορέας των Ελλήνων Νοσηλευτών. Ωστόσο, η παρατήρηση αυτή είναι σημαντική, διότι η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας δείχνει να συμβάλλει στην υψηλή ικανοποίηση των ασθενών (Vivanti et al., 2007; Kleeberg et al., 2005; Rider et al., 2002).

Σχετικά με την «Ιατρική Φροντίδα», οι νοσηλεύόμενοι εξέφρασαν την άποψη τους με υψηλά ποσοστά ικανοποίησης και στα δύο νοσοκομεία. Εν τούτοις, ως προς τη

συμμετοχή των ίδιων των νοσηλευόμενων στην επιλογή θεραπείας, παρατηρήθηκε μία ουδέτερη τάση (ούτε δυσαρεστημένος/ούτε ικανοποιημένος) από την πλευρά των ασθενών. Μελέτες αναφέρουν ότι οι θεραπευτικές επιλογές και ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός συζητώντας με τον ασθενή και απαντώντας στις απορίες του, εκτιμάται ότι συνδέονται άμεσα, τόσο με την ικανοποίηση του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, όσο και με την αποδοχή του πρόβλημα υγείας, που αντιμετωπίζει, καθώς και με τη συνεργασία στη θεραπευτική του αγωγή (Kidd et al., 2005).

Στην παρούσα μελέτη αντικείμενο αποτέλεσε και η διερεύνηση κατάλληλου τύπου συσκευής για την εγκατάσταση του Διαδικτυακού Συστήματος. Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα αναφορικά με τον τύπο της συσκευής.

Αναλυτικά, παρατηρήθηκε ότι το μεγαλύτερο πλήθος του δείγματος, τόσο άνδρες όσο και γυναίκες, αναφέρουν ότι δεν είναι εξοικειωμένοι με τη χρήση φορητών συσκευών. Ωστόσο, παρατηρήθηκε ότι άτομα ηλικίας 18-34 θεωρούν τους εαυτούς τους πάρα πολύ εξοικειωμένους με τη χρήση φορητών, σε αντίθεση με άτομα ηλικιακά μεγαλύτερα. Συμπεραίνουμε ότι όσο μεγαλύτερο ηλικιακά είναι ένα άτομο τόσο λιγότερο εξοικειωμένο θεωρεί τον εαυτό του με τη χρήση φορητών συσκευών. Επιπλέον, βάσει του μορφωτικού επιπέδου, παρατηρήθηκε ότι άτομα με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης (Απόφοιτοι Δημοτικού, Γυμνασίου, Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής) είναι λιγότερο εξοικειωμένα με τη χρήση φορητών συσκευών συγκριτικά με άτομα υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης (Ανώτερης/Ανώτατης Εκπαίδευσης ή Κατόχους Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού).

Παρόλα αυτά, κατά την εφαρμογή της έρευνας η πλειονότητα, ανδρών και γυναικών, του δείγματος χαρακτήρισαν πολύ εύκολη την ενασχόληση τους με τη χρήση του Κινητού Τηλεφώνου ή Tablet PC. Ως προς τον τύπο της συσκευής που οι χρήστες θεωρούν κατάλληλη για την εγκατάσταση της διαδικτυακής εφαρμογής, οι νοσηλευόμενοι με ηλικία 18-24 χρησιμοποίησαν αποκλειστικά Κινητό Τηλέφωνο για τη χρήση του Διαδικτυακού Συστήματος, παράλληλα με ένα ποσοστό ατόμων της ηλικιακής κατηγορίας 25-34 και χαρακτήρισαν την ενασχόληση τους με αυτόν τον τύπο συσκευής πολύ εύκολη. Από την άλλη, η χρήση του Tablet PC που έγινε από νοσηλευόμενους ηλικίας 25-64 χαρακτηρίστηκε ως πάρα πολύ εύκολη, ενώ από τους ασθενείς μεγαλύτερους των 65 ετών χαρακτηρίστηκε ως πολύ εύκολη. Ακόμη,

παρατηρήθηκε ότι η ενασχόληση τόσο με το Κινητό Τηλέφωνο όσο και με το Tablet PC, χαρακτηρίστηκε ως πάρα πολύ εύκολη κυρίως από άτομα με Ανώτατη/Ανώτερη Εκπαίδευση και Κάτοχοι Μεταπτυχιακού/Διδακτορικού και ως πολύ εύκολη από τις υπόλοιπες κατηγορίες εκπαίδευσης. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι κλίμακες «Καθόλου» και «Ελάχιστα» δεν έχουν καμία εγγραφή, ως προς την ευκολία ενασχόλησης και για τις δύο φορητές συσκευές. Σχετικά με το Διαδικτυακό Σύστημα προκύπτει ότι ενώ το σύνολο των νοσηλευόμενων θεωρούν ότι είναι ελάχιστα εξοικειωμένοι με τη χρήση φορητών συσκευών, ωστόσο βρίσκουν πολύ έως πάρα πολύ εύκολη την ενασχόληση τους με αυτό. Από τα ευρήματα της έρευνας προκύπτει ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος προτίμησε να χρησιμοποιήσει το Tablet PC. Συνεπώς, ως προτεινόμενη συσκευή για την εγκατάσταση του Διαδικτυακού Συστήματος αποτελεί το Tablet PC, έναντι του Κινητού Τηλεφώνου (Smartphone).

Αναλυτικά, κατά την παρούσα έρευνα ως προς το μέγεθος της φορητής συσκευής προκύπτει ότι το μέγεθος του Tablet PC χαρακτηρίζεται πάρα πολύ βολικό για χρήση σε κάθε ηλικιακή κατηγορία και κάθε εκπαιδευτικό επίπεδο, που ανήκει το πλήθος δείγματος.

Όσον αφορά στα χαρακτηριστικά, όπως μέγεθος συσκευής ή γραμματοσειράς, τα οποία οι χρήστες θεωρούν ότι θα πρέπει να έχει η συσκευή για να είναι εύχρηστη, οι χρήστες εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το μέγεθος του Tablet PC, λόγω της μεγάλης οθόνης, συγκριτικά με την οθόνη του Κινητού Τηλεφώνου, γεγονός που κάνει τους χαρακτήρες πιο ευδιάκριτους, οι επιλογές του Διαδικτυακού Συστήματος εμφανίζονται χωρίς αναδιπλώσεις ή πτυσσόμενα μενού, στοιχεία που ενισχύουν την ευχρηστία του Συστήματος, ακόμη και για άτομα που εμφανίζουν προβλήματα όρασης.

Επιπλέον, μελετώντας κατά πόσο οι χαρακτήρες στην οθόνη της φορητής συσκευής είναι ευδιάκριτοι προκύπτουν σημαντικά συμπεράσματα για τον καθένα τύπο συσκευής. Αναλυτικά, για το Κινητό Τηλέφωνο οι χαρακτήρες στην οθόνη θεωρούνται από το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος ανεξαρτήτως φύλο, ηλικία και επίπεδο εκπαίδευσης, ως αρκετά ευδιάκριτοι, σε αντίθεση με το Tablet PC, όπου οι χρήστες θεωρούν ότι οι χαρακτήρες είναι πάρα πολύ ευδιάκριτοι.

Τα οφέλη από τη χρήση της έγκυρης διαδικτυακής κλίμακας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων μπορούν να συνοψισθούν ως εξής:

- Συμπληρωμένα και ολοκληρωμένα ερωτηματολόγια, χωρίς ελλείπουσες τιμές, εφόσον όλες οι ερωτήσεις του Διαδικτυακού Συστήματος ορίζονται ως υποχρεωτικές και δεν επιτρέπεται η μετάβαση σε επόμενη ερώτηση αν δεν απαντηθεί η προηγούμενη.
- Αποφυγή απώλειας ερωτηματολογίου κατά τη συλλογή, εφόσον η διαδικασία συμπλήρωσης και συλλογής γίνεται απ' ευθείας (online).
- Ευκολία στην αποθήκευση των δεδομένων.
- Άμεση στατιστική επεξεργασία των απαντήσεων για την δημιουργία αναφορών, χωρίς να είναι αναγκαία η καταχώριση των απαντήσεων από τρίτο άτομο, που μπορεί να επιφέρει πιθανή αλλοίωση των δεδομένων.

Κατά την πορεία διεξαγωγής της παρούσας έρευνας προέκυψαν ορισμένοι περιορισμοί και δυσκολίες που πρέπει να αναφερθούν καθώς μπορούν να αποτελέσουν χρήσιμες πληροφορίες για την πραγματοποίηση αντίστοιχων μελετών στο μέλλον.

Καταρχήν πρέπει να τονιστεί η άρνηση συμμετοχής μιας μερίδας νοσηλευόμενων στην έρευνα και κατ' επέκταση της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων μέσω του Διαδικτυακού Συστήματος. Η μη συμμετοχή των ασθενών έχει διάφορες διαστάσεις όπως, την κακή ψυχολογική διάθεση, κυρίως λόγω της κατάστασης της υγείας τους, τη δυσπιστία για το στόχο της έρευνας, παρά την επιβεβαίωση για ανωνυμία κατά τη συμμετοχή και τον φόβο άσκησης κριτικής προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ώστε να μην έχουν δυσμενή μεταχείριση. Επιπλέον, η λειτουργία των φορητών συσκευών με μπαταρία και ο περιορισμένος αριθμός διαθέσιμων συσκευών επέφερε χρονικές δυσκολίες κατά τη διεξαγωγή της έρευνας.

Συμπερασματικά, στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής επιχειρήθηκε για πρώτη φορά η αποτύπωση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μέσω φορητών συσκευών με τη χρήση της έγκυρης Διαδικτυακής Κλίμακας που δημιουργήθηκε. Η εφαρμογή του Διαδικτυακού Συστήματος πραγματοποιήθηκε σε δύο Παθολογικές Κλινικές, διαφορετικών νοσοκομείων στην Ελλάδα και τα συμπεράσματα που εξάγονται από τη μελέτη θα μπορούσαν με ασφάλεια να χρησιμοποιηθούν από τους αρμόδιους κάθε νοσοκομείου ή του Υπουργείου Υγείας για να επανασχεδιάσουν και να βελτιώσουν σημεία που χρήζουν αλλαγών.

Μια επέκταση της παρούσας μελέτης στο μέλλον θα αφορούσε την προσθήκη κατάλληλων ερωτήσεων στην ενότητα «Ειδικά Στοιχεία» ώστε να προσαρμοστεί το Διαδικτυακό Σύστημα και για άλλα τμήματα/κλινικές ενός νοσοκομείου για περαιτέρω αξιολόγηση του φορέα.

Παράλληλα, ενδιαφέρον θα παρουσίαζε η εφαρμογή της Διαδικτυακής Κλίμακας σε δημόσιους και ιδιωτικούς φορείς υγείας παράλληλα, ώστε να προκύψουν συγκρίσιμα αποτελέσματα.

Τέλος, η εγκατάσταση του διαδικτυακού εργαλείου μέτρησης σε άλλους τύπους φορητών συσκευών και η χρήση αυτού, ενδεχομένως να οδηγούσε σε επιπλέον συμπεράσματα αναφορικά με την καταλληλότητα της συσκευής.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων στα δύο παθολογικά τμήματα των νοσοκομείων, όπου πραγματοποιήθηκε η έρευνα, αποδεικνύει την υψηλή ποιότητα των ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών, με εξαίρεση την ενημέρωση και συναισθηματική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό και την απουσία συμμετοχής των ίδιων των ασθενών στην λήψη αποφάσεων, αναφορικά με τη θεραπευτική αγωγή, που υπάρχει ανάγκη βελτίωσης τους. Σχετικά με την υποδομή-εξοπλισμό των δωματίων νοσηλείας φαίνεται ότι είναι αναγκαίες προσπάθειες βελτίωσης, είτε με σωστή συντήρηση και ανανέωση του υπάρχοντος εξοπλισμού, είτε με ανακαίνιση των υποδομών. Παράλληλα, ανάγκη βελτίωσης παρουσιάζουν η ποιότητα φαγητού, η διαφύλαξη της ιδιωτικής ζωής και η συνεχής ενημέρωση του ασθενούς για τις διαδικασίες που οφείλει να ακολουθήσει τόσο κατά την υποδοχή όσο και κατά την παραμονή του στο νοσοκομείο.

Η συμβολή της Πληροφορικής στο χώρο της υγείας είναι αδιαμφισβήτητη βάσει του μεγάλου πλήθους εφαρμογών που υπάρχουν για ποιοτική περίθαλψη, εκπαίδευση ασθενών και προσωπικού, αυτοδιαχείριση παθήσεων και ασφάλεια ιατρικών δεδομένων. Ωστόσο εφαρμογές που προσανατολίζονται στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι περιορισμένες. Συγκεκριμένα στον ελλαδικό χώρο δεν υπάρχει καμία παρόμοια εφαρμογή όπως αυτή που αναπτύχθηκε στο πλαίσιο της παρούσας διδακτορικής διατριβής.

Αναμφίβολα, για να προσδιοριστεί η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, το προσωπικό του οργανισμού οφείλει να γνωρίζει τους παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών (Peter, 2002).

Επομένως σκόπιμο είναι ο αποδεκτός παράγοντας της ικανοποίησης να μελετάται επανειλημμένα με στόχο την ομαλή λειτουργία και βέλτιστη απόδοση του υγειονομικού συστήματος (Almujali, 2009; Aldana, 2002).

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Abdellah, F.G., Levine, E., (1965), Better patient care through nursing research. Macmillan, New York.
2. Abramowitz, S., Cote, A.A., Berry, E., (1987), Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach, Quality Review bulletin, 13(4), 122-130.
3. Aldana, J.M., Piechulek, H., Al-Sabir, A., (2001), Client satisfaction and quality of health care in rural Bangladesh. Bulletin of the World Health Organization 79(6), 512-517.
4. Al-Busaidi, Q.Z., (2008), Qualitative research and its uses in health care, Sultan Qaboos Univ. Med J., 8(1), 11-19.
5. Al-Eisa, I.S., Al-Mutar, M.S., Radwan, M.M., Al-Terkit, A.M., (2005), Patients' satisfaction with primary health care services at capital health region, Kuwait, Middle East Journal of Family Medicine, 3(3), 277-300.
6. Al-Mahtab, M., Choudhury, N., Murshed, K.M.M., Barua, U.K., Rhman, M.M., Hossain K.M.S., Zakaria, R., Munshi, S., Alia, R.A., Afroza, S., Mahmud, M.I., (2007), Patient expectation vs satisfaction: a study from Bangladesh. Middle East Journal of Family Medicine, 5(4), 52-54.
7. Almujaali, A.A., Alshehy, A.H., Ahmed, A., Ismail, M.F.S., (2009), Assessment of enablement effect of consultation on patients attending primary health centers in Qatar. Middle East Journal of Family Medicine, 7(7), 3-6.
8. Al-Qatari, G.M., Haran, D., (2008), Determinants of satisfaction with primary health care settings and services among patients visiting primary health care centres in Qateef, Eastern Saudi Arabia. Middle East Journal of Family Medicine, 6(7), 3-7.
9. Anderson, E.B., (2002), Patient-centeredness: a new approach. Nephrol News Issues, 16(12), 80-82.
10. Anderson, L.A., Zimmerman, M.A.,(1993), Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction. Pat Educ Couns, 20(1), 27-36.
11. Angelopoulou, P., Kangis, P., Babis, G., (1998), Private and public medicine: A comparison of quality perceptions, International Journal of Health Care Quality Assurance, 11(1), 14-20.

12. Atkinson, M., Sinha, A., Hass, S., Coleman, S., (2004), Validation of a general measure of treatment satisfaction, the treatment satisfaction questionnaire for medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease, *Health and Quality of Life Outcomes*, 2(12), 12-24.
13. Avis, M., Bond, M., Arthur, A., (1995), Satisfying solutions? A review of some unresolved issues in the measurement of patient satisfaction, *J Adv Nurs*, 22(2), 316-322.
14. Baba, I., (2004), Experiences in quality assurance at Bawku hospital eye department, Ghana. *Journal of Community Eye Health*, 17(50), 31.
15. Badenoch, D., Tomlin, A., (2004), How electronic communication is changing health care: Usability is main barrier to effective electronic communication systems, *BMJ*, 328(6), 1564-1566.
16. Barbour, R.S., (1999), The case of combining qualitative and quantitative approaches in health services research, *Journal of Health Services Research and Policy*, 4(1), 39-43.
17. Barr, J., Banks, S., (2002), Public Reporting of Hospital Patient Satisfaction: A Review of Survey Methods and Statistical Approaches, prepared for the Rhode Island Department of Health, Health Quality Performance Measurement and Reporting Program, by Qualidigm, Middletown, Connecticut.
18. Bendell, T., Boulter, L., Kelly, J., (1993), Benchmarking for Competitive Advantage, Financial Times Pitman Publishing, London.
19. Betka, R.D., (1993), Healthcare Financial Management, *Journal of the Healthcare Financial Management*, 47(1), 18.
20. Bolton, R. N., James, H. D., (1991), A Multistage Model of Customers' Assessments of Service Quality and Value, *Journal of Consumer Research*, 17(3), 375-384.
21. Bond, S., Thomas, L.H., (1992), Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17(1), 52-63.
22. Bruster, S., Jarman, B., Bosanquet, N., Weston, D., Erens, R., Delbanco, T., (1994), National survey of hospital patients, *BMJ*, 309(12), 1542-1549.
23. Bushnell, D., M., Martin, M., L., Parasuraman, B., (2003), Electronic versus paper questionnaires: a further comparison in persons with asthma, *J Asthma*, 40(7), 751-762.

24. Cadotte, E.R., Woodruff, R.W., Jenkins, R.L., (1987), Expectations and Norms in Models of Consumer Satisfaction, *Journal of Marketing Research*, 24(8), 305-314.
25. Camacho, F., Anderson, R., Safrit, A., Jones, A.S., Hoffman, P., (2006), The relationship between patient's perceived waiting time and office-based practice satisfaction, *NC Med J*, 67(6), 409-413.
26. Cipresso, P., Serino S., Villani D., Repetto C., Selitti L., Albani G., Mauro A.,
27. Cleary, P. D., (1999), The increasing importance of patients surveys, *Quality in Healthcare*, 8(4), 212-215.
28. Cohn, M., (2012), Hopkins Researchers Aim to Uncover Which Mobile Health Applications Work, *Baltimore Sun*, March.
29. Collins, K., O’Cathain, A., (2003), The continuum of patient satisfaction –from satisfied to very satisfied, *Social Science and Medicine*, 57(12), 2465-2470.
30. Cronin, J.J., Taylor, S.A., (1994), Servperf versus Servqual: Reconciling Performance-Based and Perceptions-Minus-Expectations Measurement of Service quality, *Journal of Marketing*, 58(1), 125-131.
31. Crosby, B.P., (1984), *Quality Without Tears*, New American Library, New York.
32. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., Thomas, H., (2002), The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technology Assessment*, 6(32), 1-24.
33. Czarnecki, M.T., (1999), *Managing by measuring: How to improve your organization’s performance through effective benchmarking*, AMACOM, New York.
34. Dagger, T., Sweeney, J.C., (2006), The effects of service evaluation on behavioural intentions and quality of life, *Journal of Service Research*, 19(1), 3-19.
35. Danish, K., F., Khan, U., A., Chaudhry, T., Naseer, M., (2008), Patient Satisfaction; An Experience at IIMC-T Railway Hospital, *Rawal Med. J.*, 33(2), 245-248.
36. Dansky, K.H., Miles, J., (1997), Patient satisfaction with ambulatory healthcare services: Waiting time and filling time, *Hospital & Health Services*

- Administration, 42(2), 165-177.
37. Davila, A., Gupta, M., Palmer, R. (2003), Moving Procurement Systems to the Internet: The Adoption and Use of E-Procurement Technology Models, *European Management Journal*, 21(1), 11-23.
 38. Day, R.L., (1984), Modelling Choices Among Alternative Responses to Dissatisfaction, *Advances in Consumer Research*, 4(1), 496-499.
 39. Deewan, A., Garg, M., (2006), Electronic Health Records-Improving quality of care, reducing costs and empowering patients, *Calance (White paper)*.
 40. Defossez, G., Mathoulin-Pelissier, S., Ingrand, I., Gasquet, I., Sifer-Riviere, L., Ingrand, P., Salamon, R., (2007), Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast cancer: development and first steps of validation of the REPERES-60 questionnaire, *BioMed Central Cancer Journal*, 7(129), 140-151
 41. Debovo, D., Travaglia, J., (2009), Complaints and patient satisfaction: a comprehensive review of the literature, *Center for Clinical Governance Research in Health*, National Library of Australia.
 42. DePalma, J.A., (2000), The consumer's perspective of quality health care [Ph.D.], Duquesne University.
 43. Di Paula, A., Long, R., Wiener, D., (2002), Are your patients satisfied?, *Marketing Health Services*, 2(3), 28-32.
 44. Donabedian A., (2005), *Evaluating the Quality of Medical Care*, The Milbank Quarterly, Published by Blackwell Publishing, 83(4), 691-729.
 45. Donabedian, A., (1980), *The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment*, Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.
 46. Donabedian, A., (1982). *The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, Mich: Health Administration Press.
 47. Donabedian, A., (1997), The quality of care: How can it be assessed? *Arch Pathol Lab Med J*, 11(121), 1145-1150.
 48. Dupont, A., Wheeler, J., Herndon, J., E., Coan, A., Zafar, S., Y., Hood, L., Patwardhan, M., Shaw, H., S., Lyerly, H., K., Abernethy, A., P., (2009), Use of tablet personal computers for sensitive patient-reported information, *J Support Oncol*, 7(3), 91-97.
 49. Dutka, A., (1995), *AMA Handbook of customer satisfaction: A Complete Guide to Research, Planning and implementation*, NTC Business Books, Illinois.

50. Ehnfors, M., Smedby, B., (1993), Patient satisfaction surveys subsequent to hospital care: problems of sampling, non-response and other losses, *Quality Assurance in Health Care*, 5(1), 19-32.
51. Ervin, N., E., (2006), Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *J Nurs Adm*, 36(3), 126-130.
52. Faden, R., Leplege, A., (1992), Assessing quality of life: Moral implications for clinical practice, *Med Care*, 30(5), 166–175.
53. Farooqi J., H., (2005), Patient expectation of general practitioner care, focus group discussion and questionnaire survey in an urban primary health centre, Abu Dhabi-UAE (A Pilot Study), *Middle East J Fam Med*, 3(3),6-9
54. Fitzpatrick R., (1991), Surveys of patient satisfaction I: Important General Considerations, *BMJ*, 302(6781), 887-9.
55. Fitzpatrick, R., Hopkins, A., (1983), Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration, *Sociology of Health & Illness*, 5(3), 297-311.
56. Fornell, C., (1992), A National Customer Satisfaction Barometer: The Swedish Experience, *Journal of Marketing*, 56(1), 6- 21.
57. Fox, J., G., Storms, D., M., (1981), A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care, *Social Science & Medicine. Part A: Medical Sociology*, 15(5), 557-64.
58. Franklin, B., Osborne, H. (1971). *Research methods: issues and insights*. Belmont, CA: Wadsworth.
59. Gaggioli, A., Riva, G., (2012), Is your phone so smart to affect your states? An exploratory study based on psychophysiological measures, *Neurocomputing*, 84(5), 23-30.
60. Ganguly, E., Deshmukh, P., R., Garg, B., S., (2008), Quality assessment of private practitioners in rural Wardha, Maharashtra. *Indian J Comm Med*, 33(1), 35-37.
61. Gasquet, I., Villemot, S., Estaquio, C., Durieux, P., Ravaud, P., Falissard, B., (2004), Construction of a questionnaire measuring outpatients' opinion of quality of hospital consultation departments, *Health and Quality of Life Outcomes*, 43(2), 1-12.
62. Germanakos, P., Mourlas, C., Samaras, G., (2005), A Mobile Agent Approach

- for Ubiquitous and Personalized eHealth Information Systems, Proceedings of the Workshop on 'Personalization for e-Health' of the 10th International Conference on User Modeling (UM'05). Edinburgh, July 29, 67–70.
63. Gerteis, M., Edgman-Levitan, S., Daley, J., Delbanco, T., L., (1993), *Through the Patient's Eyes: Understanding and Promoting Patient-Centered Care*. San Francisco, Calif: Josey-Bass Publishers.
64. Gesell, S., B., Gregory, N., (2004), Identifying priority actions for improving patient satisfaction with outpatient cancer care, *J Nurs Care Qual.*,19(3), 226-233.
65. Glowniak, J.,V., (1995), Medical resources on the Internet, *Ann Intern Med*, 123(2), 123-131.
66. Gnardellis, C., Niakas, D., (2005), Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System, *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3), 307-320.
67. Haldar, D., Sarkar, A., P., Bisoi, S., Mondal, P., (2008), Assessment of client's perception in terms of satisfaction and service utilization in the central government health scheme dispensary at Kolkata. *Indian J Comm Med*, 33(2), 121-123.
68. Hall, J., A., Doman, M., C., (1990), Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 30(7), 811-818.
69. Halstead, D., Hartman, D., Schmidt, L., S., (1994), Multisource Effects on the satisfaction Formation Process, *Journal of the Academy of Marketing Science*, 22(2), 114-129.
70. Hammersley, M., (1987), Some notes on the terms 'validity' and 'reliability'. *British Educational Research Journal*, 13(1), 73-81.
71. Harper, P., M. B., (1989), Commentary: Using patient satisfaction data: An ongoing dialogue to solicit feedback, *Quality Review Bulletin*, 15(6), 168-171.
72. Harrington, J., J., (1993), *MEDIX: A Standard for Open Systems Medical Data Interchange*, Institute of Electrical and Electronic Engineers, New York City, NY
73. Hendriks, A., Oort, F., Vrieling, M., Smets, E. (2002), Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire, *International Journal for Quality*

- in Health Care, 14(6), 471-482.
74. Hjelm, N., M., (2005), Benefits and drawbacks of telemedicine, J Telemed Telecare, 11(2), 60-70.
75. Hooker, R., Potts, R., Ray, W., (1997), Patient satisfaction: comparing physician assistants, nurse practitioners and physicians, The Permanente Journal, 1(1), 1-13.
76. Howard, J., A., Sheth, J., N., (1969), The Theory of Buyer Behaviour. New York: John Wiley and Sons.
77. Hunt, H. K., (1977), Consumer Satisfaction/Dissatisfaction: Overview and Research Directions, in H. Keith Hunt, ed., Conceptualization and Measurement of Consumer Satisfaction and Dissatisfaction, Cambridge: Marketing Science Institute, 455-488.
78. Iglehart J., K., (1996), The National Committee for Quality Assurance, N Engl J Med, 335(13), 995-999.
79. Institute of Medicine, (1991), Improving information services for health services researchers: a report to the National Library of Medicine. Washington, DC: National Academy Press.
80. International Organization for Standardization (1990), Quality management and quality system elements, Guidelines for Services, Part 2, Geneva, ISO.
81. International Standards Organisation. ISO/IEC 7810:1995 Identification cards - Physical characteristics. 1995.
82. International Standards Organisation. ISO/IEC 7816 Identification cards - Integrated circuit(s) cards with contacts. 1994-2000.
83. Ishikawa, K., Lu, J., D., (1985), What is Total Quality Control-The Japanese Way, ASQC Quality Press, Prentice Hall.
84. Istepanian, R., S., H., Laca, J., (2003), Emerging Mobile Communication Technologies for Health: Some Imperative notes on m-health, Proceedings of the 25th IEEE Annual International Conference: Engineering in Medicine and Biology Society, 1414-1416.
85. Jackson, L., J., Chamberlin, J., Kroenke, K., (2001), Predictors of patient satisfaction, Social Science and Medicine, 52(1), 609-620.
86. Jaipaul, C., K., Rosenthal, G., E., (2003), Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients?, Journal of General Internal Medicine, 18(1),

- 23-30.
87. Jawahar, S., K., (2007), A Study on Out Patient Satisfaction at a Super Specialty Hospital in India, *Internet Journal of Medical*, 2(2), 13-17.
88. Johansson, P., Oleni, M., Fridlund, B., (2002), Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study, *Scand J Caring Sci*, 16(4), 337-344.
89. Jung, H., Van Horne, F., Wensing, M., Hearnshaw, H., Grol, R., (1998), Which aspects of general practitioners' behavior determine patients' evaluations of care? *Soc Sci Med*, 47(8), 1077-87.
90. Juran, J., M., Gryna, F., M., (1988), *Juran's quality control handbook*. 4th ed. McGraw-Hill, New York.
91. Kerwin, E., K., (2002), The Role of the Internet in Improving Healthcare Quality, *Journal of Healthcare Management*, 47(4), 225-236.
92. Khan, M. H., Hassan, R., Anwar, S., Babar, S. T., Babar, S. K., (2007), Patient Satisfaction with Nursing Care, *Rawal Med. J*, 32(1), 28-30.
93. Kidd, J., Patel, V., Peile, E., Carter, Y., (2005), Clinical and communication skills, *British Medical Journal*, 330(7488), 374-375.
94. Kleeberg, U. R., Tews, J. T., Ruprecht, T., Höing, M., Kuhlmann, A., Runge, C., (2005), Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatients: results of the PASQOC study, *Support Care Cancer*, 13(5), 303-310.
95. Kohane, I., S., Greenspun, P., Fackler, J., Cimino, C., Szolovits, P., (1996), Building National Electronic Medical Record Systems via the World Wide Web, *Journal of the American Medical Informatics Association*, 3(3), 191-207.
96. Komal, C., J., Rosenthal, E., G., (2003), Are Older Patients More Satisfied With Hospital Care Than Younger Patients?, *Journal of General Internal Medicine*, 18(1), 23-30.
97. Korsch, B., Gozzi, E., Francis, V. (1978-1968), Gaps in doctor-patient communication, *Pediatrics*, 42(1), 855-871.
98. Kravitz, R., (2001), The Physician-Patient Relationship. Measuring Patients' Expectations and Requests, *Annals of Internal Medicine*, 134 (9), 881-888.
99. Krowinski, W., J., Steiber, R., S., (1996), *Measuring and managing patient satisfaction* (2nd edition), Chicago: American Hospital Publishing.
100. Kumari, R., Idris, M., Z., Bhushan, V., Khanna, A., Agarwal, M., Singh, S.,

- K., (2009), Study on patient satisfaction in the government allopathic health facilities of Lucknow district India, *Indian J Comm Med*, 34(1), 35-42.
101. Laschinger, H., S., Hall, L., M., Pedersen, C., Almost, J., (2005), A psychometric analysis of the patient satisfaction with nursing care quality questionnaire: an actionable approach to measuring patient satisfaction, *J Nurs Care Qual*, 20(3), 220-230.
102. Lee, F., (2004), *If Disney ran your hospital: 9 1/2 things you would do differently*. Bozeman, M.T.: Second River Healthcare Press.
103. Lynn, M., R., McMillen, B., J., (2004), Using the scale product technique to enhance the measurement of patient satisfaction, *Canadian Journal of Nursing Research*, 36(3), 66-82.
104. Mays, N., Pope, C., (2000), *Qualitative Research in Health Care: Assessing quality in qualitative research*, *BMJ*, 320(7226), 50-52.
105. McKinnon, K., Crofts, D., P., Edwards, R., Campion, D., P., Edwards, H., T., R., (1998), The outpatient experience: results of a patient feedback survey, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 11(5), 156 - 160.
106. Meredith, P., (1996), But was the operation worth it? The limitations of quality of life and patient satisfaction research in health-care outcome assessment, *J Qual Clin Pract*, 16(2), 75-85.
107. Mimoto, H., Sanbonmatsi, N., (2007), Factors influencing the usage of mobile phones in East Asia: A comparative study based on the Asian Metropolitan Mobile Survey Hitoshi, *Studies in Regional Science*, 37(2), 455-469.
108. Mira, J.J., Rodriguez-Marin, J., Peset, R., Ybarra, J., Perez-Jover, V., Palazon, I., (2002), Causes of patients' satisfaction and dissatisfaction. [Spanish], *Revista de Calidad Asisten* Mira JJ, Rodriguez-Marin J, Peset R, Ybarra J, Perez-Jover V, Palazon I., (2002), Causes of patients' satisfaction and dissatisfaction. [Spanish], *Revista de Calidad Asistencial*, 17(5), 273-283.
109. Mortimer, D., Segal L., (2007), Comparing the Incomparable? A Systematic Review of Competing Techniques for Converting Descriptive Measures of Health Status into QALY-Weights, *Medical Decision Making*, 28(1), 66-89.
110. Moumtzoglou A., Dafogianni C., Karra V., Michailidou D., Lazarou P., Bartsocas C. (2000), Development and application of a questionnaire for assessing parent satisfaction with care. *International Journal of Quality Health*,

12(4), 331-337.

111. Naumann, E., Giel, K., (1995), Consumer satisfaction measurement and management: Using the voice of the customer, Thomson Executive Press, Cincinnati.
112. Neame R., (1997), Smart cards-the key to trustworthy health information systems. *BMJ*, 314(2), 573-7.
113. Nelson A., (1996), Measuring performance and improving quality, Hospital Management International, International Hospital Federation sterling Publications Limited, London.
114. Nelson, C., W., Niederberger, J., (1990), Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement, *Hosp Health Serv Adm*, 35(3), 409-427.
115. Ng, F., Tock, C., J., (1996), A Smart Card Medical System For The People With Disabilities, California State University Northridge's 11th Annual International Conference, "Technology and Persons with Disabilities", Los Angeles 19-23 March 1996.
116. Ng, C. W., Lim, G. H., McMaster, F., Molina, J., Seow, E., Heng, B.H., (2009), Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey, *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 586-589.
117. Niakas, D., Gnardellis, C., Theodorou, M., (2004), Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey, *Health Services Management Research*, 17(1), 62-69.
118. Niakas, D., Mylonakis, J. (2005), Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship?, *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6 (3), 288-295.
119. Oliver, R., L., (1997), Satisfaction: A Behavioural Perspective on the Consumer. New York: The MacGraw- Hill Companies, INC.
120. Otani, K., Kurz, R., S., Harris, L., E., Byrne, F., D., (2005), Managing primary care using patient satisfaction measures/practitioner application, *Journal of Healthcare Management*, 50(5), 311-325.

121. Owens, D., J., Batchelor, C., (1996), Patient satisfaction and the elderly, *Social Science and Medicine*, 42(11), 1483 -1491.
122. Palmer, R., (1991), Considerations in defining quality of care, *Health Administration Press, Ann Arbor, MI*.
123. Papanikolaou, V., Ntani, Sp., (2008), Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
124. Pascoe, G., C., (1983), Patient satisfaction in primary healthcare: a literature review and analysis, *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 185-210.
125. Peter, J., Magnus, O., Bengt, F., (2002), Patient Satisfaction With Nursing Care in the Context of Health Care: A Literature Study, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
126. Peterson, A., R., Wilson, R., W., (1992), Measuring Customer satisfaction: Fact and Artifact. *Journal of the Academy of Marketing Science*, 20(1), 61-71.
127. Pettersen, K., I., Veenstra, M., Guldcog B., Kolstad, A. (2004). The patient experiences questionnaire: development, validity and reliability. *International Journal for Quality in Health Care*, 16(6), 453-463.
128. Phillips C., 2009, What is a QALY? (Second edition), *Health Economics*
129. Rahmqvist, M., Bara, A., (2010), Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction, *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 86-92.
130. Rahmqvist, M., Bara, A., C., (2010), Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction, *International Journal for Quality in Health Care*, 22(2), 86-92.
131. Rao, G., N., (2001), How can we improve patient care, *J Community Eye Health*, 15(41), 1-3.
132. Rentrop, M., Bohm, A., Kissling, W., (1999), Patient satisfaction with psychiatric care. Historical perspective, methods and results from the international literature, *Fortschr Neurol Psychiatr*, 67(10), 456-465.
133. Richter, J., G., Becker, A., Koch, T., Nixdorf, M., Willers, R., Monser, R., Schacher, B., Alten, R., Specker, C., Schneider, M., (2008), Self-assessments of patients via Tablet PC in routine patient care: comparison with standardised paper questionnaires, *Ann Rheum Dis*, 67(12), 1739-1741.

134. Rider, E., A., Perrin, J., M., (2002), Performance profiles: the influence of patient satisfaction data on physicians' practice, *Pediatrics*, 109(5), 752-757.
135. Risser, N., L., (1975), Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings, *Nurs Res*, 24(1), 45-52.
136. Rivkin, M., Bush, P., (1974), The satisfaction continuum in health care: consumer and provider preferences. In: Mushkin S, editor. *Consumer incentives for health care*. New York: Milbank Memorial Fund, 304-332.
137. Robinson, J., H., Callister, L., C., Berry, J., A., (2008), Dearing KA. Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes, *J Am Acad Nurse Pract*, 20(12), 600-607.
138. Roemer, M., (1993), *National Health Systems of the World*, Oxford University Press, New York, Oxford, 2(6), 91-106.
139. Ross, C., K., Steward, C., A., Sinacore, J., M., (1995), A comparative study of seven measures of patient satisfaction, *Med Care*, 33(4), 392-406.
140. Royer, T., (1999), *Measuring Physician Performance*, In *Clinical Resource and Quality Management*, edited by S. Ransom and W. Pinsky, 129-137, Tampa, FL: American College of Physician Executives.
141. Sarker, S., Wells, J.D., (2003), Understanding mobile handheld device use and adoption, *Communication of the ACM*, 46(12), 35-40.
142. Scotto, F De Ceglie, A. Guerra, V. Misciagna, G. Pellicchia, A., (2009), Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services, *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 86-97.
143. Shipley, K., Hillborn, B., Hansell, A., Tyrer, J., Tyrer, P., (2000), Patient satisfaction: A valid index of quality of care in a psychiatric service, *Acta Psychiatr Scand*, 101(4), 330-333.
144. Shojania, K., G., McDonald, K., M., Wachter, R., M., Owens, D., K., (2004), Closing the quality gap: A critical analysis of quality improvement strategies (Vol. 1: Series Overview and Methodology), *AHRQ Technical Reviews*.
145. Sitzia, J., Wood, N., (1997), Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Social Science and Medicine*, 45(12), 1829-1843.
146. Strasser, S., Aharony, L., (1993), Patient satisfaction: What we know about and what we still need to explore, *Medical Care Review*, 50(1), 49-79.

147. Strasser, S., Davis, R., M., (1991), Measuring patient satisfaction for improved patient services. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
148. Takemura, Y., Liu, J., Atsumi, R., Tsuda, T., (2006), Development of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with medical encounters, *Tohoku J Exp Med.*, 210(4), 373-381.
149. Tasso, K., Behar-Horestein, L.S., Aumiller, A., Gamble, K., Grimaudo, N., Guin, P., (2002), Assessing patient satisfaction and quality of care through observation and interview, *Hospital Topics*, 80(3), 4-10.
150. Thomas, S., Moore K, Nay R, Fonda D, Marosszeky N, Sansoni J, et al. Continence Outcomes Measurement Suite Project Final Report. Melbourne: La Trobe University; 2004 April.
151. Thomas, S., Moore, K., Nay, R., Fonda, D., Marosszeky, N., Hawthorne, G., (2006), Continence Outcomes Measurement Suite, Final Project Report prepared for the Australian Government Department of Health and Ageing.
152. Thompson, D., R., Meadows, K., A., Lewin, R., J., (1998), Measuring quality of life in patients with coronary heart disease, *Eur Heart J*, 19(5), 693-695.
153. Thompson, J. M., Howard, E., J., (2000), HMO Web Sites: What Do They Tell Consumers?, *Managed Care Quarterly*, 8(4), 33-41.
154. Timmins, F., (2005), A review of the information needs of patients with acute coronary syndromes. *Nursing in Critical Care*, 10(4), 174-183.
155. Travaline, M., J., Ruchinskas, R., D'Alonzo, G., E., (2005), Patient-Physician Communication, Why and How, *Journal of the American Osteopathic Association*, 105(1), 13-17.
156. Vivanti, A., Ash, S., Hulcombe, J., (2007), Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 20(1), 41-49.
157. Vuori, H., (1987), Patient satisfaction an attribute or indicator of the quality of care?, *Quality Review Bulletin*, 13(3), 106-108.
158. Wall, A., (1996), *Health Care Systems in Liberal Democracies*, London: Routledge, 1-224.
159. Weiss, G., L., (1988), Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors, *Medical Care*, 26(4), 383-392.

160. Wen, K.Y., Gustafson, D.H., (2004), Needs assessment for cancer patients and their families. *Health Quality of Life Outcomes*, 11(2), 1-12.
161. Westbrook, A., R., (1980), Intrapersonal Affective Influences on Consumer Satisfaction with Products, *Journal of Consumer Research*, 7(6), 49-54.
162. Westbrook, A., R., (1987), Product/Consumption-Based Affective Responses and Post Purchase Processes, *Journal of Marketing Research*, 24(8), 258-270.
163. WHO (1993), Continuous Quality Development: A proposal national policy, WHO regional office for Europe, Copenhagen.
164. WHO (1997), A health telematics policy in support of WHO's Health-For-All strategy for global health development: report of the WHO group consultation on health telematics, Geneva.
165. WHO (2000), Health Systems: Improving Performance, Geneva.
166. Wickramasinghe, S., N., Fadlalla, M., A., A., Geisler, E., Schaffer, L., J., (2005), A framework for assessing e-health preparedness, *Int. Journal of Electronic Healthcare*, 1(3), 316-334.
167. Williams, B., (1994), Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.
168. Williamson, C., (2007), How do we find the right patients to consult?, *Quality in Primary Care*, 15(4), 195-199.
169. Woodward, J.L., (2009), Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit, *Clinical Nurse Specialist*, 23(4), 200-206
170. Yi, Y., (1990), A Critical Review of Consumer Satisfaction. In *Review of Marketing*, Editor: Valarie A. Zeithaml, Chicago, American Marketing Association, 68-123.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Αλεξιάδης, Δ., Σιγάλας, Ι. (1999), Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (Τόμος Δ), Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
2. Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. (2007), Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημοσίου νοσοκομείου, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(1), 89-96.
3. Αλετράς, Β., Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Μ., Νιάκας, Α. (2009), Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(1), 79-89.
4. Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., (1999), Η Ψυχολογία στο Χώρο της Υγείας, , Αθήνα, Εκδ. Ελληνικά Γράμματα.
5. Δερβιτσιώτης, Ν. Κων., (1999), Διοίκηση Παραγωγής. Σύγχρονες Προσεγγίσεις. Αθήνα.
6. Θεοδοσοπούλου, Ε., Ραφτόπουλος, Β., (2002), Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Νοσηλευτική, 41(1), 65-80.
7. Θεοδώρου, Μ., (1992), Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας», Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, Αθήνα, 3(1), 5-18.
8. Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., Ανδρουλάκη, Ζ., (2010), Οι ανάγκες των πολιτών στη Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα, Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(1), 61-75.
9. Καμπάντα, Μ., Νιάκας, Δ., (2004), Ικανοποίηση ασθενών από τις Υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(4), 354-362.
10. Κέπεντζης, Σ., Γκογκόσης, Κ., Νιάκας, Δ., (2004), Διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών και των παραγόντων που την επηρεάζουν. Το παράδειγμα των εξωτερικών ιατρείων σε 6 νοσοκομεία της Αττικής,

- Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία, Αθήνα, Εκδ. Mediforce.
11. Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε. (1994), Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας.
 12. Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., (1994), Ικανοποίηση των χρηστών από υπηρεσίες υγείας στα δημόσια νοσηλευτήρια. Ασθενείς και επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Αθήνα, Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, 11-24.
 13. Κυριόπουλος Γ., Γείτονα Μ., Σκουρολιάκου Μ., (1996), Φαρμακοοικονομία, Αρχές και Μέθοδοι Αξιολόγησης, Εξάντας, Αθήνα.
 14. Κυριόπουλος, Ι., Μπεαζόγλου, Τρ., (2000). Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μία απόπειρα για την συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης, Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία, Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 15-35
 15. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., (2008), Μετρώντας την Ποιότητα από την Πλευρά των Χρηστών στις Υπηρεσίες Υγείας, Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου, 303-344.
 16. Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., (2008), Προσεγγίσεις για τη Βελτίωση της Ποιότητας, Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αθήνα, Εκδ. Παπασωτηρίου, 61-92.
 17. Λαζακίδου, Α., (2012), Προηγμένα Συστήματα και Υπηρεσίες Πληροφορικής στο Χώρο της Υγείας, Σπάρτη, 245-253.
 18. Λαζάρου, Π., (2005), Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης του χρήστη, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
 19. Μερκούρης, Α., (1996), Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
 20. Μιχαηλίδου, Λ., (2003), Ερωτηματολόγια ασθενών: Εύκολη λύση ή συνειδητή προσπάθεια επισκόπησης της γνώμης των χρηστών υπηρεσιών υγείας;, Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, Αθήνα,

- Εκδ. Mediforce, 87-97.
21. Νιάκας, Δ., Γναρδέλλης, Χ., (2000), Η ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 77(5), 464-470.
 22. Οικονομοπούλου, Χ., (1991), Οργανωτικά και λειτουργικά προβλήματα των ελληνικών νοσοκομείων, Ιατρικό Βήμα, Τεύχος 22, 29-35.
 23. Παπαδόπουλος, Ε. (2004), Έρευνα ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βέροιας, Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
 24. Παπανικολάου, Β., (1994), Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, Διδακτορική Διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών, Τμήμα Ψυχολογίας, Αθήνα.
 25. Παπανικολάου Β., (2006), Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών. Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας/Κοινωνία και Υγεία, Αθήνα, Εκδ. Θεμέλιο, 261-278.
 26. Παπανικολάου, Β., (2007), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές-Μέθοδοι & Εφαρμογές, Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση.
 27. Πιερράκος, Γ., Τομάρας, Π., (2009), Η Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας, Νοσηλευτική, 48(1), 105-114.
 28. Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Υφαντόπουλος, Ι., (2005), Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(3), 284-295.
 29. Ραφτόπουλος, Β., (2002), Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
 30. Ραφτόπουλος, Β., (2009), Τα Θέλω και τα Μπορώ της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Φροντίδας Υγείας, Λευκωσία.
 31. Σαρρής, Μ., (2001), Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Αθήνα, Εκδ. Παπαζήση.
 32. Σαρρής, Μ., Γούλα, Α., Γκικόκα, Β., Σούλης, Σ., (2008), Ποιότητα ζωής ασθενών και ποιότητα φροντίδας υγείας μετά από νεφρική μεταμόσχευση,

- Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(2), 201-208.
33. Σιγάλας Ι., (1999), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Επιθεώρηση Υγείας, Αθήνα, 10(56), 45-50.
34. Σιγάλας Ι., (1999), Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Υπηρεσίες Υγείας / Νοσοκομείο – Ιδιοτυπίες και προκλήσεις (Τόμος Δ'), Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, 31-33.
35. Σκαλκίδης, Ι., Παπαδόπουλος, Φ., (2010), Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με τη συνεπικουρία «αναφορών περίθαλψης» των ασθενών, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 27(3), 487-497.
36. Τούντας, Γ., (2003), Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(2), 532-546.
37. Τούντας, Γ., (2008), Η έννοια της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας, Νέα Υγεία, Αθήνα, Εκδ. Οδυσσέας.
38. Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ., Χουλιάρα, Λ. (2003), Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5), 497-503.
39. Τσελέπη, Χ., (2000), Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας (Τόμος Α'), Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
40. Τσότρας Γ., (2002), Βελτίωση ποιότητας (Β' Έκδοση), Αθήνα, Εκδ. Μπένου, 15-19.

ΠΗΓΕΣ ΣΤΟ ΔΙΑΔΙΚΤΥΟ

1. Αρχή προστασίας δεδομένων προσωπικού χαρακτήρα. Retrieved from: http://www.dpa.gr/portal/page?_pageid=33,18990&_dad=portal&_schema=PORTAL
2. Hatfield, S. (2001), Electronic Communication's Potential to Reduce Medical Errors. Retrieved from: http://www.advanceforhie.com/pastarticles/may21_01cover.html.
3. A first class service, quality in the NHS, London, Department of Health. Retrieved from: [http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902)
4. [PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902](http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_4006902)
5. Ebusinessforum. Retrieved from: <http://www.ebusinessforum.gr/>
6. ΙΤΕ-Ινστιτούτο Πληροφορικής. Retrieved from: <http://www.ics.forth.gr>
7. Queensland Government: Surgical Patient Satisfaction Survey 2008 -09, (2009). Retrieved from: <http://www.health.qld.gov.au/psq/reports/docs/satisfaction-09.pdf>
8. Australian Institute of Health and Welfare, Public Report: Report on Government Services, (2004). Retrieved from:
9. http://www.pc.gov.au/__data/assets/pdf_file/0018/62244/attachment09.pdf
10. Νικολάου, Ε., (2011), Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης «Ιπποκράτειο» από τις Παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας (Πτυχιακή Εργασία). Retrieved from: http://mph.med.uoc.gr/files/Dissertations/Nikolaou_2012.pdf
11. The Quality of Australian Health Care: Current Issues and Future Directions, (2000). Retrieved from: [http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/C269666C4E4804A5CA25749800259350/\\$File/ocpahfsv6.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/C269666C4E4804A5CA25749800259350/$File/ocpahfsv6.pdf)
12. Nienhuis, J., J., Bryant, C., (2010), E-Invoicing 2010: European Market Guide, [online report, prepared by Euro Banking Association and Innopay]. Retrieved from: https://www.ebaportal.eu/_Download/EBA%20Insight/2010/E-Invoicing_2010.pdf
13. Massachusetts Health Data Consortium, (1999), Internets, Intranets, Extranets:

- Managing the Differences. Retrieved from: <http://www.mahealthdata.org>.
14. Pappa, E., Niakas, D., (2006), Assessment of health care needs and utilization in a mixed public-private system: the case of the Athens area, *BMC Health Services Research*, 6(146), Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/6/146>
 15. JCAHO. Retrieved from: <http://www.chc-ut.org/Web%20Pages/jcaho.htm>
 16. European Committee for Standardization, Technical Committee for Health Informatics. (CEN/TC251). Retrieved from: <http://www.cen251.org>
 17. Schlander, M., (2007), Lost in Translation? Over-Reliance on QALYs May Lead to Neglect of Relevant Evidence, Paper presented at the 6th World Congress on Health Economics, International Health Economics Association (iHEA), Copenhagen: July 8-11. Retrieved from: <http://www.michaelschlander.com/presentations.htm>.
 18. Emerman, J., (2001), Secured Intranets Can Protect Patient Confidentiality. Retrieved from: <http://www.asaging.org/at/at-193/infoage.html>.
 19. Kenreigh, C., Wagner, L., (2005), Medication Adherence: A Literature Review. Retrieved from: <http://www.medscape.com/viewarticle/514164>.
 20. Guadagnino, C, (2003), Role of patient satisfaction. *Physician's News Digest*, 1-12. Retrieved from <http://www.physiciansnews.com/cover/1203.html>
 21. Insitute of Medicine (2003). Retrieved from: <http://www.amaassn.org/amednews/2003/09/08/bise0908.htm>
 22. WHO (2006). Retrieved from: <http://www.wpro.who.int/publications/docs/EHRmanual.pdf>
 23. Xiao, C., Yu, A., (2009), Smart Card System for Patient Record Management, *Bears Breaking Boundaries*, Science, Technology, and Energy Policy White Paper Competition. Retrieved from: http://step.berkeley.edu/White_Paper/Xiao_Yu.pdf
 24. CardLogic Corporation, (2010), A Smart Card Overview. Retrieved from: <http://www.smartcardbasics.com/smart-card-overview.html#healthcare>
 25. Gemplus, S., A., (2000), All about smart cards. Retrieved from:
 26. <http://ww.gemplus.com/basics/what.htm>.
 27. Briggs, J., S., Beresford, R., A., (2001), Smart cards in health. Retrieved from: http://www.chmi.port.ac.uk/pubs/smartcards/smartcard_report.pdf

28. Γενική Γραμματεία Κοινωνικών Ασφαλίσεων, (2010). Retrieved from:
29. http://www.e-syntagografisi.gr/?page_id=74
30. Ηλεκτρονική Καταχώριση και Εκτέλεση Συνταγών, (2009-2010). Retrieved from: <http://www.ypakp.gr/uploads/docs/3906.pdf>
31. Montazeri, A., (2008), Health-related quality of life In breast cancer patients: a bibliographic review of the literature from 1974 to 2007, J Exp Clin Cancer Res, 27(32). Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1186/1756-9966-27-32>.
32. Prieto, L., Sacristan, J., A., (2003), Problems and solutions in calculating quality-adjusted life years (QALYs), Health and Quality of Life Outcomes, 80(1). Retrieved from: <http://www.hqlo.com/content/1/1/80>.
33. Suttle, R., (2012), Definition of Pricing Strategy. Retrieved from: <http://smallbusiness.chron.com/definition-pricing-strategy-4686.html>
34. Rouse, M., (2012), E-invoicing. Retrieved from: <http://www.economic.co.uk/accountingsystem/glossary/electronic-invoicing>
35. BlueRidge e-Invoice Service, (2009). Retrieved from: <http://www.ivory.nl/bestanden/BlueRidge%20e-invoicing%20service.pdf>
36. Baugher, D., (2012), What Are the Benefits of Electronic Billing? Retrieved from: http://www.ehow.com/list_6501622_benefits-electronic-billing_.html
37. Ebusinessforum, (2006). Retrieved from: <http://www.ebusinessforum.gr/teams/>
38. [teamsall /view/inner/index.php?language=el&ctn=91&moduleid=-1&label=0](http://www.ebusinessforum.gr/teams/all/view/inner/index.php?language=el&ctn=91&moduleid=-1&label=0)
39. Tele-Medicine, (2011). Retrieved from: http://www.isatafrica.com/tele_medicine.html
40. Vital Wave Consulting, (2009), mHealth for Development: The Opportunity of Mobile Technology for Healthcare in the Developing World. United Nations Foundation, Vodafone Foundation. Retrieved from: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/unpan/unpan037268.pdf>
41. Mobile Applications for the Health Sector, (2011). Retrieved from: http://siteresources.worldbank.org/INFORMATIONANDCOMMUNICATIONANDTECHNOLOGIES/Resources/mHealth_report.pdf
42. SoGoSurvey. Retrieved from: <http://www.sogosurvey.com>
43. WebSurveyCreator. Retrieved from: <http://www.websurveycreator.com>

44. Avius Insight. Retrieved from: <http://www.aviusinsight.com>
45. Zwoor. Retrieved from: <http://www.zwoor.com>
46. Digivey. Retrieved from: <http://www.digivey.com>
47. Fluid surveys. Retrieved from: <http://fluidsurveys.com>
48. Qualitative and quantitative research, 2007. Retrieved from: <http://www.medicine.ox.ac.uk/bandolier/booth/glossary/qualres.html>
49. SnapSurveys. Retrieved from: <http://www.snapsurveys.com>
50. Survey on the Spot. Retrieved from: <http://www.surveyonthespot.com>
51. Opinionmeter. Retrieved from: <http://www.opinionmeter.com>
52. Grapevine Surveys. Retrieved from: <http://www.grapevinesurveys.com>
53. WHO (2001). Retrieved from: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_Section1.pdf
54. WHO (1948). Constitution of WHO (Preamble). Retrieved from: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf
55. WHO (1946). Retrieved from: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
56. WHO (1978). Retrieved from: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf
57. almaata.pdf.
58. WHO (1978). Retrieved from: <http://whqlibdoc.who.int/publications/9241800011.pdf>
59. Giese, J., L., Cote, J., A., (2000), Defining consumer satisfaction, Academy of Marketing Science Review. Retrieved from: <http://www.wmsreview.org/articles/giese01-2000.pdf>
60. <http://platon.cc.uoa.gr/~reconweb/new2/index.php/2011-02-23-13-09-11/2011-02-23-13-13-54/25-2011-01-21-09-26-03/2011-02-23-13-00-52/103>
61. Πολεμικό Ναυτικό-Διεύθυνση Υγειονομικού, (2010), Αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες NNA. Retrieved from: <http://www.onalert.gr/files/Image/pdf/ereyna.pdf>
62. Αλεξίου, Α., (2011), Εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

μέσω της συγκριτικής αξιολόγησης της ικανοποίησης ασθενών νοσηλευόμενων σε δύο παθολογικά τμήματα δημοσίου Νοσοκομείου Αττικής. Retrieved from: <http://kypseli.ouc.ac.cy/handle/11128/111>

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να προσδιορίσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ). Οι απαντήσεις σας είναι **εμπιστευτικές και ανώνυμες**. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αποκλειστικά σε συγκεντρωτική μορφή.

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:/...../2011		
Το ερωτηματολόγιο αφορά:	<input type="checkbox"/> ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	<input type="checkbox"/> ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
	<input type="checkbox"/> ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	<input type="checkbox"/> ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ
Κέντρο Υγείας που επισκεφτήκατε: (παρακαλώ συμπληρώστε)	
A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
1	Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:	<input type="checkbox"/> Ασθενής <input type="checkbox"/> Συγγενής ή συνοδός ή νοσηλευτής
2	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
3	Ηλικία:	<input type="checkbox"/> ≤17 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> ≥65
4	Εκπαίδευση:	<input type="checkbox"/> Δεν έχει γραμματικές γνώσεις <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Δημοτικού <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου

		<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής <input type="checkbox"/> Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ) <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA) <input type="checkbox"/> Διδακτορικός Τίτλος (PhD)
5	Η επίσκεψή σας ήταν:	<input type="checkbox"/> Έκτακτη <input type="checkbox"/> Χρόνιο πρόβλημα υγείας <input type="checkbox"/> Επανεκτίμηση/Επανελέγχος <input type="checkbox"/> Προληπτικοί λόγοι
6	Ασφαλιστικό Ταμείο:	<input type="checkbox"/> Ανασφάλιστος <input type="checkbox"/> Δημόσιο <input type="checkbox"/> ΙΚΑ <input type="checkbox"/> ΟΓΑ <input type="checkbox"/> Ο.Α.Ε.Ε <input type="checkbox"/> ΤΣΜΕΔΕ <input type="checkbox"/> ΤΣΑ <input type="checkbox"/> ΔΕΗ <input type="checkbox"/> Τραπεζοϋπαλλήλων <input type="checkbox"/> Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο:
7	Οικογενειακή κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α
8	Υπηκοότητα:	<input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη (παρακαλώ προσδιορίστε:)
9	Τόπος κατοικίας:

Β. ΥΠΟΔΟΧΗ

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
10	Από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Από την πληροφόρηση του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Από την προθυμία εξυπηρέτησης του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε					
Γ. ΑΝΑΜΟΝΗ						
		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοπο- ημένος
13	Από την επιμέλεια και την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Από την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Από την ευκολία να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Από τη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Από το χρόνο που περιμένετε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						
		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοπο- ημένος
18	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Από την ενημέρωση σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Από την ικανότητα και εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών σχετικά με το πρόβλημά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Από το χρόνο που αφιέρωσαν οι νοσηλευτές για	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	τη φροντίδα σας είσαστε					
25	Από την ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ.α) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						
		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
26	Από την ενημέρωση σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Από τη συμμετοχή σας στην επιλογή μεθόδου θεραπείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ.α) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Από την προθυμία του ιατρικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ						
		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
33	Από τη γενική συμπεριφορά και επικοινωνία με το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Από την ευκολία να βρείτε θέση για παρκάρισμα είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	συγγενών σας από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε					
36	Από την ευκολία για πρόσβαση στους χώρους (καθοδηγητικές πινακίδες, ανελκυστήρες) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Από το μηχανισμό εξυπηρέτησης και συνεργασίας όσον αφορά στη διεκπεραίωση αναγκών σας (προγραμματισμό εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, παραπομπή σε άλλα εργαστήρια) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Από τη διακριτικότητα του προσωπικού και το σεβασμό της προσωπικότητάς σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης (χρήση παραβάν) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ζ. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοπο- ημένος
40	Από την επιμέλεια και την καθαριότητα των ιατρείων επειγόντων περιστατικών είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Από την πληρότητα σε τεχνολογικό εξοπλισμό των ιατρείων ΤΕΠ είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Από τις υπηρεσίες υγείας που σας παρασχέθηκαν στο ΤΕΠ είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Από τη συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του ΤΕΠ για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Από τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψη σας στο ΤΕΠ είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Β



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να προσδιορίσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Κέντρου Υγείας. Οι απαντήσεις σας είναι **εμπιστευτικές και ανώνυμες**. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αποκλειστικά σε συγκεντρωτική μορφή.

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:/...../2011		
Κέντρο Υγείας που επισκεφτήκατε: ΒΛΑΧΙΩΤΗ <input type="checkbox"/> ΓΥΘΕΙΟΥ <input type="checkbox"/> ΑΡΕΟΠΟΛΗΣ <input type="checkbox"/>		
A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
1	Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:	<input type="checkbox"/> Ασθενής <input type="checkbox"/> Συγγενής ή συνοδός ή νοσηλευτής
2	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
3	Ηλικία:	<input type="checkbox"/> ≤17 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> ≥65
4	Εκπαίδευση:	<input type="checkbox"/> Δεν έχει γραμματικές γνώσεις <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Δημοτικού <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής <input type="checkbox"/> Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)

		<input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA) <input type="checkbox"/> Διδακτορικός Τίτλος (PhD)
5	Η επίσκεψή σας ήταν:	<input type="checkbox"/> Έκτακτη <input type="checkbox"/> Χρόνιο πρόβλημα υγείας <input type="checkbox"/> Επανεκτίμηση/Επανελέγχος <input type="checkbox"/> Προληπτικοί λόγοι
6	Ασφαλιστικό Ταμείο:	<input type="checkbox"/> Ανασφάλιστος <input type="checkbox"/> Δημόσιο <input type="checkbox"/> ΙΚΑ <input type="checkbox"/> ΟΓΑ <input type="checkbox"/> Ο.Α.Ε.Ε <input type="checkbox"/> ΤΣΜΕΔΕ <input type="checkbox"/> ΤΣΑ <input type="checkbox"/> ΔΕΗ <input type="checkbox"/> Τραπεζοϋπαλλήλων <input type="checkbox"/> Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο:
7	Οικογενειακή κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α
8	Υπηκοότητα:	<input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη (παρακαλώ προσδιορίστε:)
9	Τόπος κατοικίας:

Β. ΥΠΟΔΟΧΗ

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
10	Από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Από την πληροφόρηση του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Από την προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Γ. ΑΝΑΜΟΝΗ

		Πολύ	Δυσारे-	Ούτε	Ικανοποιη-	Πολύ
--	--	------	---------	------	------------	------

		δυσारे- στημένος	στημένος	δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	μένος	ικανοποι- ημένος
13	Από την επιμέλεια και την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Από την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Από την ευκολία να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Από τη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Από το χρόνο που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						
		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	ΙΚανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
18	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Από την ενημέρωση σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Από την ικανότητα και εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών σχετικά με το πρόβλημά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Από το χρόνο που αφιέρωσαν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Από την ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ.α) είσαστε					
Ε. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						
		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
26	Από την ενημέρωσή σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέτασή σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Από τη συμμετοχή σας στην επιλογή μεθόδου θεραπείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ.α) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Από την προθυμία του ιατρικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ						
		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
33	Από τη γενική συμπεριφορά και επικοινωνία με το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Από την ευκολία να βρείτε θέση για παρκάρισμα είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή συγγενών σας από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

36	Από την ευκολία για πρόσβαση στους χώρους (καθοδηγητικές πινακίδες, ανελκυστήρες) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Από το μηχανισμό εξυπηρέτησης και συνεργασίας όσον αφορά στη διεκπεραίωση αναγκών σας (προγραμματισμό εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, παραπομπή σε άλλα εργαστήρια) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Από τη διακριτικότητα του προσωπικού και το σεβασμό της προσωπικότητάς σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης (χρήση παραβάν) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ζ. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοπο- ημένος
40	Από τη συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του Κέντρου Υγείας για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Από τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψη σας στο Κέντρο Υγείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Από την τήρηση ησυχίας στα ιατρεία του Κέντρου Υγείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Πόση ώρα χρειαστήκατε για να διανύσετε την απόσταση έως το Κέντρο Υγείας	<input type="checkbox"/> μέχρι 15 λεπτά	<input type="checkbox"/> 15-30 λεπτά	<input type="checkbox"/> 31 λεπτά- 1 ώρα	<input type="checkbox"/> 1-2 ώρες	<input type="checkbox"/> πάνω από 2 ώρες
44	Κατά την επίσκεψη σας πόσο χρόνο περιμένετε ώσπου να εξεταστείτε, από το αντίστοιχο ιατρείο	<input type="checkbox"/> μέχρι 15 λεπτά	<input type="checkbox"/> 15-30 λεπτά	<input type="checkbox"/> 31 λεπτά- 1 ώρα	<input type="checkbox"/> 1-2 ώρες	<input type="checkbox"/> πάνω από 2 ώρες

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Γ



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να προσδιορίσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας κατά τη νοσηλεία σας στην Κλινική. Οι απαντήσεις σας είναι **εμπιστευτικές και ανώνυμες**. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αποκλειστικά σε συγκεντρωτική μορφή.

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:/...../2011		
Το ερωτηματολόγιο αφορά:	<input type="checkbox"/> ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ	<input type="checkbox"/> ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ
	<input type="checkbox"/> ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ	<input type="checkbox"/> ΚΛΙΝΙΚΗ/ΤΜΗΜΑ
Κέντρο Υγείας που επισκεφτήκατε: (παρακαλώ συμπληρώστε)	
A. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
1	Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:	<input type="checkbox"/> Ασθενής <input type="checkbox"/> Συγγενής ή συνοδός ή νοσηλευτής
2	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
3	Ηλικία:	<input type="checkbox"/> ≤17 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> ≥65
4	Εκπαίδευση:	<input type="checkbox"/> Δεν έχει γραμματικές γνώσεις <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Δημοτικού <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου

		<input type="checkbox"/> Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής <input type="checkbox"/> Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ) <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA) <input type="checkbox"/> Διδακτορικός Τίτλος (PhD)
5	Η επίσκεψή σας ήταν:	<input type="checkbox"/> Έκτακτη <input type="checkbox"/> Χρόνιο πρόβλημα υγείας <input type="checkbox"/> Επανεκτίμηση/Επανελέγχος <input type="checkbox"/> Προληπτικοί λόγοι
6	Ασφαλιστικό Ταμείο:	<input type="checkbox"/> Ανασφάλιστος <input type="checkbox"/> Δημόσιο <input type="checkbox"/> ΙΚΑ <input type="checkbox"/> ΟΓΑ <input type="checkbox"/> Ο.Α.Ε.Ε <input type="checkbox"/> ΤΣΜΕΔΕ <input type="checkbox"/> ΤΣΑ <input type="checkbox"/> ΔΕΗ <input type="checkbox"/> Τραπεζοϋπαλλήλων <input type="checkbox"/> Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο:
7	Οικογενειακή κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α
8	Υπηκοότητα:	<input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη (παρακαλώ προσδιορίστε:)
9	Τόπος κατοικίας:

Β. ΥΠΟΔΟΧΗ

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
10	Από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Από την πληροφόρηση του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Από την προθυμία εξυπηρέτησης του	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε					
Γ. ΑΝΑΜΟΝΗ						
		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
13	Από την επιμέλεια και την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Από την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Από την ευκολία να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Από τη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Από το χρόνο που περιμένετε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						
		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
18	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Από την ενημέρωση σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Από την ικανότητα και εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών σχετικά με το πρόβλημά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Από το χρόνο που αφιέρωσαν οι νοσηλευτές για	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	τη φροντίδα σας είσαστε					
25	Από την ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ.α) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ε. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ						
		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
26	Από την ενημέρωση σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29	Από τη συμμετοχή σας στην επιλογή μεθόδου θεραπείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ.α) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32	Από την προθυμία του ιατρικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ						
		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
33	Από τη γενική συμπεριφορά και επικοινωνία με το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Από την ευκολία να βρείτε θέση για παρκάρισμα είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	συγγενών σας από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε					
36	Από την ευκολία για πρόσβαση στους χώρους (καθοδηγητικές πινακίδες, ανελκυστήρες) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Από το μηχανισμό εξυπηρέτησης και συνεργασίας όσον αφορά στη διεκπεραίωση αναγκών σας (προγραμματισμό εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, παραπομπή σε άλλα εργαστήρια) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39	Από τη διακριτικότητα του προσωπικού και το σεβασμό της προσωπικότητάς σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης (χρήση παραβάν) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Z. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοπο- ημένος
40	Από την υποδομή και τον εξοπλισμό του δωματίου είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Από την καθαριότητα του δωματίου νοσηλείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Από την ποιότητα του φαγητού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Από την προστασία της ιδιωτικής σας ζωής κατά τη διαμονή σας στην κλινική είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Από τη συνολική εμπειρία σας κατά τη νοσηλεία σας στην κλινική είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
45	Από την τήρηση ησυχίας στο δωμάτιο νοσηλείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
46	Από τις ώρες επισκεπτηρίου για τους φίλους και τους συγγενείς σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
47	Από την παρακολούθηση του ιατρικού προσωπικού τη νύχτα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

48	Από την παρακολούθηση του νοσηλευτικού προσωπικού τη νύχτα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Η. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ						
		Καθόλου	Ελάχιστα	Αρκετά	Πολύ	Πάρα πολύ
49	Πόσο εξοικειωμένο θεωρείτε τον εαυτό σας με τη χρήση κινητών συσκευών;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50	Πόσο εύκολη ήταν η ενασχόληση σας με τη χρήση της φορητής συσκευής;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51	Το μέγεθος της συσκευής ήταν βολικό για χρήση;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52	Οι χαρακτήρες στην οθόνη είναι ευδιάκριτοι;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Δ

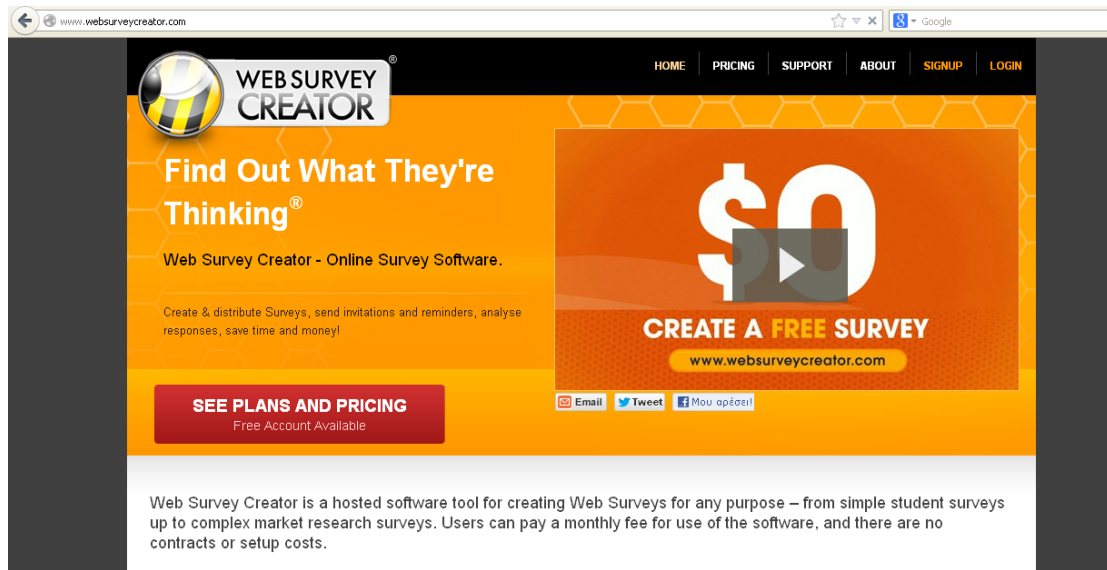
Grapevine Surveys (<http://www.grapevinesurveys.com>)

The screenshot shows the homepage of Grapevine Surveys. At the top, there is a navigation bar with links for 'Home', 'Product', 'Pricing', 'Tour', 'Free Trial', 'Services', 'Contact', and 'Blog'. A prominent yellow banner features a smiling couple and the text: 'Try Our Online Survey Software for Employee Surveys... and gather valuable employee feedback today!'. Below this, a green button offers a 'Free 30-Day Trial' with 'No Risk. No Credit Card Required.'. To the right, a yellow box highlights 'Pricing as low as a month \$80' and includes a link to 'View our Pricing Plans'. The main content area states: 'Performing Employee Surveys Just Got Easier! Grapevine is an online survey tool for web surveys & email surveys. Our online survey software makes it easy to gather valuable employee feedback through a wide variety of employee surveys.'

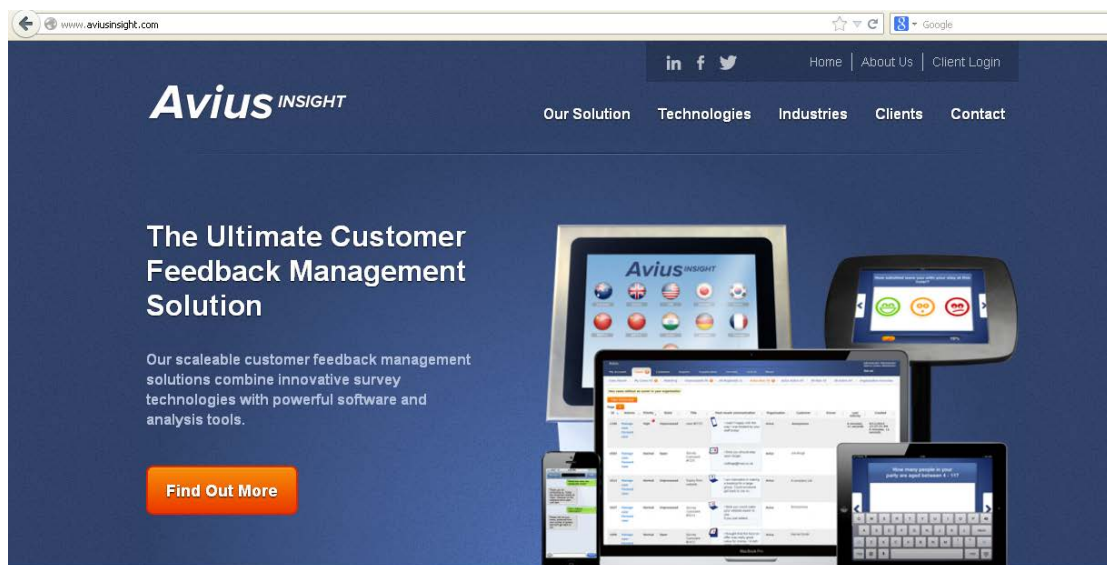
SoGoSurvey (<http://www.sogosurvey.com>)

The screenshot shows the homepage of SoGoSurvey. The navigation bar includes 'Blog', 'Resources', and 'Login', along with a 'Sign Up Free' button. The main content area features a large image of a stopwatch with the text 'Time for Change' written on its face. To the right of the stopwatch, the text reads: 'Online Survey Software that Lets you do everything that you wished your current survey tool would. Time for Change... Sign up FREE'. A blue sidebar on the right contains the heading 'Get Started Today' and lists options: 'SoGoSurvey is Absolutely FREE!', 'Sign Up Now', 'Watch a Demo', and 'Have a Question? Write us!'. At the bottom, a row of logos for partner companies is displayed: hp, MetLife, Pfizer, Dell, intel, and FedEx.

WebSurveyCreator (<http://www.websurveycreator.com>)



Avius Insight (<http://www.aviusinsight.com>)



Zwoor (<http://www.zwoor.com>)

Mobile Apps for Conferences and Corporate Events
MOBILE TECHNOLOGY FOR BRILLIANT EVENTS, ON IPHONE, IPAD AND ANDROID.

Products | Pricing | Tutorials | Download Apps | Blog | FAQ - Mobile Apps | Sign Up | Sign-in | Contact us

Event Mobile Apps
All event materials at your fingertips. [More Info...](#)

Survey Mobile Apps
Survey your audience, real time. [More Info...](#)

Free demo mobile app
A free demo mobile app for Your Event, no obligation. [Get it now!](#)

We will prepare a fully featured demo app for your event in one day. If you like it, is \$ 500. No gimmicks, no add-ons. [Request Now!](#)
You will receive an email with the app link. No obligation to purchase. No sales call.

All the Conference, Trade Show or Corporate info on a Mobile App
All agenda items. A personal calendar, created by tapping a topic on the mobile. Speaker bios,

Digivey (<http://www.digivey.com>)

digivey
Survey Software by CREOSO

Home | Contact | FAQs | Support | Downloads | Partners | Policies | Sitemap

Home | About|Technology | Survey Software | Survey Devices | Services | Rental Program | News | Downloads

Latest news

NEW: Take your marketing surveys mobile with RollaRoll™, a market research survey data collection app for the Android platform. RollaRoll™ is fully compatible with the Digivey Survey Software. [Learn more](#)

NEW: In addition to GIS, the Digivey Survey Software now supports GPS geolocation acquisition. [Learn more](#)

Check out the **Survey Designer Zone** with tips and suggestions for higher impact of your surveys and assessments, plus find an exceptional offer.

Latest hardware arrivals for touch screen surveys indoors and outdoors. [Learn more](#)

Product details

- Digivey Survey Suite | Modules
- Create surveys | Composer
- Collect data | Launcher
- Survey evaluation | Analyzer

Feature-rich, versatile, powerful: Digivey Survey Software

The Digivey Survey Suite by software designer CREOSO is a comprehensive, yet easy to use software program to create and manage compelling interactive surveys, quizzes and assessments. It represents one of the most powerful and dynamic digital survey tools around.

Compatible with Windows 7

As an innovative pioneer in the field of interactive surveys where data are collected with touch screen computers, the Digivey Survey Suite excels when used in on-site, on-premises marketing and opinion research. The optionally available mixed-mode survey data collection capability extends the reach from offline computer-assisted surveys to online surveys. [Learn more.](#)

Capture feedback where your customers are:

With Digivey, key moments of the customer experience can be captured on-premises

Connect with respondents on-site or online to conduct customer satisfaction surveys.

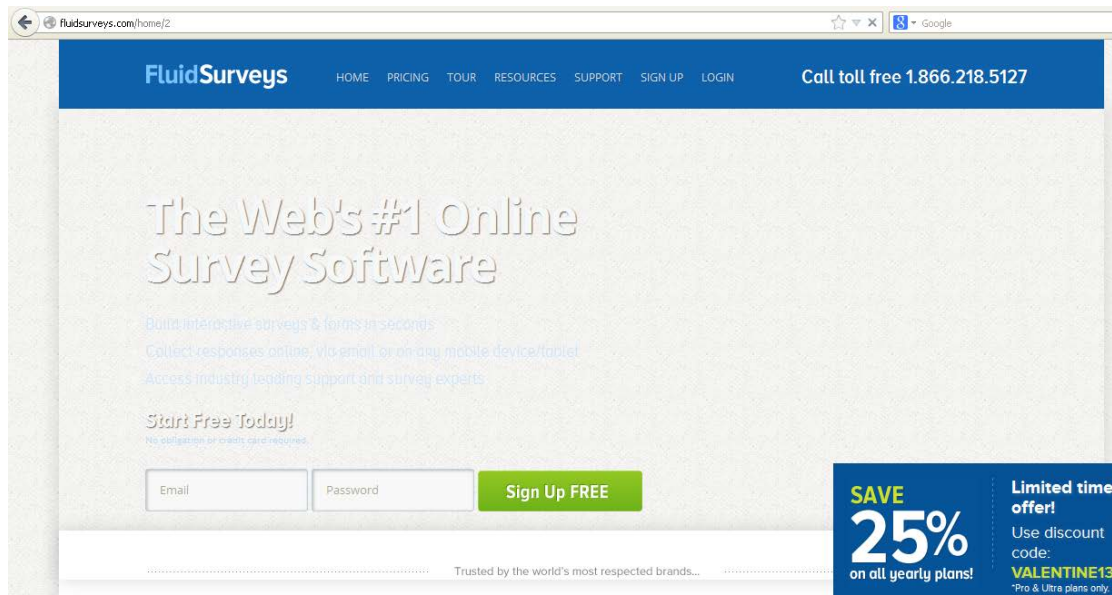
Resources | Articles

- Case Studies
- Touch Screen Surveys Brief
- Why marketing research?
- 7 green reasons to go paperless
- Questionnaire Design Tips
- Survey Software Selection Guide
- Survey Devices Selection Guide

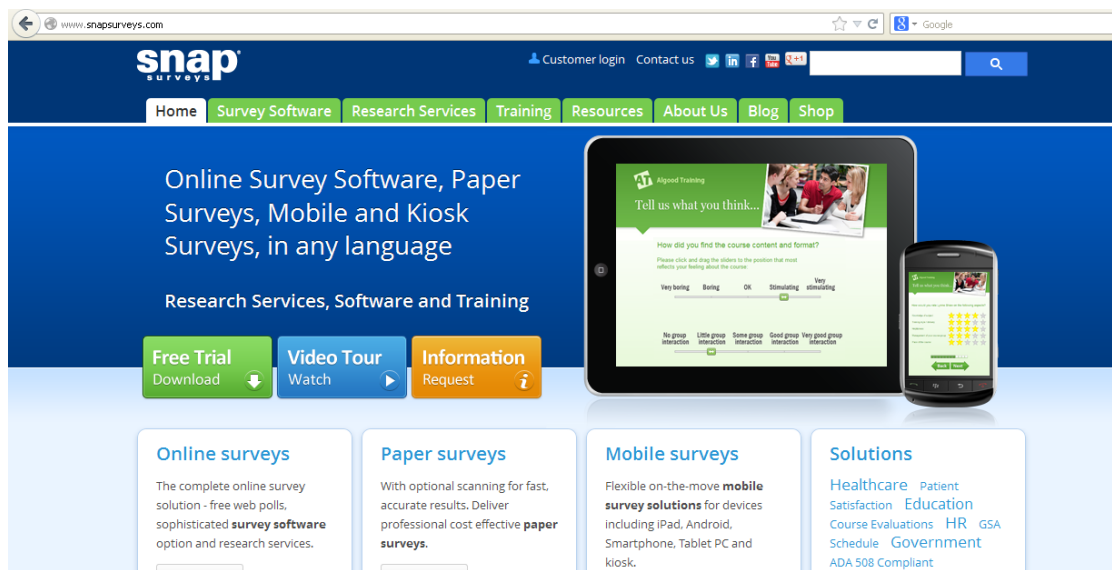
Some of our customers

Québec

Fluid surveys (http://fluidsurveys.com)



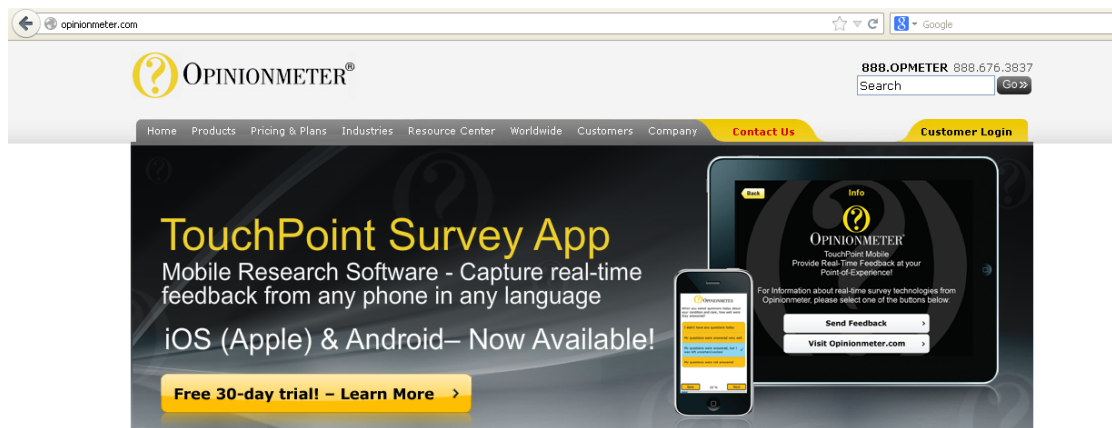
SnapSurveys (http://www.snapsurveys.com)



Survey on the Spot (<http://www.surveyonthespot.com>)

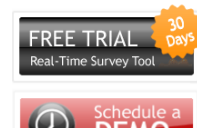


Opinionmeter (<http://www.opinionmeter.com>)



Customer Satisfaction Surveys

Finally, you can manage all your customer satisfaction surveys in one place. Opinionmeter's market research software provides multiple methods for distributing real-time surveys to your customer's point-of-experience. You can deliver onsite, online, or mobile. With the new mobile app, you can deliver customer satisfaction surveys



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ε



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ-ΠΡΟΝΟΙΑΣ
1^η Υ.Πε ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ
« Λ Α Ϊ Κ Ο »

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

ΑΘΗΝΑ 5-7-2012
ΑΡΙΘΜ. ΠΡΩΤ. Ε.Σ 457

Πρόεδρος

Κων/νος Ρεβέντας

Τακτικά Μέλη

Εραη Βοσκαριδου

Πάρις Παππάς

Μαρίνα Μαντζουράνη

Δημήτριος Παπαδόπουλος

Μαρία Μαλλιάρου

Αικατερίνη Κοντοσιάνου

Δήμητρα Καλογράνα

Γεώργιος Γκεντεράλης

Αναπληρωματικά Μέλη

Γεώργιος Μαρτύπουλος

Αναστάσιος Ανδρέοπουλος

Αγορίτσα Βαρακλιάτη

Μαρία Χατζοπούλου

Γιώργος Μαρίνος

Γραμματέας

Καλλιόπη Γεμελιάρη

ΠΡΟΣ: Την Διοίκηση του Νοσοκομείου

ΘΕΜΑ: Αίτημα της κ. Ηλιούδη Σταματίας για διανομή ερωτηματολογίου στην Α' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου για την διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας με θέμα: «Διαδικτυακό Πληροφορικό Σύστημα για τη Μέτρηση της ικανοποίησης νοσηλευόμενων από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας»

Επί του αιτήματος της κ. Ηλιούδη Σταματίας , για διανομή ερωτηματολογίου στην Α' Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου για την διεξαγωγή διπλωματικής εργασίας με θέμα : «Διαδικτυακό Πληροφορικό Σύστημα για τη Μέτρηση της ικανοποίησης νοσηλευόμενων από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας», με την σύμφωνη γνώμη του Διευθυντή της Α' Παθολογικής Κλινικής Καθηγητού κ. Α. Αίσωπου, εισηγούμαστε θετικά με την υποχρέωση μετά την ολοκλήρωσή της να κατατεθεί ένα αντίγραφο στο Επιστημονικό Συμβούλιο.

Η συλλογή των πληροφοριών θα γίνει με ερωτηματολόγιο που θα διασφαλίζει την ανωνυμία τόσο των φυσικών προσώπων όσο και των Νοσηλευτικών οργανισμών οι οποίοι θα λάβουν μέρος στην έρευνα.

Επιπλέον δεν θα υπάρξει ουδεμία οικονομική επιβάρυνση για το Νοσοκομείο

Για το Επιστημονικό Συμβούλιο

Ο ΠΡΟΕΔΡΟΣ

ΚΩΝΣΤΟΣ ΡΕΒΕΝΤΑΣ
Δ/ΝΤΗΣ ΑΚΤΙΝΟΛΟΓΙΚΟΥ
ΤΜΗΜΑΤΟΣ
ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟΥ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ

Κ. Ρεβέντας

Συντ. Δ/ντής Ακτινολογικού Τμήματος

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΣΤ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
6^η Υ.Π.Ε. ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ,
ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ, ΗΠΕΙΡΟΥ
και ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΤΡΙΠΟΛΗΣ «Η ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΤΡΙΑ»

Τρίπολη 11 / 07 / 2012

Αριθμ. Πρωτ.: 11146

ΤΜΗΜΑ: Γραμματείας
Ταχ. Δ/ση: Τέρμα Ερυθρού Σταυρού
Τρίπολη - 22100
Πληροφορίες: Κων/νος Μπλέσιος
Τηλέφωνο: 2713 601704
FAX: (2710) 238175

Π Ρ Ο Σ:

Την κ. ΗΛΙΟΥΔΗ ΣΤΑΜΑΤΙΑ
ΤΖΑΦΕΡΗ 2 - 6
11854 - ΑΘΗΝΑ

ΘΕΜΑ: «Χορήγηση Αδείας για Διεξαγωγή Έρευνας»

Σε απάντηση της υπ'αριθμ.6938/25-04-2012 αίτησής σας σχετικά με την χορήγηση αδείας για διεξαγωγή έρευνας με την διανομή ερωτηματολογίου στην Παθολογική Κλινική του Νοσοκομείου μας, στα πλαίσια εκπόνησης της Διδακτορικής σας Διατριβής με θέμα: «Διαδυκτιακό Πληροφοριακό Σύστημα με την Μέτρηση της Ικανότητας Νοσηλευομένων από τις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας», σας κοινοποιούμε το υπ'αριθμ. 469/2-07-2012 έγγραφο του Επιστημονικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου μας καθώς και απόσπασμα από την υπ'αριθμ. 17/10.07.2012 Συνεδρίαση του Δ.Σ. του Ιδρύματός μας, (Θέμα 3^ο Διοικητικό), σύμφωνα με τα οποία εγκρίνεται το αίτημά σας.

Κατόπιν αυτών παρακαλούμε για τις δικές σας ενέργειες κοινοποιώντας προς εσάς και το υπ'αριθμ. 2226/25-1-2011 έγγραφο της 6^η Υ.Π.Ε. Πελοποννήσου, Ιονίων Νήσων, Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Ο Δ/ντής Δ/κού

ΜΠΟΖΝΟΣ ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ



ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ζ

ΛΙΣΤΑ ΕΙΚΟΝΩΝ

Εικόνα 4.1.1: Ιστοσελίδα του IZIP	84
Εικόνα 4.1.2: Ιστοσελίδα του Υkonos	85
Εικόνα 4.1.3: Ιστοσελίδα του SESAM-Vitale	89
Εικόνα 4.1.4: Ιστοσελίδα του 3bit4health	90
Εικόνα 4.1.5: Ιστοσελίδα του e-syntagografisi.....	91
Εικόνα 4.1.6: Ιστοσελίδα του Sundhed	94
Εικόνα 4.1.7: Ιστοσελίδα του AOK.....	94
Εικόνα 4.1.8: Ιστοσελίδα του SVEIDRA	95
Εικόνα 4.1.9: Ιστοσελίδα του MOC	97
Εικόνα 4.1.10: Ιστοσελίδα του Chelsea and Westminster Hospital NHS Trust.....	98
Εικόνα 4.1.11: Ιστοσελίδα του TMC of Kaunas University.....	101
Εικόνα 4.1.12: Ιστοσελίδα του DITIS	102
Εικόνα 4.1.13: Ιστοσελίδα του ICS Appointments.....	103
Εικόνα 4.1.14: Ιστοσελίδα του Vekkoheitaja.....	103
Εικόνα 4.2.4: Ιστοσελίδα του Healthpal.....	107
Εικόνα 4.2.5: Ιστοσελίδα του SMS for LIFE	108
Εικόνα 4.2.6: Η οθόνη του iFall	109
Εικόνα 4.2.2: Ιστοσελίδα του iTriage	106
Εικόνα 4.2.3: Η οθόνη του iTriage σε iPhone	106
Εικόνα 4.2.1: Ιστοσελίδα του DirectLife.....	105
Εικόνα 4.3.1: Ιστοσελίδα του Patient Opinion στη Βρετανία	110
Εικόνα 4.3.2: Ιστοσελίδα του Colchester Hospital University	110
Εικόνα 4.3.3: Ιστοσελίδα του Patient Opinion στην Αυστραλία.....	111
Εικόνα 4.4.1: Η διεπαφή του ClearHealth	112
Εικόνα 4.4.2: Η διεπαφή του OpenEMR	113
Εικόνα 4.4.3: Η διεπαφή του PatientOS	113
Εικόνα 4.4.4: Η διεπαφή του iHRIS Suite	114
Εικόνα 4.4.5: Η διεπαφή του FreeMED	115
Εικόνα 4.4.6: Η διεπαφή του Care2X.....	115
Εικόνα 2.1: Κεντρική Οθόνη του Διαδικτυακού Συστήματος.....	134
Εικόνα 2.2: Οθόνη επιλογής του είδους της φορητής συσκευής.....	134
Εικόνα 2.3: Οθόνη επιλογής του ερωτηματολογίου βάσει της μονάδας υγείας.....	135
Εικόνα 2.4: Οθόνη με μια ενδεικτική ερώτηση του ερωτηματολογίου.....	136
Εικόνα 2.5: Οθόνη με μια ενδεικτική ερώτηση του ερωτηματολογίου για χρήση κινητών συσκευών	136

ΛΙΣΤΑ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 2.1: Φάσεις Ανάπτυξης Διαδικτυακού Συστήματος Μέτρησης.....	120
---	-----

Σχήμα 2.2: Δομή ενός έντυπου ερωτηματολογίου	122
Σχήμα 2.3: Δομή ενιαίου έντυπου ερωτηματολογίου.....	123
Σχήμα 2.4: Γενικό Διάγραμμα Περίπτωσης Χρήσης.....	128
Σχήμα 2.5: Διάγραμμα Περίπτωσης Χρήσης για τη Διαχείριση του Διαδικτυακού Συστήματος.....	129
Σχήμα 2.6: Διάγραμματα Σειράς για τη Διαχείριση του Διαδικτυακού Συστήματος.....	130
Σχήμα 2.7: Δομή ενιαίου ηλεκτρονικού ερωτηματολογίου.....	132

ΛΙΣΤΑ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 2.1: Κατηγοριοποίηση Παραγόντων Ικανοποίησης Ασθενών.....	28
Διάγραμμα 3.1: Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνοτήτων του δείγματος ανά νοσοκομείο.....	143
Διάγραμμα 3.2: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του φύλου στο δείγμα ανά νοσοκομείο.....	144
Διάγραμμα 3.3: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της εκπαίδευσης στο δείγμα ανά νοσοκομείο.....	145
Διάγραμμα 3.4: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του ασφαλιστικού ταμείου στο δείγμα ανά νοσοκομείο	145
Διάγραμμα 3.5: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του τύπου επίσκεψης στο δείγμα ανά νοσοκομείο	146
Διάγραμμα 3.6: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της οικογενειακής κατάστασης στο δείγμα ανά νοσοκομείο	146
Διάγραμμα 3.7: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του τύπου φορητής συσκευής στο δείγμα ανά νοσοκομείο	147
Διάγραμμα 3.8: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της ηλικιακής κατηγορίας στο δείγμα ανά νοσοκομείο	147
Διάγραμμα 3.9: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 10 στην κατηγορία «Υποδοχή».....	148
Διάγραμμα 3.10: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 11 στην κατηγορία «Υποδοχή».....	148
Διάγραμμα 3.11: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 12 στην κατηγορία «Υποδοχή».....	148
Διάγραμμα 3.12: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 13 στην κατηγορία «Αναμονή».....	149
Διάγραμμα 3.13: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 14 στην κατηγορία «Αναμονή».....	149
Διάγραμμα 3.16: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 15 στην κατηγορία «Αναμονή».....	150
Διάγραμμα 3.17: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 16 στην κατηγορία «Αναμονή».....	150
Διάγραμμα 3.18: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 17 στην κατηγορία «Αναμονή».....	150
Διάγραμμα 3.19: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 18 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα».....	151
Διάγραμμα 3.20: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 19 στην κατηγορία «Νοσηλευτική Φροντίδα».....	151

Διάγραμμα 3.46: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 45 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»	162
Διάγραμμα 3.47: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 46 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»	162
Διάγραμμα 3.48: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 47 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»	162
Διάγραμμα 3.49: Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων ερώτησης 48 στην κατηγορία «Ειδικά Στοιχεία»	162

ΛΙΣΤΑ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 2.1: Τεχνικά Χαρακτηριστικά Φορητών Συσκευών	137
Πίνακας 3.1: Αποτελέσματα Αξιοπιστίας από την Πιλοτική Εφαρμογή στο Γ. Ν. Τρίπολης	143
Πίνακας 3.2: Αποτελέσματα Αξιοπιστίας από την Πιλοτική Εφαρμογή στα Κ. Υ. Γυθείου, Βλαχιώτη και Αρεόπολης	144
Πίνακας 3.3: Αριθμητική κατανομή του δείγματος ανά νοσοκομείο	145
Πίνακας 3.4: Συχνότητες της μεταβλητής φύλο ανά νοσοκομείο	145
Πίνακας 3.5: Συχνότητες της μεταβλητής εκπαίδευση ανά νοσοκομείο	146
Πίνακας 3.6: Συχνότητες της μεταβλητής ασφαλιστικό ταμείο ανά νοσοκομείο	146
Πίνακας 3.7: Συχνότητες της μεταβλητής τύπος επίσκεψης ανά νοσοκομείο	147
Πίνακας 3.8: Συχνότητες της μεταβλητής οικογενειακή κατάσταση ανά νοσοκομείο	147
Πίνακας 3.9: Συχνότητες της μεταβλητής υπηκοότητα ανά νοσοκομείο	163
Πίνακας 3.10: Συχνότητες της μεταβλητής τύπο φορητής συσκευής ανά νοσοκομείο	164
Πίνακας 3.11: Συχνότητες της μεταβλητής ηλικιακή κατηγορία ανά νοσοκομείο	164
Πίνακας 3.12: Περιγραφικά μέτρα των αθροισμάτων των τιμών κάθε κατηγορίας ικανοποίησης ανά νοσοκομείο	163
Πίνακας 3.13: Συσχέτιση Φύλο με Υποδοχή	164
Πίνακας 3.14: Συσχέτιση Φύλο με Αναμονή	164
Πίνακας 3.15: Συσχέτιση Φύλο με Νοσηλευτική Φροντίδα	164
Πίνακας 3.16: Συσχέτιση Φύλο με Ιατρική Φροντίδα	164
Πίνακας 3.17: Συσχέτιση Φύλο με Γενική Εξυπηρέτηση	165
Πίνακας 3.18: Συσχέτιση Φύλο με Ειδικά Στοιχεία	165
Πίνακας 3.19: Συσχέτιση Ηλικία με Υποδοχή	166
Πίνακας 3.20: Συσχέτιση Ηλικία με Αναμονή	166
Πίνακας 3.21: Συσχέτιση Ηλικία με Νοσηλευτική Φροντίδα	167
Πίνακας 3.22: Συσχέτιση Ηλικία με Ιατρική Φροντίδα	167
Πίνακας 3.23: Συσχέτιση Ηλικία με Γενική Εξυπηρέτηση	167
Πίνακας 3.24: Συσχέτιση Ηλικία με Ειδικά Στοιχεία	168
Πίνακας 3.25: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Υποδοχή	170
Πίνακας 3.26: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Αναμονή	171
Πίνακας 3.27: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Νοσηλευτική Φροντίδα	171
Πίνακας 3.28: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ιατρική Φροντίδα	172
Πίνακας 3.29: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Γενική Εξυπηρέτηση	172
Πίνακας 3.30: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ειδικά Στοιχεία	173
Πίνακας 3.31: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Υποδοχή	173

Πίνακας 3.32: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Αναμονή.....	174
Πίνακας 3.33: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Νοσηλευτική Φροντίδα	174
Πίνακας 3.34: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Ιατρική Φροντίδα.....	175
Πίνακας 3.35: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Γενική Εξυπηρέτηση	175
Πίνακας 3.36: Συσχέτιση Ασφαλιστικό Ταμείο με Ειδικά Στοιχεία	175
Πίνακας 3.37: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Υποδοχή.....	174
Πίνακας 3.38: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Αναμονή.....	175
Πίνακας 3.39: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Νοσηλευτική Φροντίδα.....	175
Πίνακας 3.40: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Ιατρική Φροντίδα.....	175
Πίνακας 3.41: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Γενική Εξυπηρέτηση.....	176
Πίνακας 3.42: Συσχέτιση Τύπος Επίσκεψης με Ειδικά Στοιχεία	176
Πίνακας 3.43: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Υποδοχή.....	177
Πίνακας 3.44: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Αναμονή	177
Πίνακας 3.45: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Νοσηλευτική Φροντίδα	177
Πίνακας 3.46: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Ιατρική Φροντίδα.....	178
Πίνακας 3.47: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Γενική Εξυπηρέτηση	178
Πίνακας 3.48: Συσχέτιση Οικογενειακή Κατάσταση με Ειδικά Στοιχεία.....	179
Πίνακας 3.49: Αποτελέσματα (p-value)	180
Πίνακας 3.50: Συσχέτιση Φύλο με Εξοικείωση Χρήσης Φορητών Συσκευών.....	180
Πίνακας 3.51: Συσχέτιση Ηλικία με Εξοικείωση Χρήσης Φορητών Συσκευών.....	181
Πίνακας 3.52: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Εξοικείωση Χρήσης Φορητών Συσκευών	181
Πίνακας 3.53: Συσχέτιση Φύλο με Ευκολία Ενασχόλησης (Κινητό Τηλέφωνο).....	182
Πίνακας 3.54: Συσχέτιση Φύλο με Ευκολία Ενασχόλησης (Tablet PC).....	182
Πίνακας 3.55: Συσχέτιση Ηλικία με Ευκολία Ενασχόλησης (Κινητό Τηλέφωνο) ...	182
Πίνακας 3.56: Συσχέτιση Ηλικία με Ευκολία Ενασχόλησης (Tablet PC).....	183
Πίνακας 3.57: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευκολία Ενασχόλησης (Κινητό Τηλέφωνο)	183
Πίνακας 3.58: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευκολία Ενασχόλησης (Tablet PC)	195
Πίνακας 3.59: Συσχέτιση Φύλο με Μέγεθος Συσκευής (Κινητό Τηλέφωνο)	195
Πίνακας 3.60: Συσχέτιση Φύλο με Μέγεθος Συσκευής (Tablet PC).....	195
Πίνακας 3.61: Συσχέτιση Ηλικία με Μέγεθος Συσκευής (Κινητό Τηλέφωνο).....	196
Πίνακας 3.62: Συσχέτιση Ηλικία με Μέγεθος Συσκευής (Tablet PC)	197
Πίνακας 3.63: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Μέγεθος Συσκευής (Κινητό Τηλέφωνο). 198	
Πίνακας 3.64: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Μέγεθος Συσκευής (Tablet PC).....	198
Πίνακας 3.65: Συσχέτιση Φύλο με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Κινητό Τηλέφωνο) ..	198
Πίνακας 3.66: Συσχέτιση Φύλο με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Tablet PC)	199
Πίνακας 3.67: Συσχέτιση Ηλικία με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Κινητό Τηλέφωνο) 199	
Πίνακας 3.68: Συσχέτιση Ηλικία με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Tablet PC).....	200
Πίνακας 3.69: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Κινητό Τηλέφωνο)	200
Πίνακας 3.70: Συσχέτιση Εκπαίδευση με Ευδιάκριτοι Χαρακτήρες (Tablet PC).....	200
Πίνακας 3.71: Αποτελέσματα (p-value)	200