



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΙΟΥ»

ΚΑΛΟΥΓΗ ΕΙΡΗΝΗ
Νοσηλεύτρια Π.Ε

Οκτώβριος 2015
ΣΠΑΡΤΗ

ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΑΝΘΡΩΠΙΝΗΣ ΚΙΝΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ
Τμήμα Νοσηλευτικής

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ
«ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΧΙΟΥ»

ΚΑΛΟΥΠΗ ΕΙΡΗΝΗ
Νοσηλεύτρια Π.Ε

Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής

Επιβλέπων: Πανουτσόπουλος Γεώργιος, Επίκουρος Καθηγητής
Μέλος: Τσιρώνη Μαρία, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια
Μέλος: Πρεζεράκος Παναγιώτης, Επίκουρος Καθηγητής

Οκτώβριος 2015
ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΚΑΛΟΥΠΗ ΕΙΡΗΝΗ 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

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

Υπογραφή

Η τριμελής Εξεταστική Επιτροπή

Πανουτσόπουλος Γεώργιος (Επιβλέπων)

Τσιρώνη Μαρία

Πρεζεράκος Παναγιώτης

*Οφείλω ένα μεγάλο ευχαριστώ
σε όλους όσους με στήριξαν
κατά τη διάρκεια των σπουδών μου
και στην συγγραφή του παρόντος πονήματος.*

*Ιδιαίτερα ευχαριστώ την οικογένειά μου
της οποίας η συμπαράσταση ήταν αμέριστη
και τον καθηγητή μου
που στάθηκε αμέριστα
σε κάθε στάδιο της παρούσας μελέτης.*

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	Σελ.12
---------------	--------

Α' ΜΕΡΟΣ :ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ.....ΣΕΛ.14

A.1.	Ορισμός ικανοποίησης ασθενών.....	Σελ.14
A.2.	Αναγκαιότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών.....	Σελ.19
A.3.	Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	Σελ.21
A.4.	Η έννοια της ποιότητας.....	Σελ.23
A.5.	Η ποιότητα στην υγεία.....	Σελ.24
A.6.	Μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στη νοσηλευτική.....	Σελ.27
A.7.	Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών.....	Σελ.28

Β' ΜΕΡΟΣ : ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ.....ΣΕΛ.33

B.1.	Εισαγωγή στην ερευνά.....	Σελ.33
B.2.	Σκοπός της έρευνας.....	Σελ.34
B.3.	Χώρος διεξαγωγής της έρευνας.....	Σελ.34
B.4.	Δείγμα και διάρκεια έρευνας.....	Σελ.34
B.5.	Υλικό και μέθοδος.....	Σελ.35
B.6.	Δεοντολογία της έρευνας.....	Σελ.36
B.7.	Εγκυρότητα και αξιοπιστία του οργάνου μέτρησης.....	Σελ.36
B.8.	Ανάλυση των δεδομένων.....	Σελ.37
B.9.	Αποτελέσματα.....	Σελ.37
B.10.	Στατιστική ανάλυση.....	Σελ.48
B.11.	Συμπέρασμα.....	Σελ.68
B.12.	Βιβλιογραφία.....	Σελ.69

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας στρέφεται ολοένα και περισσότερο στην ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Σκοπός της παρούσης εργασίας ήταν να καταγραφεί και να μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν. Χίου.

Υλικό και μέθοδος: Αρχικά έγινε μια πιλοτική μελέτη σε 20 ασθενείς για να υπολογιστεί ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα του Cronbach. Από την ανάλυση αξιοπιστίας για την προσέγγιση συνοχής των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου στον πληθυσμό της Χίου προέκυψε $\alpha=0,969$, τιμή πολύ ικανοποιητική που εξασφαλίζει την συνοχή των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Έπειτα συγκεντρώθηκαν απαντήσεις μέσω του ερωτηματολογίου που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών από την υποδοχή, την αναμονή, την νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και την γενική εξυπηρέτηση κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους. Έγινε διανομή του σε τρεις κλινικές του Γ.Ν Χίου, συγκεκριμένα στην καρδιολογική, την παθολογική και την χειρουργική. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς και σε περίπτωση που δεν ήταν σε θέση να το συμπληρώσουν οι ίδιοι το έκαναν οι συνοδοί τους ή οι νοσηλευτές, βάσει όμως την άποψη των ασθενών.

Αποτελέσματα: Εξαιτίας του γεγονότος ότι το ερωτηματολόγιο έχει δημιουργηθεί και χρησιμοποιηθεί στην διατριβή της κ.Ηλιούδη με τίτλο «ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ», διαπιστώνουμε ότι είναι έγκυρο και αξιόπιστο (Cronbach $\alpha=0,95$). Το δείγμα της έρευνας ήταν 150 άτομα, 50 ασθενείς από κάθε κλινική. Συγκεκριμένα ο αριθμός των ανδρών ήταν ίδιος με τον αριθμό των γυναικών, δηλαδή 75 άνδρες και 75 γυναίκες. Το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευόμενων ήταν έγγαμοι, με ελληνική υπηκοότητα, άνω των 65 ετών και ήταν απόφοιτοι δημοτικού. Η πλειοψηφία των ασθενών είχαν ασφαλιστικό ταμείο το NAT και ο λόγος που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο ήταν έκτακτος. Από τα συνολικά ευρήματα

παρατηρείται ότι η πλειοψηφία ήταν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας με περισσότερο ικανοποιημένους αυτούς που νοσηλεύονταν στην καρδιολογική κλινική.

Συμπεράσματα: Παρότι, η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών είναι σχετικά υποκειμενική έννοια, εντούτοις, θα πρέπει να αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας τους. Ο κύριος στόχος είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ο προσανατολισμός στη βελτίωση της ποιότητας ζωής. Στην παρούσα έρευνα αποδεικνύεται η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το Γ.Ν Χίου. Επίσης, συμβάλλει στην λήψη αποφάσεων για την βελτίωση όλων των παραγόντων που επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, καθώς επίσης και στο να προτρέψει τόσο το ιατρικό όσο και το νοσηλευτικό προσωπικό στο να βελτιωθεί και να διορθώσει τυχόν λάθη που έκαναν ως σήμερα. Τέλος για το Γ.Ν Χίου συγκεκριμένα θα πρέπει να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες έτσι ώστε όλοι οι ασθενείς όλων των κλινικών να είναι εξίσου ικανοποιημένοι.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, μέτρηση ποιότητας, ποιότητα φροντίδας, αντιλήψεις ασθενών και επαγγελματιών υγείας.

ABSTRACT

ABSTRACT

Introduction: During recent years, the interest of health professionals has turned more and more towards to satisfaction of patients by the provided care of health.

Purpose: The aim of the present study was to measure the satisfaction of the patients at the General Hospital of Chios.

The **method** of this study included a questionnaire which gathered information for the satisfaction of patients from the provided services of General Hospital of Chios. Initially for this research study was conducted Pilot Test in a population of 20 patients, in order to determine the functionality and validity of the questionnaire. The results concerning the population of Chios, showed that the questionnaire is characterized by a high level of reliability (Cronbach $\alpha=0,969$) and validity. It was distributed to three clinics of General Hospital of Chios, specifically at cardiological, pathological and surgery clinic. The questionnaire was completed by the patients themselves and in case they were not in position to fill it, their relatives or their nurses carried it out on behalf of them.

Results: Due to the fact that the questionnaire has been created and used in Mrs. Ilioudis thesis, “Network informational system for the measurement of the satisfaction of patients by the provided care of health” it is ascertained that it is valid and reliable (Cronbach $\alpha=0.95$). The specimen was 150 patients, 50 from each clinic. Particularly, the number of the men was the same with this of the women, that means 75 men and 75 women. The majority of the patients was married, with Greek nationality, over 65 years old and had graduated from primary school. Most of them were insured to NAT and the reason of their visit was emergency. By the overall findings it is observed that the majority was satisfied by the provided care services of health system with more satisfied those in cardiological clinic.

Conclusions: Though the satisfaction of patients' needs is a subjective issue, however, it should consist an integral part of the treatment. The main aim is the upgrade of the provided health services and also the improvement of the quality of life. In this study it is proved the high quality of the provided care of health at the General Hospital of Chios. Furthermore, it contributes in taking decisions for the improvement of all factors that affect the patients' satisfaction's grade and is introducing the medical and nursing personnel as well in order to be improved and correct any mistake they were doing until now. Finally, concerning the General Hospital of Chios, all the required actions should be done so all patients of all clinics will be equally satisfied.

Key words: Patients' satisfaction, needs of patients, quality of care, perceptions of patients and health professionals.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

ΕΙΣΥΛΛΟΗ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Παρότι, το κόστος νοσηλείας, η ασφάλεια των ασθενών και γενικότερα η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών, εντούτοις έως 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.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στα κείμενα του Ιπποκράτη, όπου αναφέρουν, ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Ωστόσο, μόλις προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας άρχισε να στρέφεται προς την εφαρμογή μέτρων στην καθημερινή κλινική πρακτική για την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών, όπως επίσης και τη δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση ποιότητας.

Έκτοτε, πλήθος ορισμών έχουν δημιουργηθεί για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγείας, οι οποίοι όμως δεν επιτυγχάνουν τον σκοπό τους διότι αποτελεί πολύπλοκη έννοια που δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και να ορισθεί.

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Α' ΜΕΡΟΣ

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΥΠΟΒΑΘΡΟ

Α.1. ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (Bond & Thomas 1992) και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συχνά, οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της αντίληψής τους για την ποιότητα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, ενώ σύμφωνα με την Oberst (1984), υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών. Κατά τους Wriglesworth και Williams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο, όπως π.χ. ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ευτυχία και για το λόγο αυτό οποιαδήποτε αξιολόγηση είναι πολύ υποκειμενική.

Σύμφωνα με τους Abdellah & Levine (1957a), η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στη φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντίθεση με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό.

Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μία γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή χαρακτηρίζεται εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Guzman και τους συνεργάτες του (1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια γενική αντίληψη του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από την φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι της Risser (1975), σύμφωνα με τον οποίο η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για την φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Από τους παραπάνω ορισμούς δεν διαφαίνεται για το αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση, αντίληψη, ή απλά μια άποψη για την φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Robbins (1993), στάση είναι η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και περιλαμβάνει τρία στοιχεία, το γνωσιακό, το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά, σε αντίθεση με την αντίληψη, που αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον και η οποία είναι δυνατόν να επηρεαστεί από τις στάσεις του κάθε ατόμου. Κατά την Linder-Pelz (1982a), η ικανοποίηση των ασθενών είναι στάση, η οποία αναφέρεται στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών την οποία κάνουν.

Τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας δημιουργεί στάσεις απέναντι στη ζωή γενικότερα (ικανοποίηση με την ζωή), παρ' όλο που δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία τα οποία να επιβεβαιώνουν ένα τέτοιο συμπέρασμα (ΟΤΑ 1988).

Ο λειτουργικός ορισμός μιας έννοιας περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο αυτή μετρείται στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης έρευνας ή δραστηριότητας (Wilson 1989). Το κύριο ερώτημα είναι αν, κατά πόσο και ποιες περιοχές της φροντίδας υγείας μπορούν να περιγράψουν ή να ξεχωρίσουν οι ασθενείς.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα μαρτυρούν την έλλειψη ποιοτικών ερευνών για την μελέτη του ερωτήματος αυτού. Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει ποσοτικές μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Τα αποτελέσματα των ποσοτικών ερευνών που έχουν γίνει ποικίλλουν. Γενικά, υπάρχουν ενδείξεις, ότι οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας, αλλά οι ενδείξεις αυτές ίσως να οφείλονται στη μεθοδολογία που ακολουθείται (Rubin 1990). Οι περισσότερες μελέτες στηρίζονται στα αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης ή στη συσχέτιση των διαφόρων περιοχών της φροντίδας μεταξύ τους, για την διερεύνηση της ικανότητας των ασθενών να διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Αρκετοί ερευνητές έχουν υπογραμμίσει την ανάγκη να αξιολογηθεί η σχετική σπουδαιότητα των διαφόρων διαστάσεων και ερωτήσεων, προκειμένου να υπάρξουν συντελεστές βαρύτητας και να διευκολυνθεί ο υπολογισμός μιας συνολικής βαθμολόγησης (Hall & Dorman 1988).

Σύμφωνα με τους Ware και Snyder (1975), ανέφεραν δέκα περιοχές ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας, ύστερα, όμως από την παραγοντική ανάλυση, κατέληξαν σε οκτώ περιοχές: τεχνική, τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις), φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, πρόσβαση, συνέχεια, αποτελεσματικότητα και οικονομικά. Στην αξιολόγηση της εγκυρότητας του περιεχομένου δε συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητας αυτών των περιοχών, οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (Oberst 1984).

Σύμφωνα με τους Greeneich, Long και Miller (1992), οι τέσσερις διαστάσεις τέχνη, τεχνική, φυσικό περιβάλλον και αποτελεσματικότητα που έχουν προταθεί από τους Ware και Snyder (1975), έχουν εφαρμογή στη νοσηλευτική. Οι ίδιοι ερευνητές πρότειναν πέντε νοσηλευτικές διαστάσεις για την ικανοποίηση του ασθενούς: α) χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (όπως ευγένεια, ενδιαφέρον, σεβασμός), β) χαρακτηριστικά νοσηλευτικής φροντίδας (όπως διδασκαλία, εμπιστοσύνη, συνέχεια, φροντίδα, υπεράσπιση δικαιωμάτων του ασθενούς και τεχνικές επικοινωνίας), γ) νοσηλευτική ικανότητα (όπως τεχνική, γνώσεις και οργανωτική ικανότητα), δ) περιβάλλον (όπως θόρυβος, ευκολίες, φαγητό, καθαριότητα), και ε) προσδοκίες των ασθενών.

Ο Parasuraman και οι συνεργάτες του (1988), βασιζόμενοι στην προσέλκυση των πελατών (marketing), πρότειναν πέντε διαστάσεις για την ικανοποίηση των χρηστών –πελατών με οργανισμούς παροχής υπηρεσιών: φυσικό περιβάλλον, αξιοπιστία, ανταπόκριση, σιγουριά και ενδιαφέρον. Οι προτεινόμενες διαστάσεις δεν αφορούν την τεχνική πλευρά, έχουν δοκιμαστεί σε διάφορους οργανισμούς, όπως τράπεζες, τηλεφωνικές υπηρεσίες κτλ και τελευταία έχουν εφαρμοστεί στην ικανοποίηση των ασθενών από την νοσοκομειακή και τη νοσηλευτική φροντίδα (Scardina 1994). Η παραγοντική ανάλυση δεν επιβεβαίωσε αυτές τις διαστάσεις, αλλά έδειξε την ύπαρξη ενός παράγοντα ο οποίος δεν ήταν δυνατόν να χαρακτηριστεί. Αυτό το αποτέλεσμα ίσως να οφείλεται στην αμφισβητούμενη εγκυρότητα της μεθόδου βαθμολόγησης, σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση των ασθενών υπολογίστηκε με βάση τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων. Σημαντικό ήταν το γεγονός, ότι αν και το δείγμα ήταν μεγάλο (N= 2.036), η συμμετοχή ήταν πολύ μικρή (22%). 3 4

Στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα έχουν επικρατήσει τρεις διαφορετικοί ορισμοί.

Ο Abramowitz και οι συνεργάτες του (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης: ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, το βοηθητικό προσωπικό, τους βοηθούς νοσηλευτές, την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και θεραπείες, το θόρυβο, την καθαριότητα, το φαγητό, τις υπηρεσίες συνοδών (escort services) και τέλος τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Meterko και τους συνεργάτες του (1990), υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: υποδοχή των ασθενών, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, υπόλοιπο προσωπικό, περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Τέλος, οι Carey & Seibert (1993) ανέφεραν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: ευγένεια, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φαγητό, άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης, θρησκευτικές ανάγκες και αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

Οι ανωτέρω λειτουργικοί ορισμοί είναι αποτέλεσμα εμπειρικών δεδομένων και βασίζονται στα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Κανένας λειτουργικός ορισμός δε στηρίζεται σε κάποιο θεωρητικό πλαίσιο και το κυριότερο, δεν αναφέρεται ο αντίστοιχος εννοιολογικός ορισμός της ικανοποίησης ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι λειτουργικοί ορισμοί βασίζονται σε γενικές και αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές φροντίδας που δεν έχουν μεγάλη χρησιμότητα, ίσως, την προσέλκυση πελατών (marketing).

Στην ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, εκτός των περιοχών οι Ware & Snyder (1975), αναφέρονται και οι τρεις περιοχές που έχουν προτείνει η Hulka και οι συνεργάτες της (1975): τεχνική, διαπροσωπικές σχέσεις και κόστος-ευκολία.

Ο παλαιότερος λειτουργικός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι των Abdellah και Levine (1957 a, b, c, d, e, 1964), ο οποίος αναφέρεται σε επτά διαστάσεις: ανάπαυση, διαιτητικές συνήθειες, τουαλέτα, προσωπική υγιεινή και υποστηρικτική φροντίδα, αντίδραση στη θεραπεία και επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στον υποστηρικτικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού και αντανάκλα τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας τη συγκεκριμένη εποχή, δείχνοντας, ότι δεν είναι δυνατό να γίνει αναφορά στις διαστάσεις φροντίδας χωρίς να ληφθεί υπόψη ο τρόπος που η νοσηλευτική ορίζεται και οργανώνεται στο συγκεκριμένο τοπο-χρόνο.

Επιπλέον, ένας λειτουργικός ορισμός, που κατασκευάστηκε από την Risser για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς το 1975, βρήκε αρκετή απήχηση στο χώρο της νοσηλευτικής τα επόμενα χρόνια. Έτσι, αναγνωρίζονται τρεις περιοχές ικανοποίησης: τεχνική-επαγγελματική, διαπροσωπική-εκπαιδευτική και διαπροσωπική-εμπιστοσύνης.

Η La-Monica και οι συνεργάτες της (1986), βασιζόμενοι στο εργαλείο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών της Risser, κατέληξαν σε τρεις διαστάσεις: δυσαρέσκεια, υποστήριξη σε διαπροσωπικό επίπεδο και καλή εντύπωση.

Μια μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στη Φιλανδία, ανέδειξε ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, σύμφωνα με το οποίο αναγνωρίζονται οι ακόλουθες περιοχές: χαρακτηριστικά του προσωπικού, τεχνικές δραστηριότητες, διαπροσωπικές σχέσεις, προαπαιτούμενες συνθήκες, περιβάλλον, διαδικασίες εισόδου και εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο και στρατηγικές ενίσχυσης (empowerment strategies) (Leino-Kilpi 1996). Σημαντικό στοιχείο του θεωρητικού πλαισίου είναι, ότι η μέτρηση βασίζεται στη σύγκριση μεταξύ προσδοκιών των ασθενών κατά την είσοδό τους και της αξιολόγησης των υπηρεσιών που έκαναν κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Η τεχνική πλευρά και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναφέρονται στους περισσότερους λειτουργικούς ορισμούς. Στον όρο τεχνική αντιστοιχούν οι τεχνικές ικανότητες, οι γνώσεις, η δεξιοτεχνία, η φυσική φροντίδα και η εμπειρία στην εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, ενώ στον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αντιστοιχεί η θεραπευτική σχέση η οποία συμπεριλαμβάνει την ευγένεια, τη λεκτική και μη επικοινωνία, και τη δυνατότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας (Miller-Bader 1988). Σε μια έρευνα, ζητήθηκε από τους ασθενείς να περιγράψουν τι θεωρούν ως σπουδαιότερο δείκτη της καλής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν με βάση τα επίθετα και τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν σε δυο μεγάλες κατηγορίες, των διαπροσωπικών σχέσεων και της ιατρικής-φυσικής φροντίδας, αν και κάποιες λέξεις άνηκαν και στις δύο κατηγορίες (Ciske 1974). Πρώτος, ο Donabedian (Rubin, 1990) όρισε ότι από τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις και περιγραφές των ασθενών, οι ασθενείς ξεχωρίζουν την τεχνική και τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας για διαφορετικές υπηρεσίες και κατηγορίες προσωπικού. Είναι αμφίβολο

εάν οι ασθενείς είναι ικανοί να διακρίνουν τις δυο αυτές πλευρές της φροντίδας, παρόλο που έχει δοθεί έμφαση στις δύο αυτές διαστάσεις, σύμφωνα με τον Doering (1983).

A.2. ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ξεκινώντας με την φράση ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης, διαφαίνεται ότι η αξιολόγηση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών μπορεί να συνεισφέρει στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών αυτών (Strasen 1988), (Linder-Pelz 1982a).

Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύπλοκη. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα, αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση των ασθενών βοηθάει στην ταχύτερη ανάρρωση και στον μειωμένο χρόνο νοσηλείας και στην πρόληψη λοιμώξεων, που θεωρούνται οι πρωταρχικοί σκοποί και αποτελέσματα, αλλά βοηθάει στην θεραπεία τους και στην αυτοφροντίδα τους (Pascoe 1983, Strasen 1988). Δεν είναι λίγοι εκείνοι που αναζητούν την άποψη των ασθενών για την φροντίδα τους τους παρέχεται, αφού συμβάλλει στην θεραπευτική τους παρέμβαση, καθώς αυξάνεται η ικανοποίησή τους και η ενεργή συμμετοχή τους, αποτρέποντας τον παθητικό ρόλο (Bond & Thomas 1992, Simpson 1985). Σύμφωνα με την Ραγιά (1987), << η ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, αλλά και η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας>>.

Η ικανοποίηση είναι μία έννοια υποκειμενική. Κατά την Linder-Pelz (1982a), η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Έτσι, η μέτρησή της να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας (Fitzpatrick 1991). Άλλωστε, οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι καλά σχηματισμένες πριν την είσοδο στο νοσοκομείο. Συνεπώς, εάν το προσωπικό λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή επηρεάσει τις προσδοκίες αυτές, θα συμβάλλει ουσιαστικά στη διόρθωση όλων των προβλημάτων και θα εγγυηθούν ότι το περιβάλλον των ασθενών θα παραμείνει θεραπευτικό όλο το 24ωρο (Taylor 1970). Το προσωπικό αποτελεί αναμφισβήτητα μια κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι επίσης πολύ σημαντική για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα στο χώρο της υγείας (Abramowitz et al 1987). Ο Leebov

(1988), ειδικός στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, υποστηρίζει, ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονα τους είναι ουσιαστικά μια δεύτερη ευκαιρία για να γίνουν τα πράγματα σωστά.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και για την επιτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας (Megivern et al 1992). Αυτές οι πληροφορίες θα βελτιώσουν τη φροντίδα υγείας των ασθενών και θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους, η οποία θα οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία (Abdellah & Levine 1957a, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983). Επιπλέον, η διοίκηση είναι δυνατόν να διερευνήσει τις απόψεις των ασθενών στην επιβράβευση (Megivern et al 1992) και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Dull et al 1994).

Δεν εκλείπει η μέτρηση της ικανοποίησης από τον ιδιωτικό τομέα, με σκοπό την προσέλκυση των πελατών. Σύμφωνα με μία μεγάλη μελέτη στις Η.Π.Α., εάν ικανοποιηθεί ένας πελάτης το λέει σε άλλους τέσσερις και σε ακραίες περιπτώσεις σε άλλους έντεκα υποψηφίους πελάτες. Γι αυτό, όταν δεν ικανοποιηθεί ένας πελάτης πρέπει να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις για να υπάρξει εξισορρόπηση (Leebon 1988). Άλλη έρευνα, η οποία έγινε επίσης στις Η.Π.Α, έδειξε ότι ένα επισήμως αναφερόμενο παράπονο από ένα ασθενή αντιστοιχεί σε 6-10 σοβαρά και σε 20-50 λιγότερο σοβαρά παράπονα ασθενών για περιοχές της φροντίδας από τις οποίες δεν ικανοποιήθηκαν, τα οποία όμως δεν δηλώνονται. Παραγοντοποίηση των παραπάνω δεδομένων έδειξε, ότι το κόστος που προέκυψε από κάθε δυσαρεστημένο ασθενή ήταν 330 δολάρια (Petersen 1988).

Κάποιοι ερευνητές μελετάνε τόσο την ικανοποίηση των ασθενών σε συνάρτηση με το κόστος, όσο και την επίδραση που έχει στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει πάλι τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Vuori (1987), υπάρχουν και ηθικοί λόγοι για τους οποίους οι μετρήσεις πρέπει να γίνουν καθημερινή πράξη. Το Ιπποκρατικό ιδεώδες, του οποίου σημαντικό στοιχείο είναι η πλήρης ευεξία του ασθενούς, δίνει την ηθική βάση για την ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Άλλωστε, οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Υγείας άρχισαν το 1956 στις Η.Π.Α., από τον χώρο της Νοσηλευτικής. Σήμερα, σε προηγμένες χώρες, όπως η Η.Π.Α. και η Μ.Βρετανία, η μέτρησή της είναι κατοχυρωμένη νομικά και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας των νοσοκομείων.

Όμως, σε αντίθεση με το αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην θεωρητική ανάπτυξη και την ανάδειξη ευρέως αποδεκτών εννοιολογικών και λειτουργικών ορισμών. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν κατασκευάσει εργαλεία μέτρησης για τον σκοπό συγκεκριμένων ερευνών ή έχουν χρησιμοποιήσει άλλα, τα οποία κατασκευάστηκαν

αρκετά χρόνια πριν, με αποτέλεσμα να μην έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους.

Ο Strasen (1988), για την εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης ασθενών, προτείνει: α) όλοι οι ασθενείς να συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και τα αποτελέσματα που θα προκύπτουν να είναι δυνατό να ποσοτικοποιηθούν, β) να ενσωματωθούν συγκεκριμένα στάνταρτ ικανοποίησης ασθενών στις αναλύσεις και περιγραφές κάθε θέσης (Job analysis- job description), αλλά και στο υπόλοιπο πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης, γ) να αναπτυχθεί μηχανισμός σύνδεσης ικανοποίησης ασθενών και αξιολόγησης και επιβράβευσης προσωπικού, και δ) να γίνεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των προσφερομένων υπηρεσιών, με βάση τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την ανατροφοδότηση (feedback) από τις απόψεις των ασθενών.

Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς, με στόχο την βελτίωση των παραγομένων αγαθών και υπηρεσιών, είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή, του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Ο ασθενής, σύμφωνα με τον Brink (1986) έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο. Για τον ασθενή αποτελεί δικαίωμα έκφρασης και μέσα από αυτό ευθύνη για το προσωπικό που συλλέγει αυτές τις πληροφορίες (Παπανικολάου & Σιγάλας 1995).

Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στην : α) αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, β) αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφοράς υγείας και ασθένειας, γ) λήψη διοικητικών αποφάσεων, δ) αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας, ε) διοίκηση προσωπικού, στ) προσέλκυση ασθενών-πελατών (marketing), και ζ) διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

A.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Όπως τεκμηριώνεται από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση, σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν, το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνικοοικονομική τους κατάσταση. Όλα τα παραπάνω,

επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά τους ασθενείς, στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους (Irish Society for Quality & Safety in Health care, 2003).

Οι παράγοντες που πρέπει να εξετάζονται εντούτοις, για τη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, όπως αναγράφονται από την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, (2003) είναι:

- ⇒ **Οι προσδοκίες των χρηστών:** Οι προσδοκίες του καταναλωτή διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Σε σχετική βιβλιογραφία (Williams, 1994), δεν αποτελεί κύριο θέμα η σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών, γιατί η αξιολόγηση του ασθενή για την παρεχόμενη φροντίδα κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι ανεξάρτητη από αυτή που πραγματικά έλαβε.
- ⇒ **Η ηλικία:** Τα ηλικιωμένα άτομα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία (Crow et al., 2002) και δίνουν συνήθως, κοινές επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Papanikolaou & Ntani, 2008). Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης ή έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως για παράδειγμα σε χρόνιες παθήσεις.
- ⇒ Όσο αφορά **το φύλο** δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Ορισμένες μελέτες, σε αντίθεση με άλλες, δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas, 2006).
- ⇒ **Η ασθένεια:** Ασθενείς με σοβαρότερες ασθένειες που βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Δεν αποδεικνύεται, όμως, αν η δυσαρέσκεια τους οφείλεται στον τρόπο παροχής υπηρεσιών υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες, (Hall & Milburn, 1998)
- ⇒ **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση:** Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο φαίνεται ότι επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με νεότερους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και αυτό μπορεί να εξηγείται, λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas et al., 2004 & Dowd et al, 2009). Το είδος της απασχόλησης των ασθενών (επάγγελμα) δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση (Crow et al, 2002 & Quintana et al, 2006). Οι έγγαμοι

ασθενείς δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Κέπεντζης και συν, 2004).

- ⇒ **Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης:** Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, είναι άρρηκτα συνδεδεμένος με την εμπειρία προγενέστερης παροχής υπηρεσιών, αλλά με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών τους (Crow et al, 2003).
- ⇒ **Σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) με τον ασθενή:** Η επικοινωνία των ασθενών με τους ιατρούς και τους νοσηλευτές, καθώς και το επικοινωνιακό στυλ που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, θεωρούνται κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση (Scotto et al, 2009). Η αποτελεσματική επικοινωνία εκ μέρους του ιατρού, διαδραματίζει καθοριστικό ρόλο και αφορά την προσέγγιση, την αδιαφορία στις ανησυχίες του ατόμου, τη μη ξεκάθαρη επεξήγηση και τη χρήση της ιατρικής δυσνόητης ορολογίας (Scotto et al, 2009). Επίσης, η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών π.χ. φροντίδα, πόνος, πληροφόρηση, αυξάνουν την ικανοποίηση (Woodward, 2009).
- ⇒ **Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού:** Η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η προσφορά άνετης διαμονής, η διαδικασία αναχώρησης, είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Scotto et al, 2009).

Με βάση τα στοιχεία, της παραπάνω βιβλιογραφικής ανασκόπησης, διατυπώθηκαν και τα ερευνητικά ερωτήματα στην παρούσα έρευνα. Οι βασικές υποθέσεις που εξετάστηκαν ήταν, αν και κατά πόσο, κοινωνικο-δημογραφικοί παράγοντες (φύλο, ηλικία, εισόδημα, επίπεδο μόρφωσης), καθώς, και σε ποιο βαθμό η υποδομή του νοσοκομείου, η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι ημέρες νοσηλείας, επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύονται στο «Γενικό Νοσοκομείο Χίου».

A.4. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε κατά τη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Αναπτύχθηκε στην Ιαπωνία, χώρα στην οποία κλήθηκε μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο ο αμερικανός στατιστικός W. Edwards Deming, για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών (Τούντας, 2003α). Οι προτάσεις του, συνοψίζονται σε 14 σημεία, και σε αυτές ξεχωρίζουν η ανάγκη για συνεχή βελτίωση του προϊόντος και της υπηρεσίας, η εξάλειψη του φόβου και η άσκηση διοίκησης

ανά στόχο (management by objectives) (Deming, 1986). Υπήρξε, επίσης, ο θεμελιωτής των «κύκλων ποιότητας» με τον γνωστό «κύκλο του Deming» (Σχήμα 1) (Τούντας, 2008).

Ο Joseph M. Juran θεωρείται, και αυτός, θεμελιωτής της ποιότητας στη βιομηχανία. Την ίδια περίπου περίοδο, ανέπτυξε τις έννοιες του ποιοτικού σχεδιασμού, του ποιοτικού ελέγχου και της ποιοτικής βελτίωσης, δημιουργώντας το «εγχειρίδιο ποιοτικού ελέγχου» και εντοπίζοντας δέκα βήματα που βελτιώνουν την ποιότητα (Juran & Gryna, 1988). Στη συνέχεια, η έννοια της ποιότητας επεκτάθηκε και σε άλλες παραγωγικές δραστηριότητες, περιλαμβανομένων και των υπηρεσιών. Όσο αφορά τις υπηρεσίες, η ποιότητα ταυτίστηκε με την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και τη συνεχή υποστήριξη (Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με τον Τούντα, (2008) πολλές διαφορετικές προσεγγίσεις, έχουν επιχειρήσει να δώσουν έναν ορισμό για την ποιότητα. Αυτός, είναι άλλοτε συνοπτικός και σύντομος, όπως «ποιότητα είναι η συμμόρφωση με απαιτήσεις και προδιαγραφές» και άλλοτε πιο σύνθετος, όπως της Αμερικανικής Ένωσης Ποιοτικού Ελέγχου, που ορίζει ως ποιότητα «το σύνολο των χαρακτηριστικών και ιδιοτήτων ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που επηρεάζουν την ικανότητά της να ικανοποιεί δεδομένες ανάγκες» (Bicking & Gryna, 1979). Τέλος, ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως «το βαθμό, κατά τον οποίο ένα σύνολο εγγενών χαρακτηριστικών πληροί συγκεκριμένες απαιτήσεις» (Kotler, 2003).

A.5. Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ

Στον τομέα της υγείας, η έννοια της ποιότητας, είναι πιο σύνθετη απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος και κύριος στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων / ελαττωμάτων τόσο στη διαδικασία, όσο και στο αποτέλεσμα. Στην υγεία, δεν συμβαίνει το ίδιο, γιατί οι ασθενείς, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους. Η έννοια του μηδενικού ελαττώματος, που κυριαρχεί στη βιομηχανία, στην υγεία ταυτίζεται, με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων / ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει, βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Αυτό το εγχείρημα είναι δυσκολότερο, από την επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων, όπως συμβαίνει στη βιομηχανία (Τούντας, 2003α).

Με βάση τα παραπάνω αντιλαμβανόμαστε, ότι η ποιότητα έχει έναν πολυδιάστατο χαρακτήρα, ιδιαίτερα στον τομέα της φροντίδας υγείας, με αποτέλεσμα να εμπεριέχει πολλαπλές εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος στους ορισμούς που αναφέρονται σε αυτή (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου, 2003). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να επισημανθεί, ότι δεν υπάρχει σήμερα ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα. Ακόμη και αν ερωτηθούν χίλιοι άνθρωποι για το τι σημαίνει ποιότητα, είναι πολύ πιθανό να λάβουμε τον ίδιο αριθμό διαφορετικών ορισμών (Καλογεράκη, 2007). Η προσέγγιση του Donabedian (1980), αποτελεί έναν από τους κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγεία. Αρχικά, πραγματοποίησε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας και στη συνέχεια κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες καθορίζουν τον ορισμό της. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις: α) **Το τεχνικό μέρος** (technical, science of medicine), που αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των υπόλοιπων επιστημών υγείας, με σκοπό την καλύτερη αντιμετώπιση του ασθενή. β) **Το διαπροσωπικό μέρος** (interpersonal, art of medicine). Αυτό αφορά την ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους υπόλοιπους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, αφορά και τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία καθορίζεται τόσο από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, όσο και από τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών. γ) **Την ξενοδοχειακή υποδομή** (amenities), που έχει σχέση με το χώρο, το περιβάλλον, και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται η φροντίδα, οι ανέσεις, οι ευκολίες.

Ο Donabedian, έχοντας ως βάση τις τρεις παραπάνω διαστάσεις, διατύπωσε τον πρώτο, κλασικό ορισμό της ποιότητας στην ιατρική, ως: «Αυτό το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει την ευημερία του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη την εξισορρόπηση των ωφελειών, αλλά και των απωλειών, οι οποίες ακολουθούν τη διαδικασία της φροντίδας, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Donabedian, 1980). Στη συνέχεια, ο Donabedian (1988) περιγράφει την ποιότητα της περίθαλψης ως ένα σύνολο ομόκεντρων κύκλων. Σε αυτό, η περίθαλψη, αξιολογείται όχι μόνο στο τεχνικό επίπεδο, αλλά ως γενικότερο αποτέλεσμα, το οποίο περιλαμβάνει τις προτιμήσεις του ασθενούς, τη συμμετοχή του, καθώς και το κοινωνικο-πολιτιστικό του περιβάλλον.

Το 1990, με το άρθρο «The Seven Pillars of Quality» «Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας», ο Donabedian, παραθέτει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα: 1) *Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy)*, 2) *Αποτελεσματικότητα (effectiveness)*, 3) *Αποδοτικότητα (efficiency)*, 4) *Βελτιστότητα (optimality)*, 5) *Αποδεκτικότητα (acceptability)*, 6) *Νομιμότητα (legitimacy)*, 7) *Δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity)*.

Εκτός από τον Donabedian, ορισμούς για την ποιότητα στην υγεία, διατύπωσαν και πολλοί άλλοι ερευνητές. Η παράθεσή τους, ξεπερνά τα όρια της παρούσας βιβλιογραφικής ανασκόπησης. Γι' αυτό και η

παρούσα μελέτη περιορίζεται, σε εκείνες τις προσεγγίσεις, που προσανατολίζονται στο θέμα που διαπραγματεύεται αυτή. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO, 1993), η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Τούντας, 2008). Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (Institute of Medicine Committee), δίνοντας έναν πιο σύντομο ορισμό, ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς, και παράλληλα είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Nelson, 1996).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς, γίνεται αντιληπτό πως η ποιότητα στην υγεία, ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών, και τέλος, με τον έλεγχο του κόστους (Τούντας, 2008). Ουσιαστικά, το κλειδί στην αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, είναι ένα μείγμα αποτελεσμάτων αξιολογήσεων, επικεντρωμένων στο κλινικό κομμάτι και στον ασθενή (Crow et al, 2002).

Σύμφωνα με τους Virgo et al (2007), οι αξιολογήσεις, τις περισσότερες φορές, βασίζονται στην προσέγγιση του Donabedian και επικεντρώνονται στη δομή (επάρκεια εγκαταστάσεων, υλικών και προσωπικού), στις διαδικασίες (παροχής φροντίδας και τρόπων βελτίωσης αποδοτικότητας) και τέλος, στα αποτελέσματα για το χρήστη (μεταβολές στην κατάσταση υγείας του, η ικανοποίησή του, ο βαθμός ενημέρωσης, δείκτες επιπλοκών, δείκτες θνησιμότητας διάρκεια παραμονής). Συνοψίζοντας, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν ιδιάζουσα περίπτωση υπηρεσιών, στις οποίες η αποτύπωση της ποιότητας δεν συνδέεται με τη συχνότητα αγοράς ενός προϊόντος ή επιστροφής του σε ένα οργανισμό, αλλά εμπερικλείουν πολλά δεδομένα, τα οποία έχουν ως στόχο, τη μοναδική εμπειρία της παροχής φροντίδας υγείας που βιώνεται (Σιγάλας, 1999).

A6. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Οι νοσηλευτές συνιστούν την πλειοψηφία των λειτουργών υγείας και λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας και της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας, αν και δεν έχει αναγνωριστεί πλήρως η προσφορά της νοσηλευτικής. Πολλές έρευνες καταδεικνύουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Είναι φυσικό, οι ασθενείς να κρίνουν την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Άλλες έρευνες έχουν δείξει, ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες και εξηγεί σε μεγάλο βαθμό τη μεταβλητότητα της θνησιμότητας μεταξύ νοσοκομείων. Σύμφωνα με τον Hartz και τους συνεργάτες τους (1989), βρήκαν ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η αναλογία νοσηλευτών και βοηθών και όσο πιο πολλά προσόντα είχαν οι νοσηλευτές τόσο μικρότερη ήταν η θνησιμότητα, ενώ σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η θνησιμότητα επηρεαζόταν από τη συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών. Δυστυχώς, μέχρι και σήμερα η νοσηλευτική εφαρμόζεται με ένα μηχανικό και τυπολατρικό τρόπο. Με αποτέλεσμα, να μη δίνεται έμφαση στον καθορισμό αντικειμενικών σκοπών και στη μέτρηση των αποτελεσμάτων από την άποψη της προόδου της υγείας των ασθενών. Όπως διαφαίνεται από τη βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες, η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα. Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και την αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Παράλληλα, η εισαγωγή της νοσηλευτικής διεργασίας, ως επιστημονικής μεθόδου παροχής φροντίδας και η υιοθέτηση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας, δείχνουν τη μεγάλη έμφαση που έχει δοθεί τελευταία στη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία. Οι αλλαγές στον τρόπο που παρέχονται οι νοσηλευτικές υπηρεσίες αντανακλούν τη μετάβαση από την παραδοσιακή μηχανική σε μια επιστημονικότερη προσέγγιση που βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς και στην έρευνα.

Η επικέντρωση στον ασθενή και στην επίλυση των προβλημάτων του έχει ανοίξει το δρόμο στους νοσηλευτές να αναλάβουν περισσότερη δραστηριότητα στον καθορισμό της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Η Πλατή (1991) υποστηρίζει ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθήκον των νοσηλευτών, αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Οι νοσηλευτές δεν δέχονται την εκτέλεση ορισμένων εργασιών με μηχανικό τρόπο ως στόχους της νοσηλευτικής πράξης και πιστεύουν ότι η

έρευνα και η μέτρηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας είναι εφικτό να αναδείξουν τη μοναδική προσφορά της νοσηλευτικής.

Σύμφωνα με τον στόχο 31 του Π.Ο.Υ.: << Το 1990 όλα τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας που διαθέτουν>> και συμφωνεί με την νοσηλευτική ευθύνη για τη διατήρηση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσω ανάπτυξης συστημάτων ποιοτικής διασφάλισης.

Η πρώτη προσπάθεια για συστηματική καταγραφή δεδομένων και σύγκριση με προκαθορισμένα κριτήρια έγινε από την Florence Nightgale και η εμφάνιση συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας τοποθετείται χρονικά αμέσως μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Αρχικά, είχε δοθεί έμφαση σε κριτήρια δομής και διαδικασιών.

Σήμερα, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη νοσηλευτική έρευνα, διοίκηση και πράξη.

A.7. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση του ασθενή, κατά τον Yucelt, αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987). Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρά) και την εξυπηρέτηση (Teiberg et al, 1994). Κατά τον Karydis et al (2001), η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

- Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
- Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,

- ☑ Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Mosialos, 1991),
- ☑ Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί (Eastaugh, 1987),
- ☑ Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,
- ☑ Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Maniadakis, 1996).

Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπειών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angelorouli, 1999).

Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας (Salamdari, 2001). Η βιβλιογραφία για την ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή (Crolin and Taylor, 1994), καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες αναγνωρίστηκε διεθνώς ως σημαντικό βοήθημα για τον κλάδο της υγείας (Smith, 2000).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας ορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Vuori (1987), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, ένας δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας και προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κατά τον French (1981), αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής. Η Henry και οι συνεργάτες της (1993) έχουν προτείνει ένα βασικό μοντέλο που περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: καταλληλότητα θεραπείας, χρόνο νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας και ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με το Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του κογκρέσου των Η.Π.Α (OTA 1988), οι ασθενείς είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, ενώ για την αξιολόγηση της τεχνικής πλευράς της φροντίδας είναι απαραίτητες συμπληρωματικές πληροφορίες από άλλες

πηγές. Αντίθετα, ο Meterko και οι συνεργάτες τους υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοί να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας (Meterko et al 1990).

Υπάρχουν ερευνητές που αμφισβητούν την άποψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι έγκυρος δείκτης της ποιοτικής φροντίδας. Ο Eriksen (1987) αμφισβητεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνεπάγεται και ποιοτική φροντίδα, γιατί όπως ισχυρίζεται η άσκηση επαγγελματικής νοσηλευτικής, όπως η διδασκαλία για αυτοφροντίδα, μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τρόπο ζωής. Διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης δείχνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Λόγοι που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών, σύμφωνα με τον Vuori αφορούν ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας, οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους και η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Οι λειτουργοί υγείας όριζαν τις ανάγκες των ασθενών και τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να ικανοποιηθούν (OTA 1988). Οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν απροθυμία γενικά στο να ρωτούν τους ασθενείς τι σκέφτονται για την ποιότητα της φροντίδας, αποφεύγοντας τον εξωτερικό έλεγχο αλλά το χαρακτηριστικό κλειδί ενός επαγγέλματος είναι ο εσωτερικός έλεγχος πάνω στο τι θεωρείται ποιοτικά αποδεκτή επαγγελματική συμπεριφορά (Vuori 1982).

Οι ασθενείς δυσκολεύονται στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων (Ciske 1974). Αυτό συμβαίνει λόγω της τάσης για κοινωνική συμμόρφωση ή/και στην εξάρτηση από το προσωπικό (Pearson et al 1989). Σημειωτέον ότι οι απόψεις του προσωπικού και των ασθενών συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό (Rice et al 1963, Strasen 1988), ενώ άλλες, ότι το προσωπικό βαθμολογεί την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς (Abdellah & Levine 1957c, Pascoe & Attkison 1983).

Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες πρέπει να δουν σαν πραγματικότητα. Αυτό που έχει σημασία είναι πώς αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική (Petersen 1988), γιατί η αξιολόγηση της

ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους (Linder-Pelz 1982a) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Bond & Thomas 1992).

Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge (1990) για την ποιότητα που είναι <<ό,τι αφορά τον καταναλωτή>>, θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι <<ό,τι αφορά τον ασθενή>>. Ό,τι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος. (Δημητριάδου και συν 1991) Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων (Strasen 1988).

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ



Β' ΜΕΡΟΣ

ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

B.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Παρότι, το κόστος νοσηλείας, η ασφάλεια των ασθενών και γενικότερα η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών, εντούτοις έως 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.

Αξίζει να σημειωθεί, ότι η έννοια της ποιότητας της υγείας έχει τις ρίζες της στην αρχαιότητα και συγκεκριμένα στα κείμενα του Ιπποκράτη, όπου αναφέρουν, ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να αποτελεί έναν από τους στόχους της άσκησης του ιατρικού επαγγέλματος και αποτυπώνεται καλύτερα στην έκφραση «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Ωστόσο, μόλις προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας άρχισε να στρέφεται προς την εφαρμογή μέτρων στην

καθημερινή κλινική πρακτική για την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών, όπως επίσης και τη δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση ποιότητας.

Έκτοτε, πλήθος ορισμών έχουν δημιουργηθεί για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγείας, οι οποίοι όμως δεν επιτυγχάνουν τον σκοπό τους διότι αποτελεί πολύπλοκη έννοια που δύσκολα μπορεί να μετρηθεί και να ορισθεί.

B.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Αντικειμενικός σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν να καταγραφεί και να μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Γ.Ν. Χίου.

B.3. ΧΩΡΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο Γ.Ν. Χίου στις κλινικές της παθολογικής, χειρουργικής και καρδιολογικής.

B.4. ΔΕΙΓΜΑ ΚΑΙ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα της συγκεκριμένης ανάλυσης αποτελούταν από 150 ασθενείς, 50 από κάθε κλινική του νοσοκομείου. Το 60 % των ερωτηματολογίων (90 ερωτηματολόγια) συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς, ενώ τα υπόλοιπα 60 (40 %) ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους συγγενείς, τους συνοδούς ή τους νοσηλευτές των ασθενών, πάντα όμως βάσει την άποψη των ίδιων των ασθενών και όχι της δικής τους. Η διάρκεια της έρευνας ήταν 4 μήνες (Μάιος – Σεπτέμβριος 2014).

B.5. ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

Συγκεντρώθηκαν δεδομένα με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη νοσοκομειακή φροντίδα του νοσοκομείου της Χίου. Αρχικά έγινε μια πιλοτική μελέτη σε 20 ασθενείς για να υπολογιστεί ο συντελεστής αξιοπιστίας άλφα του Cronbach. Από την ανάλυση αξιοπιστίας για την προσέγγιση συνοχής των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου στον πληθυσμό της Χίου προέκυψε $\alpha=0,969$, τιμή πολύ ικανοποιητική που εξασφαλίζει την συνοχή των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου. Πιο συγκεκριμένα, συγκεντρώθηκαν απαντήσεις μέσω του ερωτηματολογίου που αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών από την υποδοχή, την αναμονή, την νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα και την γενική εξυπηρέτηση κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους.

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε έχει αναπτυχθεί από στα πλαίσια διδακτορικής διατριβής της κ.Ηλιούδη με θέμα ««ΔΙΑΔΙΚΤΥΑΚΟ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΑΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»». Οι πρώτες εννιά ερωτήσεις του (Α Μέρος) αφορούν δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, την ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, το ταμείο ασφάλισης, την οικογενειακή κατάσταση και άλλα. Τα υπόλοιπα έξι (Β Μέρος - Ζ Μέρος) μέρη του αφορούν την ικανοποίηση των ασθενών και αποτελούνται από 39 ερωτήσεις με πέντε πιθανές απαντήσεις οι οποίες κυμαίνονται από το πολύ δυσαρεστημένος έως το πολύ ικανοποιημένος. Υπήρχε και ένα έβδομο μέρος που αφορά κάποια επιπρόσθετα στοιχεία σχετικά με τον ασθενή αλλά εξαιρέθηκε της παρούσας μελέτης γιατί η συμπλήρωση του δυσκόλευε τους ασθενείς.

Εκτός από την πληροφορία που παρείχαν οι απαντήσεις των ασθενών μεμονωμένα για κάθε ερώτηση, υπολογίστηκε και ένα συνολικό σκορ ικανοποίησης για κάθε ασθενή. Αναλυτικότερα, σε κάθε ερώτηση αποδόθηκε μία βαθμολογία ανάλογα με την απάντηση του ασθενή ξεκινώντας με το 1 για κάποιον που δήλωνε πολύ δυσαρεστημένος και φτάνοντας στο 5 για κάποιον που ήταν πολύ ικανοποιημένος (2: Δυσταρεστημένος, 3: Ούτε δυσαρεστημένος, ούτε ικανοποιημένος, 4: Ικανοποιημένος). Οι βαθμολογίες από όλες τις ερωτήσεις αθροίστηκαν για να διαμορφωθεί το σκορ ικανοποίησης για κάθε ασθενή. Όσο υψηλότερο ήταν το σκορ, τόσο πιο ικανοποιημένος ο ασθενής συνολικά από της υπηρεσίες του νοσοκομείου της Χίου. Η μέγιστη τιμή που μπορούσε να πάρει το σκορ ήταν 195 (βαθμολογία 5 σε όλες τις ερωτήσεις) και η ελάχιστη 39 (βαθμολογία 1 σε όλες τις ερωτήσεις).

Στη συνέχεια, αφού υπολογίστηκε το σκορ ικανοποίησης για κάθε ασθενή εξετάστηκε αν υπήρχαν διαφορές σε αυτό ανάλογα με κάποια δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, ασφαλιστικός φορέας, εκπαίδευση κλπ) καθώς και αν το σκορ ήταν διαφορετικό ανάλογα με το ποια κλινική του νοσοκομείου είχαν επισκεφθεί

οι ασθενείς (παθολογική, χειρουργική, καρδιολογική). Οι στατιστικοί έλεγχοι που χρησιμοποιήθηκαν για την ανάδειξη των τυχών διαφορών ήταν ο έλεγχος των Mann - Whitney (Mann - Whitney U test) για τα δημογραφικά στοιχεία με δύο κατηγορίες (π. χ φύλλο) και η κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς των Kruskal - Wallis (Kruskal - Wallis one-way analysis of variance) για τα δημογραφικά στοιχεία με πάνω από δύο κατηγορίες (π. χ ηλικία) και για τις κλινικές του νοσοκομείου. Οι έλεγχοι αυτοί επιλέχθηκαν λόγω της μη κανονικότητας του σκορ ικανοποίησης όταν αυτό εξετάζοταν στις διάφορες κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων ή των κλινικών. Η κανονικότητα του σκορ ικανοποίησης εξετάστηκε χρησιμοποιώντας το στατιστικό έλεγχο των Kolmogorov - Smirnov (Kolmogorov - Smirnov test) ή το στατιστικό έλεγχο των Shapiro - Wilk (Shapiro - Wilk test) ανάλογα με το μέγεθος δείγματος. Όλοι οι στατιστικοί έλεγχοι έγιναν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $\alpha = 5 \%$, εκτός αν αναφέρεται διαφορετικά, ενώ η στατιστική ανάλυση των δεδομένων έγινε με χρήση του στατιστικού προγράμματος IBM SPSS (Statistical Package of Social Sciences) version 19.

B.6. ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Όσον αφορά τη δεοντολογία της παρούσας έρευνας εφαρμόστηκαν οι αρχές δεοντολογίας που ορίζονται από την αναφορά του Belmont (1976), για τα δικαιώματα των υποκειμένων μιας έρευνας. Αναλυτικότερα ελήφθησαν υπόψη σε όλα τα στάδια της μελέτης, η αρχή του οφέλους και μη βλάβης, η αρχή του σεβασμού για την ανθρώπινη αξιοπρέπεια και η αρχή της δικαιοσύνης.

Πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν προφορικά και γραπτά και τους παρέχονταν διευκρινήσεις σε όποιες απορίες είχαν. Οι σημαντικότερες πληροφορίες που δίνονταν ήταν σχετικά με το σκοπό και τους στόχους της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και πληροφορίες για τον ερευνητή.

B.7. ΕΓΚΥΡΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ ΤΟΥ ΟΡΓΑΝΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

Ένα όργανο δεν μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην έρευνα, αν δεν έχει προηγουμένως εγκαταστήσει ένα ελάχιστο επίπεδο αξιοπιστίας και εγκυρότητας.

Η δομή και το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου βασίστηκαν στο πρωταρχικό ερωτηματολόγιο.

Το ερωτηματολόγιο έχει χρησιμοποιηθεί και σε άλλες έρευνες και έχουν δημοσιευτεί τα αποτελέσματα των ερευνών, γεγονός που επιβεβαιώνει την εγκυρότητα και την αξιοπιστία του.

B.8. ΑΝΑΛΥΣΗ ΤΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

Για την διεξαγωγή των αποτελεσμάτων της έρευνας χρησιμοποιήθηκε απλή περιγραφική ανάλυση. Η ανάλυση των αποτελεσμάτων αυτών των στοιχείων που αφορούν τις παραπάνω μεταβλητές, έγινε με την χρήση του Στατιστικού Πακέτου Κοινωνικών Επιστημών SPSS ver 21.0, το οποίο είναι πακέτο στατιστικής εφαρμογής και χρησιμοποιείται στην Νοσηλευτική Έρευνα.

B.9. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Φύλο και ηλικία

Ο αριθμός των ανδρών στο δείγμα ήταν ίσος με αυτόν των γυναικών, δηλαδή 75 ασθενείς ανά φύλο. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτελούταν από ασθενείς ηλικίας άνω των 65 ετών (49 % περίπου). Το 14 % των συμμετεχόντων είχε ηλικία μεταξύ 45 και 54 ετών, ενώ 15 ασθενείς (10 %) είχαν ηλικία από 55 έως 65 έτη. Μικρότερα ήταν τα ποσοστά των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων φτάνοντας στο 8 % (12 ασθενείς) για την ηλικιακή ομάδα 35-44, στο 7 % περίπου για τους ασθενείς ηλικίας 18 με 24 ετών και στο 6 % για τις ηλικίες κάτω των 17 ετών και για την ηλικιακή ομάδα 25-34.

Εκπαίδευση

Σχετικά με το επίπεδο εκπαίδευσης, οι συμμετέχοντες δήλωσαν απουσία γραμματικών γνώσεων σε ποσοστό 6 %, ενώ εκπαίδευση σε επίπεδο δημοτικού και γυμνασίου δήλωσε το 31 % και το 10 %, αντίστοιχα. 40 ασθενείς (27 % περίπου) ήταν απόφοιτοι λυκείου και 10 ασθενείς (7 % περίπου) απόφοιτοι τεχνικής σχολής. Τα ποσοστά της ανώτερης και ανώτατης μόρφωσης ήταν ίδια στο δείγμα και έφταναν το 9 % περίπου. Μόλις 2 ασθενείς (1 % περίπου) δήλωσαν κάτοχοι κάποιου μεταπτυχιακού ή συναφούς διπλώματος, ενώ κανένας ασθενής δεν είχε αποκτήσει διδακτορικό τίτλο σπουδών.

Είδος επίσκεψης

Κατά μεγάλη πλειοψηφία η επίσκεψη των ασθενών στο νοσοκομείο ήταν έκτακτη (83 % περίπου). 19 ασθενείς (13 % περίπου) επισκέφτηκαν το νοσοκομείο λόγω χρόνιων προβλημάτων υγείας, 5 ασθενείς (3 % περίπου) για προληπτικούς λόγους, ενώ μόλις ένας ασθενής (1 % περίπου) για επανεκτίμηση/επανελέγχο.

Ασφαλιστικό ταμείο

Οι 33 στους 150 συμμετέχοντες (22 %) ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ και οι 31 στους 150 (21 % περίπου) είχαν ασφάλεια Δημοσίου. Το ποσοστό των ασφαλισμένων στον ΟΓΑ ήταν ίδιο με αυτών που είχαν ασφάλεια Δημοσίου (21 % περίπου). Το 6 % του δείγματος ήταν ασφαλισμένο στον ΟΑΕΕ, ενώ το 3 % είχε ασφαλιστεί στο ΤΣΑ. Οι 8 στους 150 ασθενείς (5 % περίπου) δήλωσαν ότι ήταν ανασφάλιστοι και κανένας ασθενής δεν δήλωσε ως ασφαλιστικό φορέα το ΤΣΜΕΔΕ, τη ΔΕΗ και το ταμείο Τραπεζοϋπαλλήλων. Μεταξύ των 150 συμμετεχόντων οι 34 (23 % περίπου) δήλωσαν ότι ο ασφαλιστικός τους φορέας ήταν άλλος από τους προαναφερθέντες.

Οικογενειακή κατάσταση

Όσο αφορά την οικογενειακή κατάσταση, 73 ασθενείς ήταν έγγαμοι, ενώ 40 ζούσαν σε κατάσταση χηρείας. Το 25 % περίπου των ασθενών ήταν άγαμοι ενώ δεν υπήρχαν διαζευγμένα άτομα.

Υπηκοότητα και τόπος κατοικίας

Μόνο 2 από τους 150 ασθενείς (1 % περίπου) δήλωσαν υπηκοότητα άλλη από την Ελληνική, ενώ 5 άτομα στο δείγμα διέμεναν εκτός Χίου (συγκεκριμένα στην Αθήνα).

Ευρήματα ερωτήσεων ικανοποίησης

Στο Πίνακα 1 δίνονται τα ποσοστά των απαντήσεων του ερωτηματολογίου ικανοποίησης επί του συνόλου των συμμετεχόντων ανά ερώτηση. Γενικά παρατηρείται ότι η απάντηση Ικανοποιημένος είναι η συχνότερη για όλες τις ερωτήσεις με ποσοστά που φτάνουν ή και ξεπερνούν το 50 %. Αυτό σημαίνει ότι τουλάχιστον οι μισοί συμμετέχοντες δηλώνουν ικανοποιημένοι από τις διάφορες παροχές υγείας και την εξυπηρέτηση του νοσοκομείου της Χίου.

Πίνακας 1. Απαντήσεις στο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης, όπου ΠΔ: Πολύ Δυσανεστημένος, Δ: Δυσανεστημένος, ΟΔΟΙ: Ούτε δυσανεστημένος/ ούτε ικανοποιημένος, Ι: Ικανοποιημένος, ΠΙ: Πολύ Ικανοποιημένος. Δίνεται η απόλυτη (N) και σχετική συχνότητα (%).

B. ΥΠΟΔΟΧΗ					
Ερώτηση	ΠΔ N (%)	Δ N (%)	ΟΔΟΙ N (%)	Ι N(%)	ΠΙ N (%)
10. Από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού	0 (0)	8 (5)	17 (11)	97 (65)	28 (19)

που σας υποδέχτηκε είσαστε					
11. Από την πληροφόρηση του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	0 (0)	9 (6)	46 (31)	77 (51)	18 (12)
12. Από την προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	2 (1)	6 (4)	25 (17)	89 (59)	28 (19)
Γ. ΑΝΑΜΟΝΗ					
Ερώτηση	ΠΔ N (%)	Δ N (%)	ΟΛΟΙ N (%)	I N(%)	ΠΙ N (%)
13. Από την επιμέλεια και την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής είσαστε	0 (0)	2 (1)	31 (21)	86 (57)	31 (21)
14. Από την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής είσαστε	2 (1)	6 (4)	24 (16)	104 (69)	14 (9)
15. Από την ευκολία να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε είσαστε	2 (1)	10 (7)	18 (12)	98 (65)	22 (15)
16. Από τη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής είσαστε	6 (4)	11 (7)	25 (17)	83 (55)	25 (17)
17. Από το χρόνο που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση είσαστε	5 (3)	9 (6)	49 (33)	61 (41)	26 (17)
Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ					
Ερώτηση	ΠΔ N (%)	Δ N (%)	ΟΛΟΙ N (%)	I N(%)	ΠΙ N (%)
18. Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	2 (1)	5 (3)	17 (11)	100 (67)	26 (17)
19. Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματα σας είσαστε	1 (1)	9 (6)	43 (29)	71 (47)	26 (17)
20. Από την επιστημονική κα επαγγελματική δεξιάτητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	0 (0)	4 (3)	41 (27)	86 (57)	19 (13)
21. Από την ενημέρωση σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε	0 (0)	22 (15)	44 (29)	72 (48)	12 (8)
22. Από την ικανότητα και εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	0 (0)	3 (2)	35 (23)	99 (66)	13 (9)
23. Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών σχετικά με το πρόβλημα σας είσαστε	6 (4)	8 (5)	36 (24)	81 (54)	19 (13)

24. Από το χρόνο που αφιέρωσαν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα σας είσαστε	1 (1)	6 (4)	29 (19)	93 (62)	21 (14)
25. Από τη ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ. α) είσαστε	1 (1)	4 (3)	25 (17)	97 (65)	23 (15)
Ε. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ					
Ερώτηση	ΠΔ N (%)	Δ N (%)	ΟΛΟΙ N (%)	I N(%)	III N (%)
26. Από την ενημέρωση σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με τη κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας είσαστε	4 (3)	18 (12)	20 (13)	86 (57)	22 (15)
27. Από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση σας είσαστε	2 (1)	11 (7)	21 (14)	90 (60)	26 (17)
28. Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/ φαρμακευτική αγωγή είσαστε	4 (3)	14 (9)	28 (19)	85 (57)	19 (13)
29. Από τη συμμετοχή σας στην επιλογή μεθόδου θεραπείας είσαστε	0 (0)	11 (7)	49 (33)	72 (48)	18 (12)
30. Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε	0 (0)	3 (2)	21 (14)	108 (72)	18 (12)
31. Από την επιστημονική κα επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ. α) είσαστε	0 (0)	7 (5)	29 (19)	92 (61)	22 (15)
32. Από την προθυμία του ιατρικού προσωπικού είσαστε	0 (0)	15 (10)	10 (7)	103 (69)	22 (15)
ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ					
Ερώτηση	ΠΔ N (%)	Δ N (%)	ΟΛΟΙ N (%)	I N(%)	III N (%)
33. Από τη γενική συμπεριφορά και επικοινωνία με το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	0 (0)	8 (5)	47 (31)	87 (58)	8 (5)
34. Από την ευκολία να βρείτε θέση για παρκάρισμα είσαστε	3 (2)	11 (7)	31 (21)	87 (58)	18 (12)
35. Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή συγγενών σας από το προσωπικό της γραμματείας	0 (0)	3 (2)	41 (27)	89 (59)	17 (11)

είσαστε					
36. Από την ευκολία για πρόσβαση στους χώρους (καθοδηγητικές πινακίδες, ανελκυστήρες) είσαστε	1 (1)	17 (11)	48 (32)	70 (47)	14 (9)
37. Από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	0 (0)	6 (4)	39 (26)	91 (61)	14 (9)
38. Από το μηχανισμό εξυπηρέτησης και συνεργασίας όσον αφορά στη διεκπεραίωση αναγκών σας (προγραμματισμό εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, παραπομπή σε άλλα εργαστήρια) είσαστε	5 (3)	6 (4)	47 (31)	81 (54)	11 (7)
39. Από τη διακριτικότητα του προσωπικού και το σεβασμό της προσωπικότητας σας κατά τη διάρκεια εξέτασης (χρήση παραβάν) είσαστε	0 (0)	13 (9)	58 (39)	69 (46)	10 (7)
Z. ΕΙΔΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ					
Ερώτηση	II N (%)	A N (%)	ΟΛΟΙ N (%)	I N (%)	III N (%)
40. Από την υποδομή και τον εξοπλισμό του δωματίου είσαστε	6 (4)	27 (18)	41 (27)	62 (41)	14 (9)
41. Από την καθαριότητας του δωματίου είσαστε	5 (3)	15 (10)	27 (18)	75 (50)	28 (19)
42. Από την ποιότητα του φαγητού είσαστε	5 (3)	14 (9)	57 (38)	73 (49)	1 (1)
43. Από την προστασία της ιδιωτικής σας ζωής κατά τη διαμονή σας στην κλινική είσαστε	1 (1)	9 (6)	50 (33)	78 (52)	12 (8)
44. Από τη συνολική εμπειρία σας κατά τη νοσηλεία σας στη κλινική είσαστε	1 (1)	4 (3)	42 (28)	94 (63)	9 (6)
45. Από την τήρηση ησυχίας στο δωμάτιο νοσηλείας είσαστε	2 (1)	25 (17)	32 (21)	80 (53)	11 (7)
46. Από τις ώρες επισκεπτηρίου για τους φίλους και τους συγγενείς σας είσαστε	10 (7)	5 (3)	31 (21)	89 (59)	15 (10)
47. Από τη παρακολούθηση του ιατρικού προσωπικού τη νύχτα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας είσαστε	9 (6)	13 (9)	40 (27)	81 (54)	7 (5)
48. Από τη παρακολούθηση του νοσηλευτικού προσωπικού τη νύχτα κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας είσαστε	8 (5)	8 (5)	30 (20)	79 (53)	25 (17)

Σκορ ικανοποίησης

Με βάση της απαντήσεις των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ικανοποίησης δημιουργήθηκε το σκορ ικανοποίησης όπως περιγράφηκε παραπάνω. Στο Πίνακα 2 παρουσιάζονται κάποια περιγραφικά μέτρα του σκορ ικανοποίησης συνολικά και ανά κατηγορία των δημογραφικών στοιχείων.

Από το Πίνακα 2 παρατηρείται ότι η διάμεση τιμή (50 % του δείγματος) του συνολικού σκορ ικανοποίησης φτάνει στο 149. Δεδομένου ότι η κλίμακα του σκορ ικανοποίησης κυμαίνεται μεταξύ του 39, πλήρη δυσαρέσκεια, και του 195, πλήρη ικανοποίηση, η τιμή 149 υποδεικνύει μία μέτρια προς καλή κατάσταση ικανοποίησης. Επομένως το μισό δείγμα των ασθενών δηλώνει μετρίως ικανοποιημένο ή ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες υγείας και την εξυπηρέτηση του νοσοκομείου της Χίου.

Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για το σκορ ικανοποίησης συνολικά και ανά κατηγορία δημογραφικών στοιχείων. Δίνεται η στατιστική σημαντικότητα (p-value) των ελέγχων κανονικότητας. Η κατανομή είναι κανονική εάν p-value > 0.05. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Συνολικά	150	144 (19)	149 (132 - 155)	< 0.001 ^a
Κλινική νοσοκομείου				
Παθολογική	50	140 (19)	138 (128 - 154)	0.067 ^a
Χειρουργική	50	144 (20)	146 (130 - 156)	0.089 ^a
Καρδιολογική	50	151 (16)	150 (141 - 154)	0.001 ^a
Συμπλήρωση ερωτ. Από				
Συγγενή/Συνοδό/Νοσηλευτή	60	146 (20)	152 (130 - 154)	0.002 ^a
Ασθενή	90	144 (18)	147 (132 - 156)	0.019 ^a
Φύλο				
Γυναίκα	75	144 (19)	141 (131 - 154)	0.179 ^a
Άνδρας	75	146 (19)	151 (135 - 156)	< 0.001 ^a
Ηλικία				
< 17	9	136 (5)	133 (132 - 139)	0.111 ^b

18 - 24	11	140 (22)	156 (114 - 160)	0.003 ^b
25 - 34	9	153 (19)	159 (169 - 135)	0.178 ^b
25 - 44	12	133 (16)	128 (127 - 152)	0.015 ^b
45 - 54	21	143 (17)	140 (133 - 149)	0.033 ^b
55 - 65	15	153 (4)	155 (150 - 156)	0.037 ^b
> 65	73	146 (21)	150 (138 - 154)	0.002 ^a
Εκπαίδευση				
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	151 (34)	160 (150 - 170)	0.044 ^b
Απόφοιτος Δημοτικού	47	151 (15)	152 (143 - 154)	< 0.001 ^b
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	133 (9)	132 (130 - 140)	0.002 ^b
Απόφοιτος Λυκείου	40	135 (20)	133 (121 - 152)	0.600 ^b
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	10	142 (14)	150 (132 - 150)	0.028 ^b
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	14	155 (14)	156 (153 - 156)	0.017 ^b
Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	13	151 (12)	149 (149 - 160)	0.367 ^b
Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	2	147 (32)	147 (124 - 169)	-
Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	0	-	-	-
Είδος επίσκεψης				
Έκτακτη	125	145 (19)	150 (135 - 155)	< 0.001
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	19	143 (23)	135 (117 - 164)	0.042 ^b
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	1	-	-	-
Προληπτικοί λόγοι	5	130 (0.1)	130 (130 - 130)	0.325 ^b
Ασφαλιστικό Ταμείο				
Ανασφάλιστος	8	138 (15)	142 (124 - 150)	0.337 ^b
Δημόσιο	31	146 (16)	150 (133 - 156)	0.011 ^b
ΙΚΑ	33	144 (21)	132 (128 - 156)	0.001 ^b
ΟΓΑ	31	148 (16)	152 (146 - 154)	0.001 ^b
Ο.Α.Ε.Ε	9	123 (31)	128 (103 - 141)	0.454 ^b
ΤΣΜΕΔΕ	0	-	-	-
ΤΣΑ	4	162 (5)	160 (160 - 165)	0.017 ^b
ΔΕΗ	0	-	-	-
Τραπεζοπαλλήλων	0	-	-	-
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	34	147 (16)	144 (140 - 154)	0.013 ^b
Οικογενειακή κατάσταση				

Άγαμος/η	37	140 (18)	133 (127 - 159)	0.009 ^b
Έγγαμος/η	73	147 (19)	152 (133 - 156)	< 0.001 ^a
Διαζευγμένος/η	0	-	-	-
Χήρος/α	40	145 (19)	146 (140 - 154)	< 0.001 ^b
Υπηκοότητα				
Ελληνική	148	145 (19)	144 (143 - 144)	0.001 ^a
Άλλη	2	144 (0.1)	149 (132 - 156)	-
Τόπος κατοικίας				
Χίος	145	144 (18)	149 (132 - 154)	< 0.001 ^a
Αθήνα	5	176 (18)	184 (183 - 184)	< 0.001 ^b

^a Στατιστικός έλεγχος Kolmogorov - Smirnov για μεγάλα δείγματα ($n > 40$)

^b Στατιστικός έλεγχος Shapiro – Wilk για μικρά δείγματα ($n < 40$)

Σύγκριση σκορ ικανοποίησης στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων & των κλινικών

Πριν γίνει η σύγκριση του σκορ ικανοποίησης στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων και των κλινικών θα πρέπει να επισημανθούν τα παρακάτω.

Από το Πίνακα 2 παρατηρείται ότι για κάποια δημογραφικά στοιχεία όπως η ηλικία, η εκπαίδευση και το ασφαλιστικό ταμείο η κατηγοριοποίηση που υπάρχει περιλαμβάνει πολλά επίπεδα με αποτέλεσμα το δείγμα σε κάθε επίπεδο να είναι αρκετά μικρό. Αυτό συμβαίνει και για τη μεταβλητή είδος επίσκεψης για την οποία δεν υπάρχουν πολλά επίπεδα αλλά στο δείγμα μόνο ένα άτομο επισκέφτηκε το νοσοκομείο της Χίου για επανεξέταση. Αντίστοιχα, για τις μεταβλητές υπηκοότητα και τόπος κατοικίας όπου μόνο δύο άτομα δεν έχουν Ελληνική υπηκοότητα και μόνο πέντε δεν διαμένουν στη Χίο.

Ο μικρός και άνισος αριθμός ασθενών μεταξύ επιπέδων μίας κατηγορικής μεταβλητής μπορεί να οδηγήσει στην εξαγωγή λάθος συμπερασμάτων. Επομένως θεωρήθηκε αναγκαία η ομαδοποίηση κάποιων κατηγοριών στις μεταβλητές ηλικία, εκπαίδευση, ασφαλιστικό ταμείο και είδος επίσκεψης. Στόχος ήταν οι νέες κατηγορίες που δημιουργήθηκαν να έχουν όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα χωρίς όμως να είναι αυθαίρετες, δηλαδή, στη περίπτωση της εκπαίδευσης για παράδειγμα δεν ομαδοποιήθηκε η κατηγορία των αναλφάβητων με αυτών που έχουν μεταπτυχιακό. Αντίστοιχα, δεν θα είχε νόημα να γίνει κάποια ομαδοποίηση των κατηγοριών της υπηκοότητας και αυτών του τόπου κατοικίας. Ωστόσο, τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης για τα επίπεδα αυτών των δύο μεταβλητών θα πρέπει να γίνει προσεχτικά.

Στο Πίνακα 3 δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης στις κατηγορίες των κλινικών και των δημογραφικών στοιχείων με τις νέες κατηγορίες για τις μεταβλητές ηλικία, εκπαίδευση, ασφαλιστικό ταμείο και είδος επίσκεψης.

Πίνακας 3. Σύγκριση του σκορ ικανοποίησης στις διάφορες κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων και των κλινικών. Δίνονται περιγραφικά μέτρα ανά κατηγορία και η στατιστική σημαντικότητα (p-value) του ανάλογου ελέγχου. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Κλινική νοσοκομείου				
Παθολογική	50	140 (19)	138 (128 - 154)	0.071 ^b
Χειρουργική	50	144 (20)	146 (130 - 156)	
Καρδιολογική	50	151 (16)	150 (141 - 154)	
Συμπλήρωση ερωτ. Από				
Συγγενή/Συνοδό/Νοσηλευτή	60	146 (20)	152 (130 - 154)	0.436 ^a
Ασθενή	90	144 (18)	147 (132 - 156)	
Φύλο				
Γυναίκα	75	144 (19)	141 (131 - 154)	0.245 ^a
Άνδρας	75	146 (19)	151 (135 - 156)	
Ηλικία				
< 25	20	138 (16)	140 (130 - 158)	0.341 ^b
25 - 44	21	142 (20)	135 (127 - 156)	
45 - 65	36	147 (14)	150 (140 - 156)	
> 65	73	146 (21)	150 (138 - 154)	
Εκπαίδευση				
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	151 (34)	160 (150 - 170)	< 0.001 ^b
Απόφοιτος Δημοτικού	47	151 (15)	152 (143 - 154)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	133 (9)	132 (130 - 140)	
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	50	137 (19)	136 (125 - 152)	
Πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, MSc, MA, MBA)	29	153 (14)	156 (149 - 159)	
Είδος επίσκεψης				
Έκτακτη	125	146 (19)	150 (135 - 155)	0.132 ^a
Άλλη (Χρόνιο πρόβλημα υγείας, Επανεκτίμηση/Επανελέγχος, Προληπτικοί λόγοι)	25	141 (21)	133 (130 - 160)	
Ασφαλιστικό Ταμείο				

Ανασφάλιστος	8	138 (15)	142 (124 - 150)	0.238 ^a
Ασφαλισμένος	142	145 (19)	150 (132 - 155)	
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	37	140 (18)	133 (127 - 159)	0.150 ^a
Έγγαμος/η	73	147 (19)	152 (133 - 156)	
Χήρος/α	40	145 (19)	146 (140 - 154)	
Υψηκότητα				
Ελληνική	148	145 (19)	144 (143 - 144)	0.718 ^a
Άλλη	2	144 (0.1)	149 (132 - 156)	
Τόπος κατοικίας				
Χίος	145	144 (18)	149 (132 - 154)	0.005 ^a
Αθήνα	5	176 (18)	184 (183 - 184)	

^a Στατιστικός έλεγχος Mann - Whitney για μεταβλητές με δύο κατηγορίες

^b Κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς Kruskal – Wallis για τις μεταβλητές με πολλές κατηγορίες

Από το Πίνακα 3 μπορούν να προκύψουν τα εξής:

- ⇒ Η διάμεση τιμή (50 % της κατανομής) του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 138 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τη παθολογική κλινική του νοσοκομείου της Χίου, στο 146 για τους ασθενείς της χειρουργικής κλινικής και στο 150 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν τη καρδιολογική κλινική του νοσοκομείου. Αυτή η διαφορά δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 %, ενώ είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 10 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.073 < 0.1$). Μπορεί, λοιπόν, να θεωρηθεί ότι υπάρχει μία ένδειξη για διαφορετικό σκορ ικανοποίησης ανάλογα με την κλινική που επισκέφτηκαν οι ασθενείς με υψηλότερο σκορ ικανοποίησης για τη καρδιολογική κλινική.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 152 όταν το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν από κάποιο συνοδό, συγγενή ή νοσηλευτή και στο 147 όταν το συμπλήρωναν οι ίδιοι οι ασθενείς. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.436$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης δεν εξαρτάται από το αν το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τον ίδιο τον ασθενή ή όχι.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 141 για τις γυναίκες ασθενείς και στο 151 για τους άνδρες. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.245$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης είναι ανεξάρτητη από το φύλο του συμμετέχοντα.

- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 140 για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών, στο 135 για τους ασθενείς ηλικίας 25 με 44 ετών και στο 150 για τους ασθενείς 45 με 65 ετών και για αυτούς με ηλικία μεγαλύτερη των 65 ετών. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.341$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης δεν διαφέρει ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα του ασθενούς.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 160 για τους ασθενείς που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις, στο 152 για τους απόφοιτους δημοτικού, στο 132 για τους απόφοιτους γυμνασίου, στο 136 για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής και στο 156 για τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση. Αυτή η διαφορά είναι πολύ στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης ποικίλλει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τα άτομα που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις. Θα πρέπει να υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς αυτό το αποτέλεσμα δεδομένου ότι τα άτομα χωρίς γραμματικές γνώσεις ήταν μόλις εννιά γεγονός που μπορεί να καταστήσει το αποτέλεσμα αυτού του ελέγχου τυχαίο.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 150 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο και στο 133 για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για άλλο λόγο (χρόνιο πρόβλημα υγείας, επανέλεγχος, πρόληψη). Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.132$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης δεν διαφέρει ανάλογα με το είδος της επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο της Χίου.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 142 για τους ασθενείς που ήταν ανασφάλιστοι και στο 150 για όσους είχαν κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.238$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης είναι ανεξάρτητη του αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή όχι.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 133 για τους άγαμους ασθενείς, στο 152 για τους έγγαμους και στο 146 για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.150$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης δεν διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 144 για τους ασθενείς Ελληνικής υπηκοότητας και στο 149 για τους δύο ασθενείς άλλης υπηκοότητας. Η διαφορά αυτή δεν είναι

στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.718$). Δεν μπορεί να βγει ένα σαφές αποτέλεσμα για το αν το σκορ ικανοποίησης διαφέρει ανάλογα με την υπηκοότητα του ασθενούς δεδομένου ότι το 99% των ασθενών είναι Ελληνικής υπηκοότητας.

⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης ανέρχεται στο 149 για τους ασθενείς που κατοικούν στη Χίο και στο 184 για τους πέντε ασθενείς που έχουν άλλο τόπο κατοικίας (Αθήνα). Αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.005 < 0.05$). Από αυτό το αποτέλεσμα προκύπτει ότι οι ασθενείς που διαμένουν στην Αθήνα έχουν σε βαθμό στατιστικά σημαντικό υψηλότερο σκορ ικανοποίησης από ότι οι ασθενείς από τη Χίο. Το πιθανότερο είναι ότι αυτό το αποτέλεσμα είναι τυχαίο και θα πρέπει να αντιμετωπιστεί με επιφυλακτικότητα, δεδομένου ότι τα άτομα που κατοικούν στην Αθήνα είναι μόνο πέντε.

B.10. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Στη συνέχεια παρουσιάζεται συγκριτική ανάλυση της ικανοποίησης, με συσχέτιση των πινάκων. Σκορ ικανοποίησης για τις επιμέρους υποδομές του νοσοκομείου (υποδοχή, αναμονή, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, γενική εξυπηρέτηση, ειδικά στοιχεία).

Η δομή του ερωτηματολογίου και η διαμόρφωση του σε επιμέρους ομάδες ερωτήσεων που αφορούσαν την ικανοποίηση των ασθενών από την υποδοχή, την αναμονή, τη νοσηλευτική και ιατρική φροντίδα, τη γενική εξυπηρέτηση και κάποια ειδικά στοιχεία, έδινε τη δυνατότητα για τον υπολογισμό των επιμέρους σκορ ικανοποίησης σχετικά με τις παραπάνω υποδομές του νοσοκομείου της Χίου.

Αντίστοιχα με το συνολικό σκορ ικανοποίησης, υπολογίστηκαν και τα επιμέρους σκορ με την απόδοση μίας βαθμολογίας σε κάθε ερώτηση ανάλογα με την απάντηση του ασθενή ξεκινώντας με το 1 για κάποιον που δήλωνε πολύ δυσαρεστημένος και φτάνοντας στο 5 για κάποιον που ήταν πολύ ικανοποιημένος (2: Δυσανεστημένος, 3: Ούτε δυσαρεστημένος, ούτε ικανοποιημένος, 4: Ικανοποιημένος). Οι βαθμολογίες από όλες τις ερωτήσεις που αφορούσαν μία επιμέρους υποδομή αθροίστηκαν για να διαμορφωθεί το σκορ ικανοποίησης για τη συγκεκριμένη υποδομή και αυτό για κάθε ασθενή. Όσο υψηλότερο ήταν το σκορ, τόσο πιο ικανοποιημένος ήταν ο ασθενής από τη συγκεκριμένη υποδομή του νοσοκομείου της Χίου. Η μέγιστη τιμή που μπορούσε να πάρει το επιμέρους σκορ ικανοποίησης εξαρτιόταν από το πλήθος των ερωτήσεων που αφορούσαν την επιμέρους υποδομή. Έτσι, για παράδειγμα, η μέγιστη δυνατή τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ήταν $3*5 = 15$ (βαθμολογία 5 στις 3 ερωτήσεις της υποδοχής) και η ελάχιστη 3 (βαθμολογία 1 στις 3 ερωτήσεις της υποδοχής). Στο Πίνακα 1 δίνονται οι ελάχιστες και μέγιστες δυνατές τιμές των σκορ

ικανοποίησης ανά υποδομή του νοσοκομείου ανάλογα με τον αριθμό των ερωτήσεων που αναφέρονται σε αυτές.

Πίνακας 1. Ελάχιστες και μέγιστες δυνατές τιμές των σκορ ικανοποίησης ανά νοσοκομειακή υποδομή. N ο αριθμός των ερωτήσεων ανά υποδομή.

Υποδομή	N	Ελάχιστη δυνατή τιμή	Μέγιστη δυνατή τιμή
Υποδοχή	3	3	15
Αναμονή	5	5	25
Νοσηλευτική φροντίδα	8	8	40
Ιατρική φροντίδα	7	7	35
Γενική εξυπηρέτηση	7	7	35
Ειδικά στοιχεία	9	9	45

Με βάση τις απαντήσεις των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου ικανοποίησης δημιουργήθηκαν τα σκορ ικανοποίησης ανά υποδομή όπως περιγράφηκε παραπάνω. Στο Πίνακα 2 παρουσιάζονται κάποια περιγραφικά μέτρα αυτών των σκορ για όλο των δείγμα των ασθενών. Παρατηρούνται τα εξής:

- ⇒ Η διάμεση τιμή (50 % του δείγματος) του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή φτάνει στο 12. Δεδομένου ότι η κλίμακα του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή κυμαίνεται μεταξύ του 3, πλήρη δυσαρέσκεια, και του 15, πλήρη ικανοποίηση, η τιμή 12 υποδεικνύει μία καλή κατάσταση ικανοποίησης. Επομένως το μισό δείγμα των ασθενών δηλώνει ικανοποιημένο από την υποδοχή του νοσοκομείου της Χίου.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή φτάνει στο 19. Δεδομένου ότι η κλίμακα του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή κυμαίνεται μεταξύ του 5, πλήρη δυσαρέσκεια, και του 25, πλήρη ικανοποίηση, η τιμή 19 υποδεικνύει μία καλή κατάσταση ικανοποίησης. Επομένως το μισό δείγμα των ασθενών δηλώνει ικανοποιημένο από την αναμονή στο νοσοκομείο της Χίου.

- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα φτάνει στο 30. Δεδομένου ότι η κλίμακα του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα κυμαίνεται μεταξύ του 8, πλήρη δυσαρέσκεια, και του 40, πλήρη ικανοποίηση, η τιμή 30 υποδεικνύει μία καλή κατάσταση ικανοποίησης. Επομένως το μισό δείγμα των ασθενών δηλώνει ικανοποιημένο από τη νοσηλευτική φροντίδα του νοσοκομείου της Χίου.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα φτάνει στο 28. Δεδομένου ότι η κλίμακα του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα κυμαίνεται μεταξύ του 7, πλήρη δυσαρέσκεια, και του 35, πλήρη ικανοποίηση, η τιμή 28 υποδεικνύει μία καλή κατάσταση ικανοποίησης. Επομένως το μισό δείγμα των ασθενών δηλώνει ικανοποιημένο από την ιατρική φροντίδα του νοσοκομείου της Χίου.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση φτάνει στο 26. Δεδομένου ότι η κλίμακα του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση κυμαίνεται μεταξύ του 7, πλήρη δυσαρέσκεια, και του 35, πλήρη ικανοποίηση, η τιμή 26 υποδεικνύει μία καλή κατάσταση ικανοποίησης. Επομένως το μισό δείγμα των ασθενών δηλώνει ικανοποιημένο από τη γενική εξυπηρέτηση του νοσοκομείου της Χίου.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία φτάνει στο 33. Δεδομένου ότι η κλίμακα του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία κυμαίνεται μεταξύ του 9, πλήρη δυσαρέσκεια, και του 45, πλήρη ικανοποίηση, η τιμή 33 υποδεικνύει μία καλή κατάσταση ικανοποίησης. Επομένως το μισό δείγμα των ασθενών δηλώνει ικανοποιημένο από τα ειδικά στοιχεία του νοσοκομείου της Χίου.

Πίνακας 2. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς για τα σκορ ικανοποίησης ανά νοσοκομειακή υποδομή για το σύνολο των ασθενών. Δίνεται η στατιστική σημαντικότητα (p-value) του ελέγχου κανονικότητας Kolmogorov - Smirnov. Η κατανομή είναι κανονική εάν p-value > 0.05. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Υποδοχή	150	12 (2)	12 (11 - 12)	< 0.001
Αναμονή	150	19 (3)	19 (18 - 20)	< 0.001
Νοσηλευτική φροντίδα	150	30 (5)	30 (28 - 32)	< 0.001
Ιατρική φροντίδα	150	27 (5)	28 (24 - 28)	< 0.001

Γενική εξυπηρέτηση	150	26 (3)	26 (23 - 28)	< 0.001
Ειδικά στοιχεία	150	32 (6)	33 (28 - 36)	< 0.001

Σύγκριση σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή στις κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων

Στο Πίνακα 3 δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης, ασφαλιστικό ταμείο και οικογενειακή κατάσταση. Να επισημανθεί ότι για τις μεταβλητές ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης και ασφαλιστικό ταμείο χρησιμοποιήθηκε η κατηγοριοποίηση που ομαδοποιούσε κάποιες κατηγορίες αυτών των μεταβλητών, έτσι όπως αυτές υπήρχαν στο ερωτηματολόγιο, με στόχο τη δημιουργία μη αυθαίρετων κατηγοριών στις οποίες υπάγονταν όσο το δυνατόν περισσότερα άτομα (περισσότερες λεπτομέρειες υπάρχουν στην προηγούμενη αναφορά της στατιστικής ανάλυσης).

Πίνακας 3. Σύγκριση του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το είδος της επίσκεψης, το ασφαλιστικό ταμείο και την οικογενειακή κατάσταση. Δίνονται περιγραφικά μέτρα ανά κατηγορία και η στατιστική σημαντικότητα (p-value) του ανάλογου ελέγχου. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Φύλο				
Γυναίκα	75	12 (2)	12 (11 - 12)	0.686 ^a
Ανδρας	75	12 (2)	12 (11 - 12)	
Ηλικία				
< 25	20	11 (2)	10 (9 - 13)	0.176 ^b
25 – 44	21	12 (2)	12 (11 - 15)	
45 – 65	36	12 (1)	12 (11 - 12)	
> 65	73	12 (2)	12 (11 - 12)	
Εκπαίδευση				
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	12 (10)	12 (11 - 15)	< 0.001 ^b
Απόφοιτος Δημοτικού	47	12 (1)	12 (12 - 12)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	10 (2)	11 (9 - 11)	
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	50	11 (2)	12 (10 - 12)	

Πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, ΜSc, ΜΑ, ΜΒΑ)	29	12 (2)	12 (12 - 14)	
Είδος επίσκεψης				
Έκτακτη	125	12 (2)	12 (11 - 12)	0.164 ^a
Άλλη (Χρόνιο πρόβλημα υγείας, Επανεκτίμηση/Επανελέγχος, Προληπτικοί λόγοι)	25	11 (3)	11 (9 - 14)	
Ασφαλιστικό Ταμείο				
Ανασφάλιστος	8	11 (1)	11 (10 - 12)	0.250 ^a
Ασφαλισμένος	142	12 (2)	12 (11 - 12)	
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	37	11 (2)	11 (9 - 12)	0.099 ^a
Τ		12 (2)	12 (11 - 12)	
		12 (2)	12 (11 - 12)	

^a Στατιστικός έλεγχος Mann - Whitney για μεταβλητές με δύο κατηγορίες

^b Κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς Kruskal - Wallis για τις μεταβλητές με πολλές κατηγορίες

Από το Πίνακα 3 μπορούν να προκύψουν τα εξής:

- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ανέρχεται στο 12 τόσο για τις γυναίκες όσο και για τους άντρες ασθενείς. Η μη ύπαρξη διαφοράς μεταξύ των δύο τιμών επιβεβαιώνεται και από το μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του ελέγχου Mann - Whitney σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.686$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή είναι ανεξάρτητη από το φύλο του συμμετέχοντα.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ανέρχεται στο 10 για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών και στο 12 για τους ασθενείς όλων των υπόλοιπων ηλικιακών ομάδων. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.176$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή δεν διαφέρει ανάλογα με την ηλικιακή ομάδα του ασθενούς.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ανέρχεται στο 12 για τους ασθενείς που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις και για τους απόφοιτους δημοτικού, στο 10 για τους απόφοιτους γυμνασίου, στο 11 για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής και στο 12 για

τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση. Οι όποιες διαφορές υπάρχουν προκύπτουν πολύ στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ποικίλλει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τα άτομα που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις και τις μικρότερες για τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου. Θα πρέπει να υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς αυτό το αποτέλεσμα δεδομένου ότι τα άτομα χωρίς γραμματικές γνώσεις ήταν μόλις εννιά, γεγονός που μπορεί να καταστήσει το αποτέλεσμα αυτού του ελέγχου τυχαίο.

- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ανέρχεται στο 12 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο και στο 11 για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για άλλο λόγο (χρόνιο πρόβλημα υγείας, επανέλεγχος, πρόληψη). Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.164$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή δεν διαφέρει ανάλογα με το είδος της επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο της Χίου.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ανέρχεται στο 11 για τους ασθενείς που ήταν ανασφάλιστοι και στο 12 για όσους είχαν κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.250$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή είναι ανεξάρτητη του αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή όχι.
- ⇒ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή ανέρχεται στο 11 για τους άγαμους ασθενείς και στο 12 για τους έγγαμους και τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.099$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή δεν διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς.

Σύγκριση σκορ ικανοποίησης από την αναμονή στις κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων

Στο Πίνακα 4 δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης, ασφαλιστικό ταμείο και οικογενειακή κατάσταση. Η κατηγοριοποίηση των μεταβλητών ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης και ασφαλιστικό ταμείο είναι η ίδια με αυτή που χρησιμοποιήθηκε για το σκορ ικανοποίησης από την υποδοχή.

Πίνακας 4. Σύγκριση του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το είδος της επίσκεψης, το ασφαλιστικό ταμείο και την οικογενειακή κατάσταση. Δίνονται περιγραφικά μέτρα ανά κατηγορία και η στατιστική σημαντικότητα (p-value) του ανάλογου ελέγχου. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης από την αναμονή	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Φύλο				
Γυναίκα	75	19 (3)	19 (18 - 22)	0.280 ^a
Ανδρας	75	19 (3)	20 (17 - 20)	
Ηλικία				
< 25	20	18 (3)	18 (16 - 22)	0.007 ^b
25 – 44	21	18 (2)	18 (17 - 19)	
45 – 65	36	18 (3)	19 (17 - 20)	
> 65	73	20 (3)	20 (18 - 22)	
Εκπαίδευση				
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	20 (4)	20 (18 - 23)	< 0.001 ^b
Απόφοιτος Δημοτικού	47	20 (2)	20 (19 - 22)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	20 (2)	19 (18 - 22)	
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	50	17 (3)	17 (15 - 19)	
Πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, MSc, MA, MBA)	29	20 (2)	20 (20 - 21)	
Είδος επίσκεψης				
Έκτακτη	125	19 (3)	19 (18 - 20)	0.923 ^a
Άλλη (Χρόνιο πρόβλημα υγείας, Επανεκτίμηση/Επανέλεγχος, Προληπτικοί λόγοι)	25	19 (3)	19 (17 - 22)	
Ασφαλιστικό Ταμείο				
Ανασφάλιστος	8	17 (4)	18 (13 - 20)	0.039 ^a

Ασφαλισμένος	142	19 (3)	20 (18 - 20)	
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	37	18 (3)	18 (17 - 21)	0.032^a
Τ		19 (3)	20 (18 - 20)	
		20 (3)	20 (18 - 22)	

^a Στατιστικός έλεγχος Mann - Whitney για μεταβλητές με δύο κατηγορίες

^b Κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς Kruskal - Wallis για τις μεταβλητές με πολλές κατηγορίες

Από το Πίνακα 4 μπορούν να προκύψουν τα εξής:

- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ανέρχεται στο 19 για τις γυναίκες ασθενείς, ενώ για τους άντρες ασθενείς ανέρχεται στο 20. Η διαφορά αυτή είναι μη στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.280$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή είναι ανεξάρτητη από το φύλο του συμμετέχοντα.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ανέρχεται στο 18 για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών και για τους ασθενείς μεταξύ 25 και 44 ετών. Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή για τους ασθενείς ηλικίας μεταξύ 45 και 65 ετών ανέρχεται στο 19, ενώ για τους ασθενείς άνω των 65 ετών στο 20. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.007 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ποικίλλει ανάλογα με την ηλικία, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τα άτομα άνω των 65 ετών και τις μικρότερες για τους ασθενείς κάτω των 45 ετών.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ανέρχεται στο 20 για τους ασθενείς που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις και για τους απόφοιτους δημοτικού, στο 19 για τους απόφοιτους γυμνασίου, στο 17 για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής και στο 20 για τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση. Οι όποιες διαφορές υπάρχουν προκύπτουν πολύ στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ποικίλλει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τα άτομα που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις και τις μικρότερες για τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι λυκείου ή τεχνικής σχολής. Θα πρέπει να υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς αυτό το αποτέλεσμα δεδομένου ότι τα άτομα χωρίς γραμματικές γνώσεις ήταν μόλις εννιά γεγονός που μπορεί να καταστήσει το αποτέλεσμα αυτού του ελέγχου τυχαίο.

- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ανέρχεται στο 19 τόσο για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο όσο και για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για άλλο λόγο (χρόνιο πρόβλημα υγείας, επανέλεγχος, πρόληψη). Η μη ύπαρξη διαφοράς μεταξύ των δύο τιμών επιβεβαιώνεται και από το μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του ελέγχου Mann - Whitney σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.923$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή δεν διαφέρει ανάλογα με το είδος της επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο της Χίου.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ανέρχεται στο 18 για τους ασθενείς που ήταν ανασφάλιστοι και στο 20 για όσους είχαν κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.039 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ποικίλλει ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή όχι, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τα άτομα που ήταν ασφαλισμένα. Θα πρέπει να υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς αυτό το αποτέλεσμα δεδομένου ότι τα άτομα χωρίς ασφάλιση ήταν μόλις οκτώ γεγονός που μπορεί να καταστήσει το αποτέλεσμα αυτού του ελέγχου τυχαίο.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή ανέρχεται στο 18 για τους άγαμους ασθενείς και στο 20 για τους έγγαμους και τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.032 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την αναμονή διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας και τις μικρότερες για τους άγαμους ασθενείς.

Σύγκριση σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα στις κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων

Στο Πίνακα 5 δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης, ασφαλιστικό ταμείο και οικογενειακή κατάσταση. Η κατηγοριοποίηση των μεταβλητών ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης και ασφαλιστικό ταμείο είναι η ίδια με αυτή που χρησιμοποιήθηκε για τα παραπάνω σκορ ικανοποίησης.

Πίνακας 5. Σύγκριση του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το είδος της επίσκεψης, το ασφαλιστικό ταμείο και την οικογενειακή κατάσταση.

Δίνονται περιγραφικά μέτρα ανά κατηγορία και η στατιστική σημαντικότητα (p-value) του ανάλογου ελέγχου. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Φύλο				
Γυναίκα	75	30 (4)	29 (28 - 32)	0.004^a
Ανδρας	75	31 (4)	32 (29 - 33)	
Ηλικία				
< 25	20	29 (3)	30 (28 - 33)	0.227 ^b
25 – 44	21	30 (5)	32 (27 - 33)	
45 – 65	36	31 (3)	32 (29 - 34)	
> 65	73	30 (5)	29 (28 - 32)	
Εκπαίδευση				
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	31 (9)	33 (26 - 40)	0.022^b
Απόφοιτος Δημοτικού	47	30 (4)	30 (28 - 32)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	28 (4)	29 (29 - 30)	
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	50	30 (4)	30 (27 - 33)	
Πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση (AEI, TEI, MSc, MA, MBA)	29	32 (4)	32 (29 - 33)	
Είδος επίσκεψης				
Έκτακτη	125	30 (5)	31 (28 - 32)	0.134 ^a
Άλλη (Χρόνιο πρόβλημα υγείας, Επανεκτίμηση/Επανελέγχος, Προληπτικοί λόγοι)	25	30 (5)	29 (27 - 32)	
Ασφαλιστικό Ταμείο				
Ανασφάλιστος	8	31 (4)	31 (29 - 36)	0.553 ^a
Ασφαλισμένος	142	30 (5)	30 (28 - 32)	
Οικογενειακή κατάσταση				

Άγαμος/η	37	30 (4)	30 (27 - 33)	0.005^a
Τ		31 (5)	32 (29 - 32)	
		29 (4)	28 (28 - 31)	

^a Στατιστικός έλεγχος Mann - Whitney για μεταβλητές με δύο κατηγορίες

^b Κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς Kruskal - Wallis για τις μεταβλητές με πολλές κατηγορίες

Από το Πίνακα 5 μπορούν να προκύψουν τα εξής:

- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ανέρχεται στο 29 για τις γυναίκες ασθενείς, ενώ για τους άντρες ασθενείς ανέρχεται στο 32. Η διαφορά αυτή είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.004 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα διαφέρει ανάλογα με το φύλο του ασθενούς, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους άνδρες συμμετέχοντες.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ανέρχεται στο 30 για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών και στο 32 για τους ασθενείς μεταξύ 25 και 44 ετών. Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα για τους ασθενείς ηλικίας μεταξύ 45 και 65 ετών ανέρχεται επίσης στο 32, ενώ για τους ασθενείς άνω των 65 ετών στο 29. Οι όποιες διαφορές από τις παραπάνω δεν είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.227$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ανεξάρτητη της ηλικίας του συμμετέχοντα.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ανέρχεται στο 33 για τους ασθενείς που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις, στο 30 για τους απόφοιτους δημοτικού, στο 29 για τους απόφοιτους γυμνασίου, στο 30 για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής και στο 32 για τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση. Οι όποιες διαφορές υπάρχουν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.022 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ποικίλλει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τα άτομα που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις και τις μικρότερες για τους ασθενείς που ήταν απόφοιτοι γυμνασίου. Θα πρέπει να υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς αυτό το αποτέλεσμα δεδομένου ότι τα άτομα χωρίς γραμματικές γνώσεις ήταν μόλις εννιά γεγονός που μπορεί να καταστήσει το αποτέλεσμα αυτού του ελέγχου τυχαίο.

- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ανέρχεται στο 31 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο και στο 29 για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για άλλο λόγο (χρόνιο πρόβλημα υγείας, επανέλεγχος, πρόληψη). Η διαφορά μεταξύ των δύο τιμών δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.134$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα δεν διαφέρει ανάλογα με το είδος της επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο της Χίου.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ανέρχεται στο 31 για τους ασθενείς που ήταν ανασφάλιστοι και στο 30 για όσους είχαν κάποιο ασφαλιστικό φορέα. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.553$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα δεν διαφέρει ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή όχι.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα ανέρχεται στο 30 για τους άγαμους ασθενείς, στο 32 για τους έγγαμους και στο 29 για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας. Οι διαφορές αυτές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.005 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους έγγαμους και τις μικρότερες για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας.

Σύγκριση σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα στις κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων

Στο Πίνακα 6 δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης, ασφαλιστικό ταμείο και οικογενειακή κατάσταση. Η κατηγοριοποίηση των μεταβλητών ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης και ασφαλιστικό ταμείο είναι η ίδια με αυτή που χρησιμοποιήθηκε για τα παραπάνω σκορ ικανοποίησης.

Πίνακας 6. Σύγκριση του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το είδος της επίσκεψης, το ασφαλιστικό ταμείο και την οικογενειακή κατάσταση. Δίνονται περιγραφικά μέτρα ανά κατηγορία και η στατιστική σημαντικότητα ($p\text{-value}$) του ανάλογου ελέγχου. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
--	---	-----------------------------	---	---------

Φύλο					
	Γυναίκα	75	26 (5)	26 (23 - 28)	0.057 ^a
	Άνδρας	75	27 (4)	28 (25 - 28)	
Ηλικία					
	< 25	20	26 (4)	26 (25 - 28)	0.140 ^b
	25 – 44	21	27 (5)	28 (24 - 29)	
	45 – 65	36	28 (3)	28 (26 - 28)	
	> 65	73	26 (5)	27 (23 - 28)	
Εκπαίδευση					
	Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	28 (7)	28 (23 - 35)	0.150 ^b
	Απόφοιτος Δημοτικού	47	27 (4)	27 (23 - 28)	
	Απόφοιτος Γυμνασίου	15	23 (6)	27 (15 - 30)	
	Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	50	26 (4)	26 (24 - 28)	
	Πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, MSc, MA, MBA)	29	28 (4)	28 (26 - 29)	
Είδος επίσκεψης					
	Έκτακτη	125	27 (4)	28 (24 - 28)	0.100 ^a
	Άλλη (Χρόνιο πρόβλημα υγείας, Επανεκτίμηση/Επανελέγχος, Προληπτικοί λόγοι)	25	25 (6)	26 (25 - 28)	
Ασφαλιστικό Ταμείο					
	Ανασφάλιστος	8	25 (4)	28 (21 - 28)	0.394 ^a
	Ασφαλισμένος	142	27 (5)	28 (24 - 28)	
Οικογενειακή κατάσταση					
	Άγαμος/η	37	26 (4)	26 (24 - 29)	0.123 ^a
	Τ		27 (5)	28 (26 - 28)	
			26 (4)	27 (23 - 28)	

^a Στατιστικός έλεγχος Mann - Whitney για μεταβλητές με δύο κατηγορίες

^b Κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς Kruskal - Wallis για τις μεταβλητές με πολλές κατηγορίες

Από το Πίνακα 6 μπορούν να προκύψουν τα εξής:

- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ανέρχεται στο 26 για τις γυναίκες ασθενείς, ενώ για τους άντρες ασθενείς ανέρχεται στο 28. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.057$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο του ασθενούς.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ανέρχεται στο 26 για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών και στο 28 για τους ασθενείς μεταξύ 25 και 44 ετών. Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα για τους ασθενείς ηλικίας μεταξύ 45 και 65 ετών ανέρχεται επίσης στο 28, ενώ για τους ασθενείς άνω των 65 ετών στο 27. Οι όποιες διαφορές από τις παραπάνω δεν είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.140$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα είναι ανεξάρτητη της ηλικίας του συμμετέχοντα.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ανέρχεται στο 28 για τους ασθενείς που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις, στο 27 για τους απόφοιτους δημοτικού και τους απόφοιτους γυμνασίου, στο 26 για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής και στο 28 για τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση. Οι όποιες διαφορές υπάρχουν δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.150$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα δεν διαφέρει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ανέρχεται στο 28 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο και στο 26 για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για άλλο λόγο (χρόνιο πρόβλημα υγείας, επανέλεγχος, πρόληψη). Η διαφορά μεταξύ των δύο τιμών δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.100$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα είναι ανεξάρτητη του είδους επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο της Χίου.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ανέρχεται στο 28 τόσο για τους ανασφάλιστους όσο και για τους ασφαλισμένους ασθενείς. Η μη ύπαρξη διαφοράς μεταξύ των δύο τιμών επιβεβαιώνεται και από το μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του ελέγχου Mann - Whitney σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.394$). Επομένως η τιμή του

σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα δεν διαφέρει ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή όχι.

- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ανέρχεται στο 26 για τους άγαμους ασθενείς, στο 28 για τους έγγαμους και στο 27 για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας. Οι διαφορές αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.123$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα δεν διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς.

Σύγκριση σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση στις κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων

Στο Πίνακα 7 δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης, ασφαλιστικό ταμείο και οικογενειακή κατάσταση. Η κατηγοριοποίηση των μεταβλητών ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης και ασφαλιστικό ταμείο είναι η ίδια με αυτή που χρησιμοποιήθηκε για τα παραπάνω σκορ ικανοποίησης.

Πίνακας 7. Σύγκριση του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το είδος της επίσκεψης, το ασφαλιστικό ταμείο και την οικογενειακή κατάσταση. Δίνονται περιγραφικά μέτρα ανά κατηγορία και η στατιστική σημαντικότητα (p-value) του ανάλογου ελέγχου. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Φύλο				
Γυναίκα	75	25 (4)	26 (23 - 28)	0.636 ^a
Άνδρας	75	26 (3)	27 (23 - 28)	
Ηλικία				
< 25	20	24 (3)	23 (22 - 27)	0.001 ^b
25 – 44	21	24 (3)	24 (23 - 26)	
45 – 65	36	26 (3)	25 (24 - 28)	
> 65	73	26 (4)	27 (24 - 28)	
Εκπαίδευση				
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	26 (6)	28 (23 - 31)	< 0.001 ^b

Απόφοιτος Δημοτικού	47	28 (3)	27 (27 - 28)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	23 (3)	23 (21 - 24)	
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	50	24 (3)	24 (22 - 25)	
Πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, MSc, MA, MBA)	29	26 (3)	27 (24 - 28)	
Είδος επίσκεψης				
Έκτακτη	125	26 (3)	27 (24 - 28)	
Άλλη (Χρόνιο πρόβλημα υγείας, Επανεκτίμηση/Επανελέγχος, Προληπτικοί λόγοι)	25	24 (3)	24 (21 - 27)	0.048^a
Ασφαλιστικό Ταμείο				
Ανασφάλιστος	8	23 (3)	23 (21 - 27)	
Ασφαλισμένος	142	26 (3)	27 (23 - 28)	0.081 ^a
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	37	24 (3)	23 (22 - 27)	
Τ		25 (3)	26 (24 - 28)	< 0.001^a
		27 (4)	27 (25 - 28)	

^a Στατιστικός έλεγχος Mann - Whitney για μεταβλητές με δύο κατηγορίες

^b Κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς Kruskal - Wallis για τις μεταβλητές με πολλές κατηγορίες

Από το Πίνακα 7 μπορούν να προκύψουν τα εξής:

- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ανέρχεται στο 26 για τις γυναίκες ασθενείς, ενώ για τους άντρες ασθενείς ανέρχεται στο 27. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.636$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο του ασθενούς.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ανέρχεται στο 23 για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών, στο 24 για τους ασθενείς μεταξύ 25 και 44 ετών, στο 25 για τους ασθενείς μεταξύ 45 και 65 ετών και στο 27 για τους ασθενείς άνω των 65 ετών. Οι παραπάνω διαφορές είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.001 < 0.05$).

Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση διαφέρει ανάλογα με την ηλικία του συμμετέχοντα, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους ασθενείς άνω των 65 ετών και τις μικρότερες για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών.

- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ανέρχεται στο 28 για τους ασθενείς που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις, στο 27 για τους απόφοιτους δημοτικού, στο 23 για τους απόφοιτους γυμνασίου, στο 24 για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής και στο 27 για τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση. Οι παραπάνω διαφορές προκύπτουν πολύ στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ποικίλει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους ασθενείς χωρίς γραμματικές γνώσεις και τις μικρότερες για τους απόφοιτους γυμνασίου. Θα πρέπει να υπάρχει επιφυλακτικότητα ως προς αυτό το αποτέλεσμα δεδομένου ότι τα άτομα χωρίς γραμματικές γνώσεις ήταν μόλις εννιά γεγονός που μπορεί να καταστήσει το αποτέλεσμα αυτού του ελέγχου τυχαίο.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ανέρχεται στο 27 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο και στο 24 για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για άλλο λόγο (χρόνιο πρόβλημα υγείας, επανέλεγχος, πρόληψη). Η διαφορά μεταξύ των δύο τιμών είναι οριακά στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} = 0.048 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση διαφέρει ανάλογα με το είδος της επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο της Χίου, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους ασθενείς που επισκέφθηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ανέρχεται στο 23 για τους ανασφάλιστους ασθενείς και στο 27 για τους ασφαλισμένους. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.081$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση δεν διαφέρει ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή όχι.
- ➔ Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση ανέρχεται στο 23 για τους άγαμους ασθενείς, στο 26 για τους έγγαμους και στο 27 για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας. Οι διαφορές αυτές είναι πολύ στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τη γενική εξυπηρέτηση διαφέρει ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του ασθενούς, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας και τις μικρότερες για τους άγαμους ασθενείς.

Σύγκριση σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία στις κατηγορίες δημογραφικών στοιχείων

Στο Πίνακα 8 δίνονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία στις κατηγορίες των δημογραφικών στοιχείων φύλλο, ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης, ασφαλιστικό ταμείο και οικογενειακή κατάσταση. Η κατηγοριοποίηση των μεταβλητών ηλικία, εκπαίδευση, είδος επίσκεψης και ασφαλιστικό ταμείο είναι η ίδια με αυτή που χρησιμοποιήθηκε για τα παραπάνω σκορ ικανοποίησης.

Πίνακας 8. Σύγκριση του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ανάλογα με το φύλο, την ηλικία, την εκπαίδευση, το είδος της επίσκεψης, το ασφαλιστικό ταμείο και την οικογενειακή κατάσταση. Δίνονται περιγραφικά μέτρα ανά κατηγορία και η στατιστική σημαντικότητα (p-value) του ανάλογου ελέγχου. N είναι ο αριθμός παρατηρήσεων.

Σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία	N	Μέση τιμή (τυπική απόκλιση)	Διάμεσος (1 ^ο - 3 ^ο τεταρτημόριο)	p-value
Φύλο				
Γυναίκα	75	32 (6)	32 (27 - 37)	0.623 ^a
Άνδρας	75	32 (5)	33 (29 - 36)	
Ηλικία				
< 25	20	30 (7)	31 (24 - 38)	0.275 ^b
25 – 44	21	30 (5)	29 (25 - 35)	
45 – 65	36	33 (5)	34 (28 - 36)	
> 65	73	33 (6)	33 (30 - 37)	
Εκπαίδευση				
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	9	34 (7)	35 (32 - 39)	< 0.001 ^b
Απόφοιτος Δημοτικού	47	34 (4)	35 (30 - 37)	
Απόφοιτος Γυμνασίου	15	29 (5)	30 (22 - 32)	
Απόφοιτος Λυκείου ή Τεχνικής Σχολής	50	29 (6)	29 (25 - 34)	
Πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση (ΑΕΙ, ΤΕΙ, MSc, MA,	29	35 (4)	36 (34 - 38)	

MBA)				
Είδος επίσκεψης				
Έκτακτη	125	32 (5)	33 (29 - 36)	0.252 ^a
Άλλη (Χρόνιο πρόβλημα υγείας, Επανεκτίμηση/Επανελέγχος, Προληπτικοί λόγοι)	25	31 (6)	32 (26 - 36)	
Ασφαλιστικό Ταμείο				
Ανασφάλιστος	8	31 (5)	33 (25 - 36)	0.699 ^a
Ασφαλισμένος	142	32 (6)	33 (28 - 36)	
Οικογενειακή κατάσταση				
Άγαμος/η	37	30 (6)	28 (25 - 27)	0.239 ^a
Τ		33 (5)	34 (32 - 36)	
		32 (6)	31 (29 - 37)	

^a Στατιστικός έλεγχος Mann - Whitney για μεταβλητές με δύο κατηγορίες

^b Κατά ένα παράγοντα ανάλυση διασποράς Kruskal - Wallis για τις μεταβλητές με πολλές κατηγορίες

Από το Πίνακα 8 μπορούν να προκύψουν τα εξής:

- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ανέρχεται στο 32 για τις γυναίκες ασθενείς, ενώ για τους άντρες ασθενείς ανέρχεται στο 33. Η διαφορά αυτή δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.623$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία δεν διαφέρει ανάλογα με το φύλο του ασθενούς.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ανέρχεται στο 31 για τους ασθενείς κάτω των 25 ετών, στο 29 για τους ασθενείς μεταξύ 25 και 44 ετών, στο 34 για τους ασθενείς μεταξύ 45 και 65 ετών και στο 33 για τους ασθενείς άνω των 65 ετών. Οι παραπάνω διαφορές δεν προκύπτουν στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.275$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία είναι ανεξάρτητη από την ηλικία του ασθενούς.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ανέρχεται στο 35 για τους ασθενείς που δεν έχουν γραμματικές γνώσεις και για τους απόφοιτους δημοτικού, στο 30 για τους απόφοιτους γυμνασίου, στο 29 για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής και στο 36 για τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση. Οι παραπάνω διαφορές προκύπτουν πολύ στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($p\text{-value} < 0.001 < 0.05$).

Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ποικίλει ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, λαμβάνοντας τις μεγαλύτερες τιμές για τους ασθενείς με πανεπιστημιακή ή ανώτερη μόρφωση και τις μικρότερες για τους απόφοιτους λυκείου ή τεχνικής σχολής.

- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ανέρχεται στο 33 για τους ασθενείς που επισκέφτηκαν εκτάκτως το νοσοκομείο και στο 32 για αυτούς που επισκέφτηκαν το νοσοκομείο για άλλο λόγο (χρόνιο πρόβλημα υγείας, επανέλεγχος, πρόληψη). Η διαφορά μεταξύ των δύο τιμών δεν είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.252$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία δεν διαφέρει ανάλογα με το είδος της επίσκεψης του ασθενούς στο νοσοκομείο της Χίου.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ανέρχεται στο 33 τόσο για τους ανασφάλιστους όσο και για τους ασφαλισμένους ασθενείς. Η μη ύπαρξη διαφοράς μεταξύ των δύο τιμών επιβεβαιώνεται και από το μη στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του ελέγχου Mann - Whitney σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.699$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία δεν διαφέρει ανάλογα με το αν ο ασθενής είναι ασφαλισμένος ή όχι.
- Η διάμεση τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία ανέρχεται στο 28 για τους άγαμους ασθενείς, στο 34 για τους έγγαμους και στο 31 για τους ασθενείς σε κατάσταση χηρείας. Οι διαφορές αυτές δεν είναι στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 5 % ($0.05 < p\text{-value} = 0.239$). Επομένως η τιμή του σκορ ικανοποίησης από τα ειδικά στοιχεία είναι ανεξάρτητη της οικογενειακής κατάστασης του ασθενούς.

B.11. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑ

Η σύγχρονη προσέγγιση στην υγειονομική περίθαλψη επιδιώκει τη συμμετοχή των ασθενών και των πολιτών στην ανάπτυξη των υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης και την ισότητα της πρόσβασης, αλλά αυτό δεν είναι εύκολο να επιτευχθεί, γιατί απαιτεί χρόνο, δέσμευση, πολιτική υποστήριξη και πολιτιστική μεταρρύθμιση. Ο κύριος στόχος είναι η αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και ο προσανατολισμός στη βελτίωση της ποιότητας ζωής.

Η πρόκληση που καλούνται να αντιμετωπίσουν οι επαγγελματίες υγείας είναι η ολοκλήρωση των υπηρεσιών σε ένα αποτελεσματικό σύνολο που θα παρέχει βελτιωμένη φροντίδα, περιορίζοντας το κόστος και παρέχοντας ικανοποίηση. Στην παρούσα έρευνα αποδεικνύεται η υψηλή ποιότητα των υπηρεσιών στο νοσοκομείο της Χίου, αυτό όμως δεν σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης τόσο στην υποδομή και τις παροχές του νοσοκομείου όσο και στην συμπεριφορά και την εκπαίδευση του νοσηλευτικού και του ιατρικού προσωπικού. Συγκριτικά και με άλλες μελέτες, όπως για παράδειγμα την διατριβή της κ. Ηλιούδη, βλέπουμε ότι οι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας και με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο είναι συνήθως οι περισσότερο ικανοποιημένοι. Το ίδιο όμως θα πρέπει να ισχύει για όλους τους ασθενείς όλων των κλινικών, γι' αυτό η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μπορεί να είναι μια εικόνα για το ποιοι τομείς υστερούν και που μπορούν να γίνουν οι κατάλληλες αλλαγές έτσι ώστε να πετύχουμε το επιθυμητό αποτέλεσμα.

B.12. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 📖 Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 5 (3), 100-108.
- 📖 Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957b). What factors affect patients' opinions of their nursing care. *Hospitals*, 31, 61-64.
- 📖 Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957c). What hospitals have done to improve patient care. *Hospitals*, 31, 43.
- 📖 Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957d). What patients say about their nursing care. *Hospitals*, 31, 44-48.
- 📖 Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957e). What personnel say about nursing care. *Hospitals*, 31, 53-57.
- 📖 Abdellah, F.G., & Levine, E. (1964). *Patients and personnel speak* (U.S. Public Health Service Publication No. 527), Washington, D.C.: U.S. Publication Office.
- 📖 Abramovitz, S., Cote', A.A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.
- 📖 Bicking, C. & Gryna, F.M. (1979). Process control by statistical methods. In JM. Juran (Ed), *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
- 📖 Bond, S., & Thomas, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1492-1502.
- 📖 Bond, S., & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.
- 📖 Brink, J.P. (1986). Editorial: the patient's perspective. *Western Journal of Nursing Research*, 8(2), 133-134.
- 📖 Carey, R. G., & Posavac, E. (1981). Using patient information to identify areas for service improvements. *Health Care Management Review*, 7(2), 43-48.
- 📖 Carey, R. G., & Seibert, J.H. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*, 31(9), 834-845.
- 📖 Ciske, K.L. (1974). Primary nursing evaluation. *American Journal of Nursing*, 74(8), 1436-1438.
- 📖 Cleary, P.D., & McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.

- 📖 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*, 32(6).
- 📖 Crow, R. Storey, L. Page, H. (2003). The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).
- 📖 Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.
- 📖 Doering, E.R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin*, 9(10), 291-299.
- 📖 Donabedian, A. K. (1970). Patient care evaluation. *Hospitals*, 44(1), 131-136.
- 📖 Donabedian, A.K. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Health and Society*, 44, 166.
- 📖 Donabedian, A.K. (1980). *Explorations in quality assesement and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- 📖 Donabedian, A.K. (1987). Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review (annual supplement)*, 75-85.
- 📖 Dull, V. T., Lansky, D., & Davis, N. (1994). Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit. *The Joint Commision Journal on Quality Improvement*, 20(1), 444-452.
- 📖 Eriksen, L. (1987). Patient satisfaction: A indicator of nursing care quality?. *Nursing Management*, 18(7), 31-35.
- 📖 Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I-Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
- 📖 Frence, K. (1981). Methodological considerations in hosrital patient opinion surveys. *International Journal of Nursing Studies*, 18, 7-32.
- 📖 Greeneich, D.S., Long, C.O., & Miller, B.K. (1992). Patient satisfaction update: Research applied to practice. *Applied Nursing Research*, 5(1), 43-48.
- 📖 Guzman, P. M., Slipecevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L., & Wright, W.R. (1988). Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12, 225-233.
- 📖 Hall, J.A. & Milburn, M.A. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. *Health Psychology*, 17(1), 70-75.

- 📖 Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1988). What the patients like about their care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. *Social Science Medical*, 27, 935-939.
- 📖 Henry, S.B., Partridge, R., Lenert, L.A., & Middleton, B.F. (1993). Linking process and outcome with an integrated clinical information system. *Proceedings of Health Information Management System Society* 93, 2, 58-79.
- 📖 Hulka, B. S., et al. (1975). Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. *Medical Care*, 13(8), 648-658.
- 📖 Irish Society for Quality & Safety in Healthcare. (2003). Measurement of patient satisfaction – Guidelines. Health Strategy Implementation project 2003. ublin: Irish Society for Quality in Healthcare.
- 📖 Juran, J.M. & Gryna, F.M. (1988). *The Quality control Handbook*. New York: McGraw- Hill.
- 📖 Kotler, P. (2003). *Marketing Management*. Eleventh Edition. New Jersey: Prentice Hall International Editions.
- 📖 LaMonica, E.L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. *Research in Nursing & Health*, 9, 43-50.
- 📖 Leebov, W. (1988). *Service excellence: the customer relations strategy for health care*. U.S.A.: A.H.A., American Hospital Publishing.
- 📖 Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 577-582.
- 📖 Linder-Pelz, S. (1982b). Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16, 583-589.
- 📖 Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4), 9-24.
- 📖 Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patients judgments of hospital quality. *Medical Care*, 28(9), Supplement, 1-56.
- 📖 Miller-Bader, M. (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 11-17.
- 📖 Nelson, A.R. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*. London: Sterling.
- 📖 No. OTA-H 386 (pp. 231-247). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- 📖 Oberst, M. T. (1984). Patients perception of care : Measurment of quality and satisfaction. *Cnacer*, 53, 2366-2373.
- 📖 Office of Technology Asseement OTA. (19880. Patients assessments of their care. The quality of medical care : Information for consumers (OTA Publication)

- 📖 Papanikolaou, V. Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
- 📖 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.
- 📖 Parasuraman, A., Zeithaml, v. a., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. *Journal of Marketing*, 49, 41-50.
- 📖 Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 6, 189.
- 📖 Pascoe, G., & Attkison, C. (1983). A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 335-347.
- 📖 Pearson, A., Durand, I., & Punton, S. (1989). Determining quality in unit where nursing is he primary intervention. *Journal of Advanced Nursing*, 14, 269-273.
- 📖 Peters, D. A. (1993). Improving quality requires consumer input: Using focus groups. *Journal of Care Quality*, 7(2), 34-41.
- 📖 Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.
- 📖 Quintana, J.M. Gonzalez, N. Bilbao, A. Aizpuru, F. Escobar, A. Esteban, C. San-Sebastian, J.A. De-la-Sierra, E. Thomson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.
- 📖 Rice, C. E., Berger, D. G., Klett, S. L., Sewall, L. G., & Lemkau, P. V. (1963). The ward evaluation scale. *Journal of Clinical Psychology*, 19, 251.
- 📖 Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45-52. (Patient Satisfaction Scale, Risser 1975).
- 📖 Robbins, S. P. (1993). *Organizational behavior: Concepts, Controversies and Applications*. New Jersey: Prentice Hall.
- 📖 Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review*, 47(3), 267-326.
- 📖 Scardina, S. A. (1994). SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 8(2), 38-46.

- 📖 Scotto, F De Ceglie, A. Guerra, V. Misciagna, G. Pellecchia, A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 86-97.
- 📖 Simpson, K. (1985). Opinion surveys reveal patients' perceptions of care. *Dimensions in Health Care*, 62(7), 30-31.
- 📖 Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3), 171-177.
- 📖 Strasen, L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18(11), 5-6.
- 📖 Taylor, C. (1970). *In horizontal orbit: Hospitals and the cult of efficiency*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- 📖 Virgo, K.S. Piry, J.R. Valentine, M.P. Denner, D.R. Ryan, G. Risk, N.K. Price, R.K. (2007). Access, Quality and Satisfaction with care: Concerns of Vietnam Veterans. *Research in the Sociology of Health Care*, 24, 17-40.
- 📖 Vuori, H. (1982). *Quality Assurance of Health Services*. WHO, Regional Office for Europe.
- 📖 Vuori, H. (1987). Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3), 106-108.
- 📖 Ware, J. E., & Snyder, M. K. (1975). Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical care*, 13(8), 669-682.
- 📖 Ware, J. E., Davies-Avery, A., & Sewart, A. L. (1978). The measurement and the meaning of patient satisfaction. *Health and Medical Care Services Review*, 1, 1-15.
- 📖 Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.
- 📖 Wilson, H. S. (1989). *Research in nursing* (2nd ed.). California: Addison –Wesley Publishing Company.
- 📖 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.
- 📖 Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12, 123-132.
- 📖 Ηλιούδη, Σ (2013). Διαδικτυακό πληροφοριακό σύστημα για τη μέτρηση της ικανοποίησης νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Διδακτορική διατριβή. Σπάρτη: Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου Σχολή Επιστημών Ανθρώπινης Κίνησης και Ποιότητα Ζωής τμήμα Νοσηλευτικής
- 📖 Καλογεράκη, Α. (2007). Συγκριτική μελέτη μέτρησης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες.

- 📖 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. Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας Δ. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας. νοσοκομείων Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου και ΑΧΕΠΑ». διπλωματική Εργασία. Αθήνα: Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας.
- 📖 Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Επιθεώρηση Υγείας, 56, 248-256.
- 📖 Πλατή, Χ. Δ. (1991). Εκτίμηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, πρόκληση για τους νοσηλευτές. Νοσηλευτική, 2, 133-139.
- 📖 Ραφτόπουλος, Β. & Οικονομοπούλου, Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας, 48(2), 84-94.
- 📖 Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Στο : Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις (σελ. 15–97). Τόμος Δ', Πάτρα: Εκδ. Ε.Α.Π.
- 📖 Τούντας, Γ. (2003α). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. Αρχεία Ελλ. Ιατρικής, 20(5), 532-546.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ