

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

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**  
**« ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ**  
**ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ**  
**ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ »**

**ΑΔΑΜΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**  
Νοσηλεύτρια ΤΕ

Φεβρουάριος 2012  
ΣΠΑΡΤΗ

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

**Τμήμα Νοσηλευτικής**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ**  
**«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗ ΚΡΙΣΕΩΝ»**

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΗ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**« ΜΕΛΕΤΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ  
ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ. Η ΠΕΡΙΠΤΩΣΗ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΑΝΑΡΚΑΔΙΚΟΥ  
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΤΡΙΠΟΛΗΣ »**

**ΑΔΑΜΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ**

Νοσηλεύτρια ΤΕ

**Μέλη Συμβουλευτικής Επιτροπής**

**Επιβλέπουσα: Αθηνά Λαζακίδου, Λέκτορας**

**Μέλος: Μαρία Τσιρώνη, Αναπληρώτρια Καθηγήτρια**

**Μέλος: Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ, Λέκτορας**

Φεβρουάριος 2012

ΣΠΑΡΤΗ

Copyright © ΑΔΑΜΗ ΒΑΣΙΛΙΚΗ, 2012

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

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

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

Υπογραφή:

**Η Τριμελής Εξεταστική Επιτροπή**

Μαρία Τσιρώνη

---

Αθηνά Λαζακίδου

---

Ανδρέα Πάολα Ρόχας Χιλ

---

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία εκπονήθηκε στα πλαίσια του Μεταπτυχιακού Προγράμματος Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου υπό την επίβλεψη της Καθηγήτριας κας. Αθηνάς Λαζακίδου, η οποία διατύπωσε το αντικείμενο της εργασίας σύμφωνα με τα ειδικά μου ενδιαφέροντα. Οφείλω να ευχαριστήσω θερμά τους ανθρώπους που συνέβαλαν στην ολοκλήρωση της εργασίας αυτής, με την οποία περατώνονται οι μεταπτυχιακές μου σπουδές.

Πρωτίστως, θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα καθηγήτριά μου κα. Αθηνά Λαζακίδου για την εμπιστοσύνη και το ενδιαφέρον που μου έδειξε τόσο κατά την ανάθεση της εργασίας, όσο και κατά τη διάρκεια διεξαγωγής των μαθημάτων του μεταπτυχιακού προγράμματος. Θα ήθελα, επίσης, να την ευχαριστήσω για τη συμπαράσταση και την επιστημονική καθοδήγησή της καθ' όλη τη διάρκεια εκπόνησης της παρούσας μελέτης.

Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη Διοίκηση της 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου – Ιονίων νήσων – Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας, καθώς και το Επιστημονικό Συμβούλιο και τον πρώην Διοικητή του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης κ. Παπαδόπουλο Παναγιώτη, που ενέκριναν τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου.

Βαθιά ευγνωμοσύνη νοιώθω προς όλους τους συναδέλφους μου στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης, για την αμέριστη συμπαράστασή τους και την άψογη συνεργασία τους στη συλλογή των ερωτηματολογίων, αλλά και προς όλους τους ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα και αφιέρωσαν λίγο από τον πολύτιμο χρόνο τους για τη συμπλήρωση αυτών, γιατί χωρίς τη βοήθειά τους η αποπεράτωση της μελέτης θα ήταν αδύνατη.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω ολόψυχα την οικογένειά μου για την κατανόηση και τη συμπαράσταση που μου προσέφερε κατά τη διάρκεια των μαθητικών και ακαδημαϊκών σπουδών μου, το κουράγιο που μου έδινε για να συνεχίσω, κάθε φορά που συναντούσα εμπόδια και απογοητευόμουν, αλλά και για το χρόνο που της στέρησα.

*Η εργασία αυτή είναι αφιερωμένη στην οικογένειά μου  
για την υπομονή και την υποστήριξή τους...*

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η εκτίμηση και η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες φροντίδες του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης και η διερεύνηση των παραγόντων που σχετίζονται με αυτή.

**Υλικό και Μέθοδος:** Μετά από διεξοδική έρευνα της ελληνικής και ξένης βιβλιογραφίας, κρίθηκε απαραίτητη η δημιουργία δομημένου ερωτηματολογίου, το οποίο ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία και την εγκυρότητά του. Το δείγμα αποτελείται από 450 άτομα, που επιλέχθηκαν με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας από το σύνολο των ασθενών που χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες του Τμήματος Επειγόντων κατά το χρονικό διάστημα 20 Ιουλίου – 20 Σεπτεμβρίου 2011 και τα οποία κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο μετά το τέλος της επίσκεψής τους. Στη συνέχεια, ακολούθησε στατιστική ανάλυση των δεδομένων και διερευνήθηκαν οι πιθανές συσχετίσεις της ικανοποίησης με δημογραφικούς και άλλους παράγοντες.

**Αποτελέσματα:** Η ανάλυση κυρίων συνιστωσών ανέδειξε τέσσερις αθροιστικές κλίμακες, με ικανοποιητικούς συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach. Συνολικά, οι ασθενείς του δείγματος φαίνεται να ικανοποιούνται περισσότερο από την υποδοχή και το κλινικό έργο σε σχέση με την υποδομή και το διοικητικό έργο. Επιπλέον, ο συντελεστής συσχέτισης Spearman έδειξε ότι υπάρχει ισχυρή θετική συσχέτιση της συμπεριφοράς και της ικανότητας του ιατρο - νοσηλευτικού προσωπικού με τη συνολική ικανοποίηση. Στατιστικά σημαντικές διαφοροποιήσεις, ως προς το βαθμό ικανοποίησης, διαπιστώθηκαν μόνο όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση και τον τόπο διαμονής, ενώ δεν προέκυψε καμμία στατιστικά σημαντική σχέση με το φύλο, την ηλικία και την εκπαίδευση.

**Συμπεράσματα:** Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου Τρίπολης είναι υψηλή, ενώ ταυτόχρονα αναδείχθηκαν και ορισμένοι τομείς που χρειάζονται βελτίωση. Τα ευρήματα αυτά, σε συνδυασμό με την ενσωμάτωση στο σύστημα διοίκησης της συμμετοχής των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών, μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο υλικό για τη Διοίκηση του Νοσοκομείου και να συμβάλλουν σημαντικά στην αναβάθμιση της λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων.



**Λέξεις κλειδιά:** Ικανοποίηση ασθενών, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

## ABSTRACT

**Purpose:** The main goal of this study is the estimation and evaluation of patient satisfaction linked with the health care provided by the Emergency Department of the General Panarkadian Hospital of Tripolis in Greece as well as the verification of the factors related to it.

**Material and Method:** After a thorough investigation of Greek and foreign literature, it was necessary to create a structured questionnaire, which has been developed and checked for its reliability and validity. The sample consists of 450 people, who were selected with the method of random sampling by the total number of the patients who used the services of the emergency department during the 20 July - 20 September 2011 period. Then, a statistical analysis of data followed and the possible correlations between satisfaction and demographic and other factors examined.

**Results:** The principal components analysis revealed four cumulative scales with satisfactory coefficients of internal consistency Cronbach. Overall, patients in the sample appears to meet most of the slot and clinical work in relation to the infrastructure and administrative work. Moreover, the Spearman correlation coefficient showed a strong positive correlation between behavior and the capacity of medical-nursing staff with overall satisfaction. Statistically significant differences as to the degree of satisfaction, found only in terms of marital status and residence, and has revealed no statistically significant relationship with gender, age and education.

**Conclusions:** The results showed that patient satisfaction with the quality of services of the Department of Emergency of the General Panarkadian Hospital in Tripolis (Greece) is high, while also several areas that need improvement were pointed out. These findings, coupled with integrating into the management of patient involvement in evaluating the quality of services can be a useful material for the Administration of the Hospital and contribute significantly to the improvement of the Emergency Department operation.

**Key words:** Patient satisfaction, Quality of Health Care Services, Emergency Department.

## ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή .....	4
----------------	---

### ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup> - Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.1. Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών και θεωρητικό πλαίσιο.....	7
1.2. Χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ικανοποίηση.....	10
1.2.1. Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας .....	10
1.2.2. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών .....	11
1.2.3. Τα χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρού – ασθενή .....	14
1.3. Μέτρηση της Ικανοποίησης.....	15
1.4. Η σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών .....	16

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup> - ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)

2.1. Βασικές λειτουργίες του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) .....	19
2.2. Νομοθετικό πλαίσιο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.....	20
2.3. Οργάνωση και στελέχωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών .....	23
2.3.1. Οργανωτική δομή Τμήματος Επειγόντων (Π.Δ. 87/1986) .....	23
2.3.2. Στελέχωση Τμήματος Επειγόντων (Π.Δ. 87/1986) .....	24
2.3.3. Χωροταξική υποδομή Τμήματος Επειγόντων .....	26

#### ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup> - Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας .....	29
3.1.1. Διαφοροποίηση “ποιότητας υπηρεσιών υγείας” – “ποιότητας υπηρεσιών & προϊόντων” .....	29
3.1.2. Βασικοί εννοιολογικοί ορισμοί της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας .....	30
3.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στο χώρο της υγείας .....	31
3.3. Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών .....	34

3.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας.....	36
3.4.1. Μελέτες ικανοποίησης στον Ελλαδικό χώρο .....	37
3.4.2. Μελέτες ικανοποίησης στο Διεθνή χώρο.....	39

## **ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ**

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup> - ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

4.1. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΠΝ Τρίπολης.....	43
4.1.1. Το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια».....	43
4.1.1.1. Υποδομές του Νοσοκομείου.....	44
4.1.2. Παρουσίαση του Τμήματος Επειγόντων του Νοσοκομείου Τρίπολης.....	44
4.1.2.1. Χωροταξικός σχεδιασμός – Ιατρεία Τμήματος Επειγόντων του Νοσοκομείου Τρίπολης .....	45
4.1.2.2. Στελέχωση του Τμήματος.....	47
4.2. Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα .....	48
4.2.1. Σκοπός της μελέτης.....	48
4.2.2. Τα ερευνητικά ερωτήματα .....	49
4.3. Το δείγμα της μελέτης .....	50
4.4. Διαδικασία δειγματοληψίας – Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας.....	50
4.5. Το ερευνητικό εργαλείο – ερωτηματολόγιο .....	53
4.6. Δεοντολογία – Έγκριση από αρμόδιες αρχές .....	56

### **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup> - ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ**

5.1. Στατιστική ανάλυση.....	57
5.2. Αποτελέσματα της μελέτης.....	59
5.2.1. Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής.....	59
5.2.1.1. Περιγραφή ποιοτικών μεταβλητών .....	59
5.2.1.2. Περιγραφή ποσοτικών μεταβλητών .....	67
5.2.1.2.1. Περιγραφή ερωτήσεων ικανοποίησης .....	67
5.2.1.2.2. Περιγραφή - Σύγκριση κατηγοριών ικανοποίησης.....	73
5.2.1.3. Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων .....	78
5.2.1.3.1. Συντελεστής $\alpha$ του Cronbach.....	78

5.2.1.3.2. Σύγκριση μέσου όρου βαθμολογιών.....	78
5.2.1.3.3. Συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων συνολικής ικανοποίησης .....	79
5.2.1.4. Ερώτηση ανοιχτού τύπου .....	81
5.2.2. Συσχέτιση ικανοποίησης με δημογραφικά στοιχεία.....	82
5.2.2.1. Ανάλυση σε κύριες συνιστώσες – Αθροιστικές κλίμακες.....	82
5.2.2.1.1. Κατασκευή – περιγραφή αθροιστικών κλιμάκων.....	82
5.2.2.1.2. Συσχέτιση αθροιστικών κλιμάκων με δημογραφικά στοιχεία.....	87
5.2.2.2. Συσχέτιση ερωτήσεων 42 - 43 - 44 με δημογραφικά .....	91
5.2.2.3.Συσχέτιση πρόθεσης σύστασης του Τμήματος Επειγόντων με δημογραφικά.....	96
5.2.3. Συσχέτιση ειδικών κλιμάκων με συνολική ικανοποίηση .....	99

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup> - ΣΥΖΗΤΗΣΗ**

6.1. Συζήτηση – Συμπεράσματα της έρευνας.....	102
6.2. Περιορισμοί της έρευνας .....	107
6.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα.....	109
6.4. Προτάσεις για βελτίωση της λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων.....	110

<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b> .....	114
Ξενόγλωσση βιβλιογραφία .....	114
Ελληνική βιβλιογραφία.....	119
Ελληνική νομοθεσία .....	124

<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b> .....	125
Το ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.....	125

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί ύψιστο δημόσιο κοινωνικό αγαθό σε όλες τις αναπτυγμένες χώρες. Η ιδιαιτερότητα των υγειονομικών οργανισμών, συγκριτικά με οποιονδήποτε άλλον οργανισμό του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, κυρίως λόγω της φύσης του παραγόμενου αποτελέσματος – υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης που επηρεάζουν άμεσα την ανθρώπινη ζωή – καθιστά αναγκαία την υιοθέτηση και την εφαρμογή μέτρων και διαδικασιών για την επίτευξη υψηλού επιπέδου ποιότητας υπηρεσιών υγείας και τη διασφάλιση του μέγιστου βαθμού ικανοποίησης του ασθενούς από το σύστημα παροχής υγειονομικής φροντίδας.

Σύμφωνα με τον Donabedian, η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί έναν από τους σημαντικότερους παράγοντες πιστοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Donabedian A., 1997).

Η αναγνώριση της ανάγκης να εκφραστεί η άποψη των ασθενών αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν γίνεται όλο και πιο εμφανής, όπως αποδεικνύεται από τον μεγάλο αριθμό των δημοσιεύσεων και το συνεχώς αυξανόμενο επιστημονικό ενδιαφέρον για τη μελέτη και την έρευνα της ικανοποίησης των ασθενών, παγκοσμίως, από τη δεκαετία του 1990 έως σήμερα, καθώς η μέτρησή της αποτελεί έναν αξιόπιστο τρόπο εκτίμησης και αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η συνεχής και συστηματική μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, στα πλαίσια ενός συστήματος υγείας ή ενός φορέα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, συμβάλλει, επιπλέον, στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας νέων προγραμμάτων – συστημάτων, στον εντοπισμό των τομέων που χωλαίνουν και στην ανάδειξη τρόπων επίλυσης των προβλημάτων και των δυσλειτουργιών, αποτελώντας, αναμφίβολα, πολύτιμο εργαλείο για τη λήψη διαχειριστικών αποφάσεων και την προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών, μακροπρόθεσμα.

Καθοριστικός είναι ο ρόλος των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών στον προσδιορισμό της αξιοπιστίας και της ποιότητας του Εθνικού Συστήματος Υγείας, αφού σ' αυτά επιτελείται, κατά κύριο λόγο, η άμεση αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών, η οποία κατέχει

κυρίαρχη θέση σε κάθε Σύστημα Υγείας. Τα τμήματα αυτά, αποτελώντας τον συνδετικό κρίκο μεταξύ προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης και τη «βιτρίνα» κάθε νοσοκομείου, καλούνται, καθημερινά, να παρέχουν επείγουσα ιατρική περίθαλψη και φροντίδα υψηλού επιπέδου σε άτομα με οξείες νόσους και καταστάσεις ποικίλης βαρύτητας, που προσέρχονται ή διακομίζονται σε απροσδιόριστο όγκο και χρόνο (Παππάς Ε., Μπουντούρης Θ. και συν., 2004). Για την επίτευξη του στόχου τους, απαραίτητη είναι η συνεργασία με άλλες υπηρεσίες και τμήματα του νοσοκομείου, όπως μικροβιολογικά και ακτινολογικά εργαστήρια και κλινικές, γι' αυτό και η λειτουργία των ΤΕΠ αποτελεί δείκτη της αποτελεσματικής και ποιοτικής λειτουργίας των νοσοκομείων και ευθύνεται σε μεγάλο βαθμό για τις θετικές ή αρνητικές εντυπώσεις που αποκομίζουν οι ασθενείς.

Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται η παρούσα ερευνητική μελέτη, που επιδιώκει την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται στο ΤΕΠ του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης και, παράλληλα, τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης της ικανοποίησης με δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών και άλλους παράγοντες.

Η εργασία διαιρείται σε δύο κύρια μέρη, το Γενικό μέρος και το Ειδικό. Στο Γενικό μέρος, παρουσιάζεται το θεωρητικό υπόβαθρο της έννοιας της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Πιο συγκεκριμένα, στο πρώτο κεφάλαιο, προσδιορίζεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, αναδεικνύεται η σημασία της μέτρησής της και παρουσιάζονται οι πιθανοί παράγοντες που την επηρεάζουν, σύμφωνα με προηγούμενες μελέτες.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζονται οι βασικές λειτουργίες ενός ΤΕΠ καθώς και η οργάνωση και η στελέχωσή του, όπως ορίζονται από το ισχύον νομοθετικό πλαίσιο.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και των διαστάσεων της ποιοτικής φροντίδας στον τομέα της παροχής υπηρεσιών υγείας, γενικά, και ειδικότερα στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και, επιπλέον, παρουσιάζονται προηγούμενες ερευνητικές μελέτες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα και το εξωτερικό.

Το Ειδικό μέρος της εργασίας περιλαμβάνει την αναλυτική παρουσίαση της έρευνας που πραγματοποιήθηκε για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης.

Αρχικά, στο τέταρτο κεφάλαιο, περιγράφεται η δομή, η οργάνωση και η λειτουργία του ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης και στη συνέχεια ακολουθεί μια λεπτομερής και εμπειριστατωμένη παρουσίαση της μεθοδολογικής προσέγγισης που ακολουθήθηκε κατά τη διάρκεια της έρευνας.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται, αναλυτικά, τα ευρήματα και τα αποτελέσματα της μελέτης, όπως αυτά προκύπτουν από τη στατιστική ανάλυση των δεδομένων.

Τέλος, η μελέτη ολοκληρώνεται με τον ελεύθερο σχολιασμό και την αξιολόγηση των αποτελεσμάτων σε σχέση με τις υποθέσεις που είχαν διατυπωθεί στην αρχή της έρευνας, την παρουσίαση των περιορισμών της έρευνας και τη διατύπωση ορισμένων προτάσεων που χρήζουν μελλοντικής μελέτης.

# ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1<sup>ο</sup>

### Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 1.1. Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών και θεωρητικό πλαίσιο

Η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι σχετικά καινούργια. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες όμως, σε παγκόσμιο επίπεδο, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, γεγονός που αποδεικνύεται, άλλωστε, από την αλματώδη αύξηση του αριθμού των σχετικών δημοσιεύσεων και τις προσπάθειες για τη δημιουργία αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης. Πρόσφατα, το ζήτημα αυτό αναδεικνύεται ως προτεραιότητα της υγειονομικής πολιτικής και στον Ελλαδικό χώρο. Σ' αυτό το πλαίσιο εντάσσεται και η παρούσα μελέτη, επιχειρώντας αρχικά, στο σημείο αυτό, να αναπτύξει ένα επαρκές εννοιολογικό και θεωρητικό υπόβαθρο, που θα διευκολύνει στην κατανόηση της θεωρίας της ικανοποίησης.

Με την πάροδο των χρόνων έχουν διατυπωθεί ποικίλοι γενικοί ορισμοί της ικανοποίησης των ασθενών, παρόλα αυτά όμως η βιβλιογραφία «πάσχει» από ανεπαρκή ανάπτυξη της έννοιας και ύπαρξη αρκετών αντικρουόμενων μεταξύ τους ορισμών. Ο πλέον διευκρινιστικός και κοινά αποδεκτός ορισμός είναι αυτός που δόθηκε από τον A. Donabedian (1980), ο οποίος αναφέρει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη του για την ποιότητα της φροντίδας και εξαρτάται κυρίως από τις διαπροσωπικές σχέσεις που αναπτύσσονται μέσα στο σύστημα υγείας, τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Αυτός ήταν και ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί έναν πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Merkouris A., Papathanasoglou E. et. al., 2003).

Το θεωρητικό μοντέλο της Linder – Pelz ορίζει την ικανοποίηση των ασθενών ως «θετικές εκτιμήσεις των ατόμων απέναντι σε ευδιάκριτες διαστάσεις της φροντίδας υγείας» και αναγνωρίζει τις παρακάτω διαστάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον καθορισμό



της ικανοποίησης: προσβασιμότητα, πόροι, συνέχεια της φροντίδας, αποτελεσματικότητα της φροντίδας, κόστος, ανθρωπιά, παροχή πληροφοριών, ευχάριστο περιβάλλον και ποιότητα (Powell L., 2001). Με το μοντέλο αυτό τάσσονται, εν μέρει, οι Bond και Thomas, οι οποίοι στην προσπάθειά τους να εξηγήσουν την ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, διατύπωσαν την άποψη ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που τους παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες (Κοτσαγιώργη Ι., Γκέκα Κ., 2010).

Ενώ κατά τον Petersen η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη την οποία έχει ο ασθενής και αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα αυτής (Μερκούρης Α., 1996), εντούτοις σύμφωνα με άλλους μελετητές, αποτελεί μια μεταβλητή, που επηρεάζει σημαντικά την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας αλλά και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που την παρέχουν και καθορίζει, εν μέρει, τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας (Korsch B., Gozzi E. et. al., 1978, Κυριόπουλος Γ., Μπεαζόγλου Τ., 2000).

Ο Hunt (1977) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση είναι περισσότερο μια γνωστική διαδικασία και όχι απλά συναίσθημα και ο Fitzpatrick (1983) επέκτεινε την άποψη αυτή, αναπτύσσοντας τη θεωρία ότι οι προσδοκίες αντανakλούν τις απόψεις του ασθενούς για την υγεία και τον βαθμό στον οποίο η ασθένεια και η φροντίδα υγείας παραβιάζουν την προσωπική αίσθηση του εαυτού του, και όρισε την ικανοποίηση ως τη γνωστική εκτίμηση της συναισθηματικής αντίδρασης στη φροντίδα υγείας (Fitzpatrick R., Hopkins A., 1983).

Όσον αφορά στον νοσηλευτικό τομέα, ο πιο κατάλληλος, ίσως, ορισμός για την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι αυτός που δέχεται ότι η ικανοποίηση είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά τους προσφέρεται (Νιάκας Δ., Γναρδέλλης Χ., 2000). Η διερεύνηση της ικανοποίησης μέσα από την προσέγγιση που βασίζεται στη διάψευση των προσδοκιών αποτέλεσε το αντικείμενο της μελέτης πολλών

ερευνητών, μεταξύ των οποίων ο Pascoe παρουσίασε δύο μοντέλα για την ερμηνεία της θεωρίας των προσδοκιών ενός ασθενή:

- Το *μοντέλο της αντιπαραβολής (contrast model)*, όπου ο ασθενής αντιπαραβάλλει τις προσδοκίες του με τα πραγματικά γεγονότα και την εμπειρία που αποκόμισε από την επίσκεψή του σε μια συγκεκριμένη μονάδα υγείας.
- Το *μοντέλο της αφομοίωσης (assimilation model)*, όπου ο ασθενής, όταν αντιμετωπίζει γεγονότα χαμηλότερα των προσδοκιών του, προσαρμόζει τις αρχικές προσδοκίες του προκειμένου να ταιριάζουν με την αντίληψη που έχει για τα γεγονότα (Παπαδόπουλος Ε., 2004).

Τελικά η ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών από τις παρεχόμενες προς αυτούς υπηρεσίες υγείας, εννοιολογικά, ορίζεται ως το σύνολο των προσωπικών εκτιμήσεων και των αντιδράσεων στα ερεθίσματα που λαμβάνουν από το περιβάλλον της φροντίδας υγείας πριν, κατά τη διάρκεια και ακριβώς μετά την παραμονή τους στο νοσοκομείο ή ύστερα από μια επίσκεψη σε οποιαδήποτε υγειονομική μονάδα. (Τσελέπη Χ., 2000). Οι προσωπικές αυτές εκτιμήσεις και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν, σαφώς, από τον χαρακτήρα που διαθέτει ο κάθε ασθενής, από τις προσδοκίες του και από τις προηγούμενες εμπειρίες της ζωής του (Παπανικολάου Β., 2003).

Από τους ορισμούς που παρατέθηκαν, γίνεται φανερό ότι η ικανοποίηση είναι, ουσιαστικά, ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας, σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό και ότι πρόκειται για μία υποκειμενική έννοια που διαμορφώνεται, καθοριστικά, από τις προσδοκίες, οι οποίες πιθανόν να διαφέρουν τόσο μεταξύ ανθρώπων, ομάδων όσο και κρατών διαφορετικής κουλτούρας. Επιπρόσθετα, η ικανοποίηση αποτελεί μια δυναμική κατάσταση, καθώς η αντιλαμβανόμενη εμπειρία των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας ενδέχεται να είναι διαφορετική σε διαφορετικές στιγμές, γεγονός που διαφοροποιεί και την αντίληψή τους για την ποιότητα των υπηρεσιών.

## **1.2. Χαρακτηριστικά που επηρεάζουν την ικανοποίηση**

Από την ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκύπτει ότι δεν υπάρχει ομοφωνία των ερευνητών των υπηρεσιών υγείας σχετικά με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Παρά τις σημαντικές, όμως, διαφορές τους για τις παραμέτρους που επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και κυρίως για τον τρόπο με τον οποίο σχετίζονται με αυτή, οι παράγοντες αυτοί μπορούν να διακριθούν σε τρεις κύριες κατηγορίες (Atkinson M., Sinha A. et. al., 2004, Λαζάρου Π., 2005):

- *Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των οργανισμών παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι ο τρόπος λειτουργίας τους και τα μοντέλα παροχής υπηρεσιών, τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος, η χρέωση, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες.*
- *Τα χαρακτηριστικά των ασθενών, στα οποία συμπεριλαμβάνονται τα κοινωνικο – δημογραφικά (ηλικία, φύλο, επάγγελμα, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό και κοινωνικοοικονομικό επίπεδο) και τα προσωπικά χαρακτηριστικά τους και οι προσδοκίες τους σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.*
- *Τα χαρακτηριστικά της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ ιατρού – ασθενή, κυρίως, αλλά και μεταξύ του ασθενή με τους άλλους επαγγελματίες υγείας.*

### **1.2.1. Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας**

Πιο αναλυτικά, στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η ευκολία πρόσβασης του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας, οι παρεχόμενες ανέσεις (ξενοδοχειακός εξοπλισμός, καθαριότητα χώρων, φαγητό, θέρμανση), ο χρόνος και η σειρά αναμονής μέχρι την εξέταση ή την εισαγωγή του, η συνέχεια στη φροντίδα και την επικοινωνία, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες και η διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων.

Βιβλιογραφικά αναφέρεται ότι η ευκολία πρόσβασης και η συνέχεια στη φροντίδα υγείας και την επικοινωνία μεταξύ ιατρού – ασθενή επηρεάζουν θετικά την ικανοποίηση του δεύτερου και πως, αρκετές φορές, αποτελούν καθοριστικό κριτήριο για την επιλογή ενός φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Επιπρόσθετα, μελέτες που πραγματοποιήθηκαν οδήγησαν στο συμπέρασμα πως και οι παρεχόμενες ανέσεις παρουσιάζουν θετική συσχέτιση με την ικανοποίηση των ασθενών. Συγκεκριμένα, από έρευνα που διεξήχθη σε διάφορα νοσοκομεία της χώρας, προέκυψαν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από τις ξενοδοχειακές εγκαταστάσεις και τις ανέσεις των σύγχρονων νοσοκομείων, συνήθως της περιφέρειας, συγκριτικά με τα παλαιότερα νοσοκομεία των μεγάλων αστικών κέντρων (Niakas D., Gnardellis C. et. al., 2004).

Αντίθετα, αρνητική επίδραση στη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών από αυτές, έχει βρεθεί ότι προκαλεί το υψηλό κόστος τους. Το ίδιο φαίνεται να ισχύει και για τον χρόνο αναμονής των ασθενών μέχρι την εξέτασή τους στο ιατρείο της αντίστοιχης ειδικότητας των Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων ή του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, αν και σε ορισμένες μελέτες υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς δείχνουν κατανόηση και ανοχή στις αυξημένες απαιτήσεις και πιέσεις που δέχεται το προσωπικό υγείας, ειδικά όταν υπάρχει και ενημέρωση για τον λόγο καθυστέρησης (Niakas D., Mylonakis J., 2005, McKinnon K., Crofts P.D. et. al., 1998).

### **1.2.2. Τα χαρακτηριστικά των ασθενών**

Στους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και διαφοροποιούν τις απόψεις τους θα πρέπει να συμπεριληφθούν και οι προσδοκίες αυτών σχετικά με τις προσφερόμενες υπηρεσίες. Η αναφορά στον όρο "προσδοκίες ασθενών – χρηστών" ως χαρακτηριστικό που επηρεάζει την ικανοποίησή τους, επιβάλλει να γίνει, στο σημείο αυτό, μια προσπάθεια να αποδοθεί η σημασία της έννοιας αυτής. Η «προσδοκία» αποτελεί σύνθετη έννοια που χρησιμοποιείται με δύο διαφορετικούς τρόπους, ο καθένας από τους οποίους αναφέρεται σε εντελώς διαφορετικές εκτιμήσεις των ασθενών - χρηστών. Σύμφωνα με την πρώτη άποψη, ο όρος «προσδοκίες» αναφέρεται στις προβλέψεις του χρήστη για τις υπηρεσίες που αναμένει να του προσφέρει μια συγκεκριμένη μονάδα υγείας, πριν αυτός την επισκεφθεί, ενώ η δεύτερη ορίζει τις προσδοκίες ως τις εκτιμήσεις των ασθενών για το επίπεδο των υπηρεσιών που πρέπει να τους παρέχει η μονάδα υγείας (Parasuraman A., Zeithaml V. et. al., 1988) και οι οποίες προκύπτουν από την ερώτηση «τι θα ήθελαν οι ασθενείς να συναντήσουν...».

Οι προσδοκίες των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που τους προσφέρονται από το δημόσιο σύστημα υγείας καθορίζονται από ένα σύνολο παραμέτρων και παραγόντων, οι κυριότεροι από τους οποίους είναι (Rose R.C.H., Uli J. et. al., 2004, Robledo M.A., 2001, Κωσταγιόλας Π., Πλατής Χ. και συν., 2006):

- Οι προηγούμενες προσωπικές εμπειρίες του ασθενή από την επαφή του με τη συγκεκριμένη μονάδα υγείας.
- Τα σχόλια και οι υποδείξεις άλλων ατόμων (συγγενών, φίλων, ιατρών κ.ά).
- Τα χαρακτηριστικά της επικοινωνίας (άμεσης και έμμεσης) του χρήστη με την υπηρεσία.
- Τα κοινωνικοδημογραφικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των χρηστών των υπηρεσιών υγείας και το προσωπικό σύστημα αξιών τους.
- Η συνολική στάση του ασθενή προς το ΕΣΥ και τα αρμόδια κέντρα λήψης των αποφάσεων.

Οι Owens και Batchelor, σε έρευνά τους για την ικανοποίηση των ασθενών, υποστήριξαν ότι παρατηρούνται υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε περιπτώσεις ατόμων με χαμηλές ή ελάχιστες προσδοκίες (Owens D.J., Batchelor C., 1996). Άλλες έρευνες έδειξαν, συμπληρωματικά, ότι η ικανοποίηση συμπορεύεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών του ασθενή και πως όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας υπολείπεται των προσδοκιών του, εκφράζει δυσαρέσκεια (De Lepeleire J., Creemers M. et. al. (2003), Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., 2002).

Παράλληλα, η υπάρχουσα βιβλιογραφία υποδεικνύει ότι η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται σημαντικά και με την ηλικία, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς, άνω των 65 ετών, τείνουν να αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από τους νεότερους και να δίνουν συνήθως επαινετικές απαντήσεις, γιατί δε θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των γιατρών και των νοσηλευτών (Papanikolaou V., Ntani Sp., 2008). Δεν έχει διευκρινιστεί αν οι διαφορές που οφείλονται στην ηλικία αντανακλούν διαφορές στις προσδοκίες ή στις αντιλήψεις των ασθενών ως προς τη φροντίδα τους ή αληθινές διαφορές στη φροντίδα. Αυτές μπορεί να οφείλονται στην περίοδο κατά την οποία τα άτομα κοινωνικοποιήθηκαν. Για παράδειγμα, τα άτομα που ανατράφηκαν σε ασταθείς περιόδους και βίωσαν σημαντικές δυσκολίες μπορεί να έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους και να αποδέχονται ευκολότερα τις ελλείψεις στο σύστημα υγείας σε σχέση με τα άτομα που μεγάλωσαν σε περιόδους με

καλύτερες συνθήκες (Komal Jaipaul C., Rosenthal E.G., 2003). Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία του ασθενούς έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίησή του (Ραφτόπουλος Β., 2002).

Σύγκριση έχει προκαλέσει και ο παράγοντας φύλο, αφού δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει ή όχι την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Κάποιες έρευνες δείχνουν να μην υπάρχει συσχέτιση μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, άλλες πάλι υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχέτιση και ότι οι άνδρες εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τις γυναίκες, ενώ δεν είναι λίγες και οι μελέτες εκείνες που υποστηρίζουν ότι οι γυναίκες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένες (Ραφτόπουλος Β., 2002, Pappa E., Niakas D., 2006, Kravitz R., 2001).

Η κοινωνική θέση και το εισόδημα φαίνεται να επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης, καθώς έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία, και είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ οι οικονομικά ασθενέστερες τάξεις αναγκάζονται να αποδέχονται χαμηλότερα επίπεδα ποιότητας, λόγω αδυναμίας επιλογής (Ραφτόπουλος Β., 2002, Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ. και συν., 2004). Όσον αφορά το επίπεδο εκπαίδευσης, ορισμένοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης συγκριτικά με ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, ίσως λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων (Gnardellis C., Niakas D., 2005, Barr J., Banks S., 2002).

Άλλες μεταβλητές, όπως η οικογενειακή κατάσταση και η κατάσταση της υγείας των ατόμων, πιθανόν να συσχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες υγείας. Για παράδειγμα, κάποιες μελέτες δείχνουν ότι οι έγγαμοι ασθενείς εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους άγαμους, τους διαζευγμένους ή χήρους (Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ. και συν., 2004). Επίσης, η κακή κατάσταση της υγείας και η σοβαρότητα της νόσου φαίνεται να συνδέονται με χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα (Rahmqvist M., 2001, Barr J., Banks S., 2002).

### 1.2.3. Τα χαρακτηριστικά της σχέσης ιατρού – ασθενή

Η σχέση ιατρού - ασθενή έχει χαρακτηριστεί από πολλούς ερευνητές σύνθετη και πολύπλευρη. Η σωστή επικοινωνία μεταξύ τους και η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας δείχνουν να συμβάλλουν στην υψηλή ικανοποίηση των ασθενών (Vivanti A., Ash S. et. al., 2007, Kleeberg U.R., Tews J.T. et. al., 2005, Rider S.E., Perrin M.J., 2002). Σύμφωνα με μελέτες, μια τέτοια επικοινωνία, έχει θεραπευτική επίδραση για τον ασθενή (Takemura Y., Liu J. et. al., 2006, Travaline J., Ruchinskas R. et. al., 2005).

Πιο αναλυτικά, ο τρόπος με τον οποίο ένας ιατρός μεταβιβάζει τις πληροφορίες σε έναν ασθενή, η επαρκής πληροφόρηση που του παρέχει για θέματα που αφορούν την υγεία του και τις θεραπευτικές επιλογές και ο χρόνος που αφιερώνει συζητώντας μαζί του και απαντώντας στις ερωτήσεις και τις απορίες του εκτιμάται ότι συνδέονται με την ικανοποίηση του ασθενούς από τον παροχέα υπηρεσιών υγείας, αλλά και με την πιθανότητα να αποδεχθεί το πρόβλημα της υγείας του και να ακολουθήσει πιστά τη θεραπευτική του αγωγή (Kidd J., Patel V. et. al., 2005). Άλλα θέματα που, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, σχετίζονται με την αποτελεσματική επικοινωνία και τη διαπροσωπική σχέση μεταξύ ιατρού – ασθενή και είναι εξίσου σημαντικά για την ικανοποίηση του δεύτερου, είναι η συμμετοχή του ασθενή στη λήψη αποφάσεων σχετικά με τη θεραπεία του και η ικανότητα του ιατρού να ακούει, να κατανοεί και να σέβεται τον ασθενή του (Rahmqvist M., Bara A.C., 2010).

Επίσης, ισχυρή δείχνει να είναι και η επίδραση της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ ασθενούς και νοσηλευτικού προσωπικού στη συνολική ικανοποίηση από τη φροντίδα υγείας.

Τη συσχέτιση ορισμένων από τους παράγοντες που προαναφέρθηκαν και, κυρίως, τον τρόπο με τον οποίο επιδρούν στην ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες έχει σκοπό να διερευνήσει η μελέτη που διεξήχθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΠΝ Τρίπολης και παρουσιάζεται διεξοδικά στο ειδικό μέρος αυτής της εργασίας.

### 1.3. Μέτρηση της Ικανοποίησης

Μέσα στο γενικότερο πλαίσιο της στροφής προς τον καταναλωτισμό, που παρατηρείται σε όλες τις δημόσιες και ιδιωτικές υπηρεσίες, οι ασθενείς αντιμετωπίζονται, πλέον, ως καταναλωτές της φροντίδας υγείας και αναγνωρίζεται το δικαίωμά τους, αλλά και η ανάγκη να συμμετέχουν στη διαδικασία λήψης των αποφάσεων, στο σχεδιασμό και την υλοποίηση των πολιτικών υγείας (Thomas S., Nay R. et. al., 2006).

Κάτω από το πρίσμα αυτών των αλλαγών στη φροντίδα υγείας, η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δε θα πρέπει να θεωρείται μόνο ως ένας δείκτης για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αλλά θα πρέπει να αποτελεί τον σκοπό κάθε σύγχρονου συστήματος υγείας. Ως εκ τούτου, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσα από έρευνες, που αποτυπώνουν τη γνώμη τους σχετικά με την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα και περιγράφουν τις υπηρεσίες υγείας από την πλευρά των ασθενών, κρίνεται απαραίτητη για την επίτευξη του σκοπού αυτού.

Πιο συγκεκριμένα, μέσα από τις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, διερευνώνται οι επιθυμίες και οι προτεραιότητές τους, αξιολογούνται οι παρεχόμενες υπηρεσίες και αναδεικνύονται τα προβλήματα και οι ελλείψεις του συστήματος, ώστε να σχεδιαστούν και να υλοποιηθούν όλες οι απαραίτητες εκείνες αλλαγές που θα οδηγήσουν στην αναγέννησή του και τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών του (Cleary P.D., 1999).

Παρά, όμως, το μεγάλο ενδιαφέρον των ερευνητών για τη μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας και τις προσπάθειες που γίνονται τα τελευταία χρόνια για τη βελτίωση και τη δημιουργία αξιόπιστων εργαλείων μέτρησης, δε θεωρείται εύκολη η εφαρμογή κοινών μεθοδολογικών εργαλείων και μοντέλων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών (Defosse G., Mathoulin-Pelissier S. et. al., 2007). Πολλές μέθοδοι έχουν προταθεί και χρησιμοποιηθεί, κατά καιρούς, για την έρευνα της γνώμης των ασθενών αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν, όπως ημι – δομημένες, δομημένες ή ανοικτές συνεντεύξεις, παρατήρηση συμμετεχόντων, ομάδες εστίασης. Ωστόσο, αυτή που συναντάται συχνότερα είναι η χρήση σύνθετα δομημένων ερωτηματολογίων, τα οποία συνδυάζουν ποιοτικές και ποσοτικές διαστάσεις της φροντίδας (Barbour R.S., 1999), καθώς και ανοικτές ερωτήσεις που



δίνουν τη δυνατότητα στον ερωτηθέντα – ασθενή να αναφέρει, χωρίς περιορισμό, την άποψή του (Crow R., Cage H. et. al., 2002).

#### **1.4. Η σημασία της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών**

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

Οι μελέτες που ερευνούν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν εφελκυστικό για την πραγματοποίηση αλλαγών με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και την αύξηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας επηρεάζει άμεσα και ενδιαφέρει εξίσου τους επαγγελματίες υγείας, τα ασφαλιστικά ταμεία, το κράτος και την ίδια την κοινωνία στο σύνολό της.

Σύμφωνα με τον Korsch et al. (1978), η ικανοποίηση των ασθενών προσδιορίζεται ως μια μεταβλητή, που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της παρεχόμενης φροντίδας, καθώς, όπως αποδεικνύουν σχετικές μελέτες, υπάρχει θετική στατιστική συσχέτιση της συμμόρφωσης του ασθενούς με το βαθμό ικανοποίησής του από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Ο ικανοποιημένος ασθενής είναι περισσότερο πρόθυμος να ακολουθήσει τις ιατρικές οδηγίες συγκριτικά μ' έναν λιγότερο ικανοποιημένο ασθενή, με αποτέλεσμα την επίτευξη ακόμη καλύτερου κλινικού αποτελέσματος, την ταχύτερη ανάρρωσή του και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας.

Μελέτες δείχνουν ότι ακόμη και η διαδικασία της έρευνας της γνώμης των ασθενών μπορεί να θεωρηθεί θεραπευτικός παράγοντας, αφού οι ασθενείς αισθάνονται ότι έχουν συμμετάσχει στη λήψη της απόφασης και είναι πιθανότερο να συμμορφωθούν με αυτή και να την ακολουθήσουν (Μερκούρης Α., 1996, Hooker R., Potts R. et. al., 1997).

Εκτός όμως από τα σημαντικά αυτά οφέλη που έχει ο παράγοντας ικανοποίηση για τους ασθενείς, σημαντικά είναι, επίσης, τα οφέλη που απορρέουν από τη μέτρηση της ικανοποίησης, για την ίδια την υγειονομική μονάδα, καθώς το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες θεωρείται απαραίτητος και αξιόπιστος δείκτης ποιότητας των υπηρεσιών παροχής φροντίδας (Παρισσόπουλος Σ., 2007, Λαχανά Ε., Κοτρώτσιου Ε., 2002). Επομένως, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών:

- αποτελεί προϋπόθεση για την αύξηση τόσο της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών, όσο και του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας.
- προσφέρει στη Διοίκηση και τα στελέχη της υγειονομικής περίθαλψης όλες εκείνες τις απαραίτητες πληροφορίες – αποτελέσματα, που στηρίζονται σε θεωρητικές αναλύσεις και σε στατιστικά στοιχεία της εμπειρικής μελέτης, προκειμένου να αξιολογήσουν τους προβληματικούς τομείς της φροντίδας υγείας και να επανασχεδιάσουν νέες πρακτικές και πολιτικές, που μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας (Μερκούρης Α., 1996, Jackson J., Chamberlin J. et. al., 2001).
- συμβάλλει στο να αναγνωρισθούν οι ανάγκες του ασθενή-χρήστη και αποτελεί σημαντικό οδηγό για τη λήψη διαχειριστικών αποφάσεων και την καλύτερη διαχείριση των πόρων των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος Γ., Νιάκας Δ., 1991).
- παρέχει χρήσιμα δεδομένα για στάσεις και συμπεριφορές του προσωπικού, δίνοντας ταυτόχρονα στη Διοίκηση την ευκαιρία να αξιολογήσει την αποδοτικότητά του και να την επιβραβεύσει ή να αναλάβει τις κατάλληλες διορθωτικές παρεμβάσεις. Επιπλέον, η γνώση που παρέχεται από την έρευνα της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας, προάγει τη συνεργασία, την υπευθυνότητα των εργαζομένων και κατευθύνει το προσωπικό να λειτουργεί περισσότερο με γνώμονα τους ασθενείς του (Μερκούρης Α., 1996, Παπανικολάου Β., 1994).
- μειώνει το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών και συμβάλει μακροχρόνια στην εξοικονόμηση πόρων, εφόσον ο ικανοποιημένος ασθενής συμμορφώνεται με τις

ιατρικές οδηγίες, η ανάρρωσή του είναι ταχύτερη και έχει μικρότερο χρόνο νοσηλείας (Μερκούρης Α., 1996, Abramowitz S., Cote A.A., 1987).

Στον τομέα του μάρκετινγκ υπηρεσιών, αρκετοί ερευνητές πιστεύουν ότι η έρευνα για τη γνώμη των πελατών – ασθενών και την ικανοποίησή τους από τις λαμβανόμενες υπηρεσίες μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας, δίνοντας ανταγωνιστικό πλεονέκτημα σε έναν Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, καθώς αυτός υπερτερεί έναντι των ομοίων του αφού (Πιερράκος Γ., Τομάρας, Π., 2009):

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

Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι ένας πελάτης / χρήστης που είναι δυσαρεστημένος με τη φροντίδα που δέχτηκε σε ένα νοσοκομείο, υπάρχει το ενδεχόμενο όχι μόνο να προσφύγει ο ίδιος και η οικογένειά του σε έναν ανταγωνιστή, αλλά, επίσης, να διαδώσει αρνητικά σχόλια για τις υπηρεσίες του οργανισμού, μιλώντας για την εμπειρία του αυτή σε άλλα 9-10 άτομα από το συγγενικό ή φιλικό του περιβάλλον. Αναφέρεται, μάλιστα, ότι ο 1 στους 8 δυσαρεστημένους πελάτες θα επαναλάβει το γεγονός αυτό σε πάνω από 20 άτομα, ενώ, αντίθετα, ο ικανοποιημένος ασθενής θα μοιραστεί την εμπειρία του το πολύ με άλλα 3 ή 4 άτομα (Παπανικολάου Β., 1994).

Όπως γίνεται φανερό και από την παραπάνω αναφορά στη σημασία της διερεύνησης της ικανοποίησης των ασθενών / χρηστών υπηρεσιών υγείας, δικαιολογημένα, ένας μεγάλος αριθμός ερευνητών υποστηρίζει ότι η μέτρηση της ικανοποίησής τους αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την έρευνα, τη διαχείριση και τον σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών και ότι η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών μεθόδων οργάνωσης ή παροχής της υγειονομικής φροντίδας (Papanikolaou V., Ntani Sp., 2008).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2<sup>ο</sup>

### ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ (ΤΕΠ)

#### 2.1. Βασικές λειτουργίες του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών αποτελεί κομβικό τμήμα για την αποτελεσματική και ποιοτική λειτουργία ενός νοσοκομείου και του ευρύτερου δικτύου επείγουσας περίθαλψης. Πρόκειται, ουσιαστικά, για τον συνδετικό κρίκο μεταξύ της πρωτοβάθμιας και της δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας (προνοσοκομειακής και νοσοκομειακής περίθαλψης).

Βασικός σκοπός της λειτουργίας του ΤΕΠ είναι η γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί ότι επείγον περιστατικό θεωρείται κάθε ασθενής ο οποίος αντιμετωπίζει μια επείγουσα κατάσταση, που με τη σειρά της, είναι απειλητική για τη ζωή του ασθενή και απαιτεί γρήγορη εκτίμηση και άμεση αντιμετώπιση μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα (Μπαλτόπουλος Γ., 1997).

Πιο αναλυτικά, οι επιμέρους λειτουργίες του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι (Παπασάββας Ε., 2001):

- Να υποδέχεται τα έκτακτα περιστατικά και να κάνει ορθή διαλογή αυτών (triage), ανάλογα με τη βαρύτητά τους και το είδος του προβλήματος.
- Να παρέχει υψηλού επιπέδου κατεπείγουσα, επείγουσα και μη - επείγουσα ιατρική περίθαλψη και νοσηλευτική φροντίδα, 24 ώρες το εικοσιτετράωρο και 365 μέρες το έτος, στα άτομα που χρήζουν τέτοιας περίθαλψης, με άμεση αναγνώριση των επειγουσών καταστάσεων, και να διασφαλίζει τη μείωση της θνησιμότητας, νοσηρότητας και αναπηρίας, που σχετίζονται με τον τραυματισμό και την αιφνίδια νόσο.
- Να λειτουργεί ως φίλτρο και να προστατεύει το νοσοκομείο από τις άσκοπες εισαγωγές που επιβαρύνουν τόσο τον προϋπολογισμό του όσο και τη λειτουργία του.
- Να κατευθύνει τους ασθενείς στις κατάλληλες μονάδες, μετά την παροχή της επείγουσας φροντίδας, ανάλογα με το πρόβλημα (εισαγωγή σε κλινική, παραμονή σε μονάδα βραχείας νοσηλείας μέχρι την τελική αξιολόγηση).

- Να διαχειρίζεται καταστάσεις κρίσης και να αντιμετωπίζει μαζικά θύματα από καταστάσεις έκτακτης ανάγκης (π.χ. τροχαία ατυχήματα, φυσικές καταστροφές, ακραία καιρικά φαινόμενα).
- Να προστατεύει την ανθρώπινη αξιοπρέπεια, σε όλες τις περιπτώσεις, ακόμη και όταν η διατήρηση της ανθρώπινης ζωής δεν είναι αντικειμενικά εφικτή.
- Να εκπαιδεύει τους ασθενείς και τους συνοδούς τους, παρέχοντάς τους κατάλληλες οδηγίες – πληροφορίες και ενημερώνοντάς τους σχετικά με τη διακοπή επιβλαβών συνηθειών και τη διαδικασία επανελέγχου.
- Να συλλέγει δεδομένα που αφορούν στη φροντίδα και στην έκβαση των ασθενών, με σκοπό την εκτίμηση των αποτελεσμάτων της νοσηλείας και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και των λειτουργιών του ΤΕΠ.

## **2.2. Νομοθετικό πλαίσιο του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών**

Η οργάνωση και η λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών ορίζεται από το Νόμο 2889/2001 (ΦΕΚ 37/Α') και την Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.117448/14-9-2007 με τίτλο «Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) των Νοσοκομείων του ΕΣΥ». Σύμφωνα με τον παραπάνω νόμο:

1. Σε κάθε νοσοκομείο της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες οργανώνεται και λειτουργεί αυτοτελές Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), ως διατομεακό τμήμα αυτού, με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό για την αποτελεσματική αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.
2. Το ΤΕΠ λειτουργεί, κατά τις ημέρες γενικής εφημερίας, όλο το 24ωρο, τις δε υπόλοιπες εργάσιμες ημέρες μόνο κατά το πρωινό ωράριο.
3. Στο ΤΕΠ των νοσοκομείων του ΕΣΥ προϊστάται ιατρός με βαθμό Διευθυντή του κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας Χειρουργικής ή Αναισθησιολογίας ή Παθολογίας ή Καρδιολογίας ή Πνευμονολογίας, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ ή ειδικότητας Γενικής Ιατρικής με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική, στη διάσωση και την προ-νοσοκομειακή περίθαλψη.

4. Στελεχώνεται με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το Τμήμα αυτό, καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου.
5. Σύμφωνα με την εν λόγω υπουργική απόφαση, στο ΤΕΠ προΐσταται (για τη νοσηλευτική υπηρεσία) νοσηλευτής/τρια κατηγορίας ΠΕ ή ΤΕ, με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα νοσηλευτική, η οποία τεκμηριώνεται από τη θητεία σε μέχρι σήμερα λειτουργούντα τμήματα επειγόντων περιστατικών της Ελλάδας ή του εξωτερικού, τη θητεία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας, Μονάδα Ανάνηψης της Ελλάδας ή του εξωτερικού, καθώς και την εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας. Για τη στελέχωση του ΤΕΠ με προσωπικό της νοσηλευτικής υπηρεσίας λαμβάνεται, επίσης, υπόψη η προϋπηρεσία σε τμήματα επειγόντων περιστατικών, ΜΕΘ, ΜΑΦ, Μονάδα Ανάνηψης, καθώς και η εκπαίδευση σε προγράμματα επείγουσας προ-νοσοκομειακής φροντίδας, ενώ ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα σε κλίνες, τις ιδιαιτερότητες του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών.
6. Ακολούθως, ο Διευθυντής ιατρός του ΤΕΠ έχει την ευθύνη λειτουργίας του τμήματος και ασκεί όλες τις διοικητικές και επιστημονικές αρμοδιότητες που απορρέουν από τη θέση του αυτή. Όταν αυτός απουσιάζει, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν ιατρό του ΤΕΠ Αναπληρωτή Διευθυντή ή, εάν δεν υπάρχει, έναν Επιμελητή Α΄. Για τις ημέρες Γενικής Εφημερίας ο Διευθυντής του ΤΕΠ ορίζει έναν Αναπληρωτή Δ/ντή ή έναν Επιμελητή Α΄ ως υπεύθυνο εφημερίας. Μόνο σε περίπτωση που δεν υπηρετεί Επιμελητής Α΄ ορίζει ως υπεύθυνο εφημερίας γιατρό με βαθμό Επιμελητή Β΄.
7. Στο χώρο διαλογής, στο στάδιο δηλαδή της υποδοχής του ασθενούς, αρμόδιοι για να παράσχουν τις κατάλληλες κατευθύνσεις και να οδηγήσουν τον ασθενή στους χώρους του ΤΕΠ είναι, κατά πρώτον, οι ειδικευμένοι ιατροί που στελεχώνουν το ΤΕΠ και, ακολούθως, οι νοσηλευτές/νοσηλεύτριες που απαρτίζουν το νοσηλευτικό προσωπικό του τμήματος. Έτσι, ανάλογα με τη βαρύτητα της κατάστασής του, το περιστατικό οδηγείται είτε στην αίθουσα αναζωογόνησης, όπου αντιμετωπίζονται άμεσα οι απειλητικές για τη ζωή και υπερεπείγουσες καταστάσεις, είτε στα ιατρεία εξέτασης του ΤΕΠ, όπου αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με προβλήματα υγείας, η κατάσταση των οποίων παραμένει σταθερή.

8. Ο ασθενής δε μετακινείται, αλλά αντιμετωπίζεται πάντα στο χώρο του ΤΕΠ, όπου εξετάζεται και του παρέχονται όλες οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Στη συνέχεια:

- του χορηγούνται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή και ενημερώνεται εάν απαιτείται περαιτέρω παρακολούθησή του από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία ή
- οδηγείται σε θάλαμο βραχείας νοσηλείας του ΤΕΠ για ολιγόωρη παραμονή και παρακολούθηση, μετά την οποία λαμβάνει οδηγίες και εξιτήριο ή εισάγεται στην κατάλληλη, ανάλογα με το πρόβλημά του, κλινική ή
- εισάγεται στο οικείο με την πάθησή του τμήμα ή
- διακομίζεται σε άλλο νοσοκομείο, κατόπιν συνεννόησης με τον Διευθυντή του ΤΕΠ ή τον υπεύθυνο εφημερίας του άλλου νοσοκομείου.

Για τις υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΤΕΠ συντάσσεται αναλυτικό σημείωμα, που συνοδεύει το εισιτήριο του ασθενούς και υπογράφεται απαραίτητα από τον Διευθυντή του ΤΕΠ ή τον Αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

9. Με ευθύνη του Διοικητή του νοσοκομείου, του Διευθυντή της Ιατρικής Υπηρεσίας και του Διευθυντή του ΤΕΠ γίνεται η κατανομή των κλινών μεταξύ των επειγόντων και των τακτικών περιστατικών, έτσι ώστε να εξασφαλίζεται τόσο η δυνατότητα εισαγωγής των επειγόντων περιστατικών όσο και των τακτικών περιστατικών που βρίσκονται σε αναμονή.

10. Οι Διευθυντές των ΤΕΠ ενημερώνουν το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ σχετικά με τον αριθμό των κενών νοσηλευτικών κλινών, τον αριθμό των κενών κλινών ΜΕΘ και τον αριθμό των περιστατικών που υποδέχονται, ώστε να εκτιμάται η δυνατότητα ή μη άμεσης αντιμετώπισης νέων περιστατικών.

Η πραγματικότητα, όμως, διαφέρει αρκετά απ' όσα η νομοθεσία ορίζει. Μέχρι σήμερα δεν έχει καταστεί δυνατή η ολοκληρωμένη εφαρμογή των νόμων και των εκάστοτε υπουργικών αποφάσεων, με αποτέλεσμα κανένα νοσοκομείο της χώρας (με εξαίρεση το Νοσοκομείο Παπαγεωργίου Θεσσαλονίκης) να μη διαθέτει Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών όπως περιγράφεται πιο πάνω.

### **2.3. Οργάνωση και στελέχωση του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών**

Μέχρι την ψήφιση του νόμου 2889/01 (άρθρο 6, παρ. 5), όπου θεσπίζεται ότι σε κάθε νοσοκομείο με δυναμικότητα πάνω από 200 κλίνες οργανώνεται υποχρεωτικά αυτόνομο ΤΕΠ, τα Εξωτερικά Ιατρεία Εκτάκτων Περιστατικών λειτουργούσαν ως παραρτήματα των επιμέρους κλινικών, με αυτόνομη νοσηλευτική υπηρεσία, αλλά με το ίδιο ιατρικό και διοικητικό προσωπικό και συχνά στους ίδιους χώρους με τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.

Οι διοικήσεις των περισσότερων νοσοκομείων έχουν, πλέον, αντιληφθεί ότι το ΤΕΠ αποτελεί τη «βιτρίνα» του νοσοκομείου και ότι ευθύνεται, σε μεγάλο βαθμό, για τις θετικές ή αρνητικές εντυπώσεις που αποκομίζουν οι ασθενείς από το νοσοκομείο. Για το λόγο αυτό, το ενδιαφέρον τους στρέφεται προς την ορθολογική και αποδοτική οργάνωση του τμήματος αυτού, που θα διασφαλίζει την παροχή υπηρεσιών υψηλού επιπέδου μέσα σ' ένα αναπόφευκτο πλαίσιο περιορισμένων οικονομικών πόρων.

Μία βασική αρχή οργάνωσης, είναι ότι το ΤΕΠ αποτελεί διατομεακό τμήμα, το οποίο καλύπτει όλους τους ιατρικούς τομείς και τα τμήματα ενός νοσοκομείου. Στα δημόσια ελληνικά νοσοκομεία, σύμφωνα με το ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των νοσοκομείων (ΠΔ 87/1986), το ΤΕΠ ανήκει στον τομέα εργαστηριακό – απεικονιστικό – διατομεακών τμημάτων.

#### **2.3.1. Οργανωτική δομή Τμήματος Επειγόντων (Π.Δ. 87/1986)**

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών δομείται οργανωτικά από τρεις βασικές υπηρεσίες, την Ιατρική, τη Νοσηλευτική και τη Διοικητική Υπηρεσία και επιπλέον Υποστηρικτικές Υπηρεσίες, οι οποίες οργανωτικά δεν ανήκουν στο ΤΕΠ, αλλά υποστηρίζουν τη λειτουργία του.

Όλο το ιατρικό και το παραϊατρικό (τεχνολογικό) προσωπικό αναφέρεται στο Διευθυντή ιατρό του ΤΕΠ, ο οποίος με τη σειρά του έχει ως προϊστάμενο τον Τομέαρχη του Τομέα Εργαστηριακού – Απεικόνισης – Διατομεακών Τμημάτων της Ιατρικής Υπηρεσίας. Από την



άλλη, το νοσηλευτικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό διευθύνεται από τον Προϊστάμενο Νοσηλευτή ΤΕΠ, ο οποίος αναφέρεται στον Τομέαρχη του Εργαστηριακού Τομέα της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας. Όσον αφορά στους υπαλλήλους του Τμήματος Διοικητικής Υποστήριξης του ΤΕΠ, αυτοί αναφέρονται στον Προϊστάμενο της Γραμματείας του ΤΕΠ (Λάμπρου Π., 2005).

### **2.3.2. Στελέχωση Τμήματος Επειγόντων (Π.Δ. 87/1986)**

Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης, ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών πρέπει απαραίτητα να διαθέτει δικό του μόνιμο εξειδικευμένο προσωπικό, που ανάλογα με το επίπεδο του νοσοκομείου και τον μέσο αριθμό των προσερχόμενων ασθενών, προσαυξάνεται, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών υγείας.

Από μελέτες που έγιναν στη Μεγάλη Βρετανία, έχει υπολογιστεί ότι ένας ειδικευμένος ιατρός, που εργάζεται 40 ώρες την εβδομάδα, μπορεί να εξετάσει 4.000 ασθενείς ετησίως. Επομένως, από τον κατά προσέγγιση αριθμό των ασθενών που δέχονται τις υπηρεσίες υγείας ενός ΤΕΠ, μέσα σε ένα χρόνο, είναι δυνατό να υπολογιστεί ο αριθμός των ειδικευμένων ιατρών που χρειάζεται το Τμήμα. Με αυτόν τον τρόπο μπορεί να υπολογιστεί και το νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό (Παπασάββας Ε., 2001).

Το προσωπικό που απαιτείται για την εύρυθμη λειτουργία των ΤΕΠ είναι το εξής:

**Ιατρικό προσωπικό:** Αποτελείται από πυρήνα μόνιμου ιατρικού προσωπικού, με αποκλειστική απασχόληση στο ΤΕΠ, που προέρχεται από τις βασικές ειδικότητες Παθολογίας, Καρδιολογίας, Χειρουργικής, Γενικής Ιατρικής, Παιδιατρικής και Αναισθησιολογίας και πλαισιώνεται από ανακυκλούμενο ιατρικό προσωπικό. Οι μόνιμοι ιατροί του ΤΕΠ δεν υποκαθιστούν, αλλά συνεργάζονται, συνεπικουρούν και συντονίζουν το έργο των υπόλοιπων ιατρικών ειδικοτήτων, ενώ έχουν την ευθύνη της λειτουργίας του ΤΕΠ.

Σύμφωνα με την Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ.117448/14-9-2007, η ελάχιστη στελέχωση του ΤΕΠ σε ιατρικό προσωπικό είναι: α) ένας Διευθυντής β) δύο Επιμελητές Α΄ και γ) τέσσερις Επιμελητές Β΄. Ο Διευθυντής ή υπεύθυνος του ΤΕΠ οφείλει, εκτός των άλλων αρμοδιοτήτων του, σε περίπτωση ανάγκης, να συγκροτήσει την ομάδα ετοιμότητας των

«Μαζικών Ατυχημάτων - Καταστροφών» και να θέσει σε εφαρμογή το σχέδιο έκτακτης ανάγκης του ΤΕΠ.

**Νοσηλευτικό προσωπικό:** Το ΤΕΠ πρέπει να στελεχώνεται από μόνιμο νοσηλευτικό προσωπικό, το οποίο αποτελείται από διπλωματούχους νοσηλευτές με εξειδίκευση στην Επείγουσα Νοσηλευτική ή αποδεδειγμένη εμπειρία σε μονάδες εντατικής θεραπείας και εκπαιδευμένους στο σύστημα διαλογής (triage). Ο αριθμός των ανά βάρδια νοσηλευτών που απαιτούνται για να λειτουργήσει σωστά το τμήμα πρέπει να υπολογισθεί σύμφωνα με τη ροή και τη βαρύτητα των περιστατικών, συνήθως 1 νοσηλευτής : 20 προσελεύσεις ασθενών, και ταυτόχρονα πρέπει να είναι τέτοιος ώστε να αναλογεί ένας, τουλάχιστον, νοσηλευτής για κάθε ιατρείο χωριστά, όπως επίσης και για τη μονάδα βραχείας νοσηλείας και την αίθουσα αναζωογόνησης (Γερογιάννης Ν., 1997).

**Διοικητικό προσωπικό:** Απαρτίζεται από 1) *διοικητικούς υπαλλήλους* της Γραμματείας του ΤΕΠ, που έχουν την ευθύνη για την υποδοχή και τη διακίνηση των ασθενών, καθώς και την κάλυψη της γραμματείας, του μητρώου ασθενών και του λογιστηρίου, σε 24ωρη βάση (Παππάς Ε., Μπουντούρης Θ. και συν., 2004) και 2) *προσωπικό ασφαλείας*, το οποίο πρέπει να παρευρίσκεται στο χώρο του ΤΕΠ, σε 24ωρη βάση, και να μεριμνά για την τήρηση της τάξης και την ασφάλεια του προσωπικού και των ασθενών, καθώς και των προσωπικών τους αντικειμένων.

**Παραϊατρικό και βοηθητικό προσωπικό:** Σε αυτό ανήκουν οι τεχνολόγοι του ακτινολογικού εργαστηρίου, οι παρασκευαστές του μικροβιολογικού εργαστηρίου, η Ψυχολόγος και η Κοινωνική Λειτουργός, οι οποίες επιτελούν σημαντικό έργο στην προσέγγιση και την υποστήριξη ειδικών ομάδων ασθενών, όπως είναι οι ηλικιωμένοι, οι μετανάστες, τα άτομα με ψυχικά προβλήματα και οι χρήστες ψυχοδραστικών ουσιών, καθώς και οι ειδικές φυλετικές πολιτισμικές ομάδες. Στο βοηθητικό προσωπικό του ΤΕΠ ανήκουν οι τραυματιοφορείς, οι βοηθοί θαλάμου και το προσωπικό καθαριότητας (Παππάς Ε., Μπουντούρης Θ. και συν., 2004).

### **2.3.3. Χωροταξική υποδομή Τμήματος Επειγόντων**

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών θα πρέπει να βρίσκεται στο ισόγειο του νοσοκομείου, να διαθέτει ανεξάρτητη είσοδο από την είσοδο του κεντρικού κτιρίου και πολυάριθμες θέσεις στάθμευσης, έτσι ώστε να είναι εύκολα και άμεσα προσβάσιμο από όλους (ασθενείς σε φορεία, περιπατητικούς, κοινό) και με όλα τα μεταφορικά μέσα (Ι.Χ., ασθενοφόρα, συγκοινωνίες κλπ). Στα μεγάλα νοσοκομεία πρέπει να προβλέπεται και ελικοδρόμιο με άμεση πρόσβαση στο ΤΕΠ.

Ένα καλά σχεδιασμένο και λειτουργικό ΤΕΠ πρέπει απαραίτητα να έχει δύο εισόδους, μία ανεξάρτητη είσοδο για τους ασθενείς στα φορεία και αυτούς που διακομίζονται με ασθενοφόρο και μία άλλη για τους περιπατητικούς ασθενείς και τους συνοδούς τους (Επιτροπάκης Π., 2001).

Ο τρόπος που είναι σχεδιασμένο ένα ΤΕΠ επηρεάζει τόσο την ταχύτητα και την αποτελεσματικότητα παροχής των φροντίδων, όσο και τον απαιτούμενο αριθμό προσωπικού για την παροχή αυτών των υπηρεσιών. Η αρχιτεκτονική διαμόρφωση του ΤΕΠ πρέπει να βασιστεί στις λειτουργικές ανάγκες του για την παροχή υπηρεσιών στην υγειονομική περιοχή που καλύπτει και το μέγεθος και οι χώροι του να είναι ανάλογοι του αριθμού και του είδους των ασθενών που εξυπηρετούν. Υπάρχει η βασική δομή τριών επιπέδων ΤΕΠ: α) η μια αφορά νοσοκομεία δυναμικότητας μέχρι 200 κλινών, β) η άλλη νοσοκομεία δυναμικότητας από 200 μέχρι 400 κλίνες και γ) η τελευταία αφορά ΤΕΠ τριτοβάθμιων νοσοκομείων δυναμικότητας άνω των 400 κλινών.

Τα χωροταξικά συγκροτήματα και οι επιμέρους χώροι αυτών, που πρέπει να περιλαμβάνει ένα ΤΕΠ είναι τα εξής (ΔΕΠΑΝΟΜ, 2002):

#### **Είσοδος, υποδοχή - διαλογή (triage) περιστατικών, αναμονή:**

- Χώροι εισόδου
- Χώρος υποδοχής - διαλογής περιστατικών
- Χώρος γραμματείας (διοικητικής υποστήριξης ΤΕΠ)
- Χώροι αναμονής ασθενών - συγγενών

### **Χώροι εξέτασης - διάγνωσης - αντιμετώπισης:**

- Χώρος αναζωογόνησης
- Εξεταστήρια – ιατρεία πολλαπλών χρήσεων (ανοικτού τύπου)
- Μεμονωμένα εξεταστήρια – ιατρεία για κάθε ιατρικό τομέα και για κάθε ιατρική ειδικότητα (π.χ. παθολογικό, χειρουργικό, καρδιολογικό, ορθοπαιδικό, μαιευτικό – γυναικολογικό, παιδιατρικό, ΩΡΛ, ψυχιατρικό)
- Σταθμός εργασίας νοσηλευτών
- Χώρος απομόνωσης λοιμωδών περιστατικών
- Αίθουσα γύψου
- Αίθουσα χειρουργικών επεμβάσεων
- Εργαστήρια

### **Χώροι παρακολούθησης ασθενών:**

- μικρή ΜΕΘ ή ΜΑΦ
- Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας (ΜΒΝ) ή Παρακολούθησης
- Ανάνηψη

### **Χώροι προσωπικού ΤΕΠ:**

- Γραφείο προϊστάμενου ΤΕΠ
- Γραφείο ανάπαυσης ιατρών
- Γραφείο ανάπαυσης νοσηλευτικού προσωπικού ΤΕΠ
- Αποδυτήρια προσωπικού
- Χώρος συγκέντρωσης βοηθητικού υγειονομικού προσωπικού
- Εφημερείο ιατρών ΤΕΠ
- Γραφείο Κοινωνικής Υπηρεσίας

### **Λοιποί χώροι ΤΕΠ:**

- Γραφείο ή σταθμός φύλαξης – ασφάλειας ΤΕΠ
- Αίθουσα σεμιναρίων
- Νεκροθάλαμος

### **Βοηθητικοί Χώροι ΤΕΠ:**

- WC ασθενών – ατόμων με ειδικές ανάγκες (ΑΜΕΑ)
- WC συνοδών – επισκεπτών
- Αποθηκευτικοί χώροι:
  - ✓ Αποθήκες φαρμάκων και υγειονομικού υλικού
  - ✓ Αποθήκες ιματισμού
  - ✓ Χώρος στάθμευσης φορείων και τροχήλατων καθισμάτων
  - ✓ Χώρος στάθμευσης ογκωδών μηχανημάτων (φορητό ακτινολογικό, υπερηχογράφος, απινιδωτές κλπ)
- Χώροι ειδών καθαριότητας
- Χώρος πλύσης σκωραμίδων
- Χώροι συλλογής ακάθαρτων (χώρος προσωρινής αποθήκευσης απορριμμάτων, χώρος συλλογής ακάθαρτου ιματισμού).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3<sup>ο</sup>

### Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα αποτελεί ανθρώπινη αναζήτηση και ανάγκη από τους αρχαίους χρόνους. Το ενδιαφέρον όμως για την επιστημονική διερεύνηση και την κατανόηση του όρου παρουσιάστηκε κυρίως από τη δεκαετία του 1950 και έπειτα, αρχικά στον τομέα παραγωγής βιομηχανικών προϊόντων και στη συνέχεια και στην παροχή υπηρεσιών.

Στη σύγχρονη εποχή, η ποιότητα αποτελεί βασικό παράγοντα για κάθε οργανισμό παραγωγής προϊόντων ή υπηρεσιών και η αξία της είναι αναμφισβήτητη.

Μεγαλύτερη σημασία έχει η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και την αποσαφήνιση του όρου αυτού επιχειρεί αυτό το κεφάλαιο. Η διασφάλιση ποιοτικής φροντίδας προβληματίζει, πλέον, όλο και πιο έντονα, τους επαγγελματίες υγείας, τα διευθυντικά στελέχη των υπηρεσιών υγείας, τις κυβερνήσεις των χωρών και αποτελεί κύριο ζητούμενο από την πλευρά των καταναλωτών – χρηστών των υπηρεσιών (Σιγάλας Ι., Αλεξιάδης Α., 1999).

#### **3.1. Η έννοια της ποιότητας στο χώρο της υγείας**

##### **3.1.1. Διαφοροποίηση “ποιότητας υπηρεσιών υγείας” – “ποιότητας υπηρεσιών & προϊόντων”**

Πολλοί είναι οι επιστήμονες που έχουν ασχοληθεί, κατά καιρούς, με το θέμα της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Παρ’ όλα αυτά, ο προσδιορισμός της έννοιας της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας θεωρείται, μάλλον, μια δύσκολη υπόθεση, που απαιτεί πολύπλευρη προσέγγιση. Οι δυσκολίες που ανακύπτουν οφείλονται, ουσιαστικά, στην ιδιομορφία των υπηρεσιών υγείας σε σύγκριση με τις άλλες υπηρεσίες. Πρόκειται για προσωπικές υπηρεσίες, ο αποδέκτης – χρήστης των οποίων προσδοκά πολύ περισσότερα από αυτές απ’ όσα αναμένει από οποιαδήποτε άλλη υπηρεσία. Έτσι, εκτός από έννοιες, όπως η ετοιμότητα παροχής, η δυνατότητα πρόσβασης, η καταλληλότητα, η αξιοπιστία και η συνεχής υποστήριξη, που ταυτίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών, στην περίπτωση των

υπηρεσιών υγείας παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, την υψηλή τεχνολογία, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «ασθενή», αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα και αποτελούν αναγκαιότητα (Τούντας Γ., 2003).

Επιπρόσθετα, η ποιότητα στον τομέα της υγείας αποτελεί μια πιο σύνθετη διαδικασία απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας και η μεγαλύτερη διαφορά τους έγκειται στον τρόπο επίτευξής της. Στην περίπτωση των βιομηχανικών προϊόντων, η διασφάλιση της ποιότητας ταυτίζεται με την τήρηση μιας τυποποιημένης διαδικασίας παραγωγής αγαθών, ορισμένων προδιαγραφών. Στην υγεία, ωστόσο, η ύπαρξη των μηδενικών αυτών αποκλίσεων στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα δε βρίσκει εφαρμογή, καθώς οι ασθενείς παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, γεγονός που καθιστά αναγκαία τη διαφορετική αντιμετώπισή τους. Για το λόγο αυτό η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την εξασφάλιση και την παροχή στους ασθενείς της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής, κάτι που αποτελεί, σαφέστατα, ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ό,τι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία. (Τούντας Γ., 2003).

### **3.1.2. Βασικοί εννοιολογικοί ορισμοί της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας**

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έναν από τους πλέον αμφιλεγόμενους όρους και πολλοί διακεκριμένοι επιστήμονες έχουν ασχοληθεί με τη διασαφήνιση της έννοιας αυτής, προσεγγίζοντάς την από διαφορετικές σκοπιές. Η βιβλιογραφία διαθέτει πληθώρα εννοιολογικών ορισμών για την ποιότητα στο χώρο της υγείας.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στην υγεία, στα πλαίσια των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής, με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο και τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενούς από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (W.H.O., 1993).

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization for Standardization - ISO) ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους (International Organization for Standardization, 1990).

Ταυτόχρονα, η Palmer (1991), λαμβάνοντας υπόψη τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, δίνει τον εξής ορισμό: «η ποιότητα της φροντίδας μετράται με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο.

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

### **3.2. Οι διαστάσεις της ποιότητας στο χώρο της υγείας**

Η ποιότητα είναι αναμφισβήτητα ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Μέσα από τη βιβλιογραφία έχουν προσδιοριστεί και αναλυθεί οι διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες γενικότερα και στις υπηρεσίες υγείας ειδικότερα.

Κατά τον Donabedian, τον πατέρα της διασφάλισης της ποιότητας στο χώρο της υγείας, η ποιότητα διαχωρίζεται σε τρεις κύριες διαστάσεις, στη δομή, στη διαδικασία και στο αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς είναι απαραίτητη, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος για τον ασθενή με το μικρότερο κόστος.

- Ποιότητα Δομής: Περιλαμβάνει τα χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος παραγωγής και παροχής υπηρεσιών υγείας, συμπεριλαμβανομένων των υλικών πόρων (εγκαταστάσεις, ιατροτεχνολογικός εξοπλισμός), των ανθρωπίνων πόρων (ιατρικό



προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, διοικητικό προσωπικό κ.ά) και του οργανισμού (πτυχές της δομικής και λειτουργικής οργάνωσης, μέθοδοι αξιολόγησης, συστήματα αμοιβών κ.ά.).

- Ποιότητα Διαδικασίας: Αφορά στο σύνολο των δραστηριοτήτων και διεργασιών, που λαμβάνουν χώρα από τη στιγμή που ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας μέχρι την έξοδό του από αυτό.
- Ποιότητα Αποτελέσματος: Πρόκειται για την άμεση ή μακροπρόθεσμη αλλαγή στην κατάσταση υγείας των ατόμων (βελτίωση, σταθεροποίηση ή επιδείνωση της κατάστασης υγείας τους), ως συνέπεια της παροχής της υγειονομικής φροντίδας στους ασθενείς και συνολικά στον πληθυσμό, συμπεριλαμβανομένης και της μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ. και συν., 2008).

Εκτός από τις τρεις αυτές διαστάσεις, ο Donabedian ασχολήθηκε και με τρεις ακόμη:

- Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
- Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine), το οποίο αποτελεί ζωτικής σημασίας παράμετρο της ποιότητας της παροχής φροντίδας. Αφορά στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από το γιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας και σχετίζεται με τη συμπεριφορά αυτών απέναντί του, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
- Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities), η οποία περιλαμβάνει τον χώρο, το περιβάλλον, τις συνθήκες και τις ανέσεις υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες (Παπανικολάου Β., 2007).

Η Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO), προσδιορίζει τις παρακάτω επτά διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας: την ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, τη διαθεσιμότητα, την καταλληλότητα, την αποτελεσματικότητα, τη συνέχεια και την αποδοτικότητα της φροντίδας, καθώς και την έγκαιρη παροχή της (JCAHO, 2000).

Ο Maxwell υποστηρίζει ότι στην έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας συνυπάρχουν οι εξής βασικές παράμετροι: η πρόσβαση – προσπελασιμότητα, η ισότητα, η αποτελεσματικότητα, η αποδοχή, η καταλληλότητα (Maxwell R.J., 1984), ενώ αργότερα προστέθηκαν έννοιες όπως συνέχεια της φροντίδας και ασφάλεια από τον Οργανισμό Οικονομικής Συνεργασίας και Ανάπτυξης (ΟΟΣΑ).

Προσπελασιμότητα είναι η δυνατότητα των χρηστών υπηρεσιών υγείας να έχουν πρόσβαση στη φροντίδα υγείας και αναφέρεται σε εμπόδια γεωγραφικά, χρονικά, οικονομικά, γλωσσικά. Η Ισότητα αναφέρεται στη δίκαιη κατανομή και παροχή των υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξάρτητα από το φύλο, την εθνικότητα, την οικονομική ευρωστία, τις πολιτικές πεποιθήσεις κ.λ.π. Αποτελεσματικότητα είναι η επίτευξη του επιθυμητού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή, ενώ αποδοχή των υπηρεσιών είναι η άποψη του χρήστη - ασθενή σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών και η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται. Η διάσταση της καταλληλότητας αναφέρεται στο βαθμό συμφωνίας ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων και στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται και η παροχή μιας συγκεκριμένης υπηρεσίας κρίνεται ως ενδεδειγμένη, όταν το αναμενόμενο όφελος για την υγεία του ασθενή, το οποίο μπορεί να μεταφράζεται ως ανακούφιση, καλύτερη ποιότητα ζωής, παράταση ζωής, είναι μεγαλύτερο από τις αναμενόμενες αρνητικές επιπτώσεις (παρενέργειες, νοσηρότητα, θάνατοι). Η αποδοτικότητα αναφέρεται στην άριστη αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων, ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος (Παπανικολάου Β., 2007).

Σύμφωνα με τους Parasuraman, Zeithaml και Berry, οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στον τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνουν τις έννοιες αξιοπιστία, ανταπόκριση, ασφάλεια, ενσυναίσθηση (κατανόηση) και ορατά χαρακτηριστικά. Αξιοπιστία είναι η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών. Η ανταπόκριση σχετίζεται με την προθυμία και την ικανότητα της υπηρεσίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη, παρέχοντας κατάλληλες υπηρεσίες και ταχεία απάντηση στα αιτήματά τους, και την ικανότητα επίλυσης των παραπόνων με αποτελεσματικό τρόπο (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ. και συν., 2008). Ασφάλεια είναι η εχεμύθεια κι επιπλέον η έλλειψη κινδύνων και αμφιβολιών και είναι σε άμεση συνάρτηση με την κατάρτιση και τις δεξιότητες του προσωπικού που παρέχει

υπηρεσίες υγείας. Η κατανόηση του πελάτη – ασθενή περιλαμβάνει την κατανόηση των αναγκών και των απαιτήσεών του και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών. Τέλος, τα ορατά χαρακτηριστικά σχετίζονται με την εμφάνιση φυσικών αντικειμένων και προσώπων, όπως η κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, ο εξοπλισμός και το προσωπικό (Parasuraman A., Zeithaml V. et. al., 1988, Carman J.M., 1990).

### **3.3. Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών**

Σε ένα χώρο όπως είναι το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, που αποσκοπεί στην παροχή επείγουσας ιατρικής βοήθειας σε οποιονδήποτε έχει ανάγκη, ανεξάρτητα από την οικονομική ή ασφαλιστική του κατάσταση, υπάρχει απαίτηση για ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ένας από τους βασικούς σκοπούς του είναι η υψηλού επιπέδου επίτευξη ικανοποίησης των αναγκών των χρηστών του. Η παροχή υπηρεσιών άμεσης φροντίδας και η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζονται άμεσα μεταξύ τους και αποτελούν σημαντικούς δείκτες για την ποιότητα του τμήματος.

Όπως έχει ήδη αναφερθεί, ένας από τους πλέον συνήθεις τρόπους αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας είναι η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών. Έρευνες ικανοποίησης από τις υπηρεσίες στο ΤΕΠ οδηγούν στο συμπέρασμα ότι σημεία – κλειδιά, που συμβάλλουν στη διαμόρφωση της άποψης των εξωτερικών ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας τους στο ΤΕΠ και αποτελούν πεδίο εφαρμογής δεικτών ποιότητας, είναι η ετοιμότητα του προσωπικού να εξυπηρετήσει τον χρήστη και η ταχύτητα άμεσης επέμβασης, η αποτελεσματικότητα της πρώιμης διάγνωσης, η αποτελεσματικότητα διαλογής, η αποτελεσματικότητα της θεραπείας και η επιτυχής ανταπόκριση στο πρόβλημα τους, έτσι ώστε να μη χρειαστεί να επανέλθουν για τον ίδιο λόγο (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ. και συν., 2008, Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. και συν., 2006).

Πολλές φορές, όμως, οι ασθενείς μετρούν την ποιότητα με κριτήρια, τα οποία δεν έχουν απαραίτητα σχέση με τις κλινικές δεξιότητες του προσωπικού του ΤΕΠ αλλά σχετίζονται με την καλή διαπροσωπική επικοινωνία και την ανταπόκριση των εργαζομένων στις ερωτήσεις που τους τίθενται, την ψυχολογική υποστήριξη που τους παρέχει το προσωπικό και την

οικοδόμηση σχέσης εμπιστοσύνης μαζί τους, τη διασφάλιση της ιδιωτικότητας τους και την αξιοπρεπή μεταχείρισή τους, την ακριβή πληροφόρηση και λήψη οδηγιών από τους θεράποντες ιατρούς (Κωσταγιόλας Π., Καϊτελίδου Δ. και συν., 2008, Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ. και συν., 2006).

Από την άλλη, παράγοντες που επηρεάζουν αρνητικά τον βαθμό ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών του ΤΕΠ φαίνεται να αποτελούν η έλλειψη εξειδικευμένου ιατρονοσηλευτικού προσωπικού ή συγκεκριμένων ιατρικών ειδικοτήτων, η αδυναμία συμμετοχής του ασθενή στη λήψη αποφάσεων, η συμφόρηση, καθώς και ο αυξημένος χρόνος αναμονής στο ΤΕΠ (από την άφιξη έως την εξέταση από τον ιατρό ή έως την εισαγωγή στην κλινική, αναμένοντας την εύρεση κενής κλίνης ή ο συνολικός χρόνος παραμονής στο ΤΕΠ από την άφιξη έως την έξοδο ή ο μέσος χρόνος παραμονής στη Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας) (Saila T., Mattila E. et. al., 2008, Μαλλιαρού Μ., Καραθανάση Κ. και συν., 2008).

Η ποιότητα, όμως, των υπηρεσιών που παρέχονται στα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών καθορίζεται σε σημαντικό βαθμό και από τις εγκαταστάσεις, που περιλαμβάνουν την κτιριακή υποδομή και χωροταξική εργονομία, τον εξοπλισμό, την ανανέωση των υλικών, την ύπαρξη ηλεκτρονικών συστημάτων διαχείρισης του ασθενή, καθώς και από τη μέριμνα της διοίκησης για κατάλληλη στελέχωση με προσωπικό άρτια εκπαιδευμένο. Η εφαρμογή στρατηγικών για την ανάπτυξη του προσωπικού επιβάλλεται, ώστε να μπορεί αυτό να ανταποκριθεί στις αυξημένες απαιτήσεις του χώρου, και περιλαμβάνει την ανάπτυξη οργανωσιακής κουλτούρας ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού, την οργάνωση προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσής του και την ύπαρξη συστήματος αξιολόγησης του προσωπικού (Lo S., Mc Kechnie S., 2007, Μαλλιαρού Μ., Καραθανάση Κ. και συν., 2008).

Το ΤΕΠ αποτελεί χώρο με ιδιαιτερότητες, λόγω της πληθώρας των διαφορετικών ασθενών που προσέρχονται σε αυτό με εντελώς διαφορετικές ανάγκες, της ανάγκης για άμεση επέμβαση και εξυπηρέτηση όλων αυτών των ατόμων, των διαφορετικών ομάδων επαγγελματιών υγείας που πρέπει να συνεργαστούν, αλλά και της ανάγκης για αποτελεσματική συνεργασία με τα διάφορα εργαστήρια και τμήματα του νοσοκομείου. Υπό το πρίσμα αυτών των ιδιαίτερων συνθηκών που επικρατούν σε ένα ΤΕΠ, επιβάλλεται η

ποιοτική παροχή υπηρεσιών επείγουσας φροντίδας υγείας. Για την προώθηση και την πιστοποίηση της ποιότητας των τμημάτων αυτών, οι υγειονομικά προηγμένες χώρες εφαρμόζουν, συστηματικά, μετρήσεις συγκεκριμένων ποιοτικών και ποσοτικών δεικτών, με τις οποίες επιδιώκεται η παρακολούθηση και η αξιολόγηση δεδομένων και αποτελεσμάτων. Με τη χρήση των δεικτών αυτών ελέγχεται η επίτευξη των προσδοκώμενων αποτελεσμάτων, ανιχνεύονται τα προβλήματα και οι ελλειματικές διαδικασίες και επανασχεδιάζονται οι στόχοι, με βάση πραγματικά στοιχεία από τη λειτουργία του οργανισμού (Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. και συν., 2009).

Συμπερασματικά, η διαχείριση της ποιότητας (quality management) στον υγειονομικό τομέα, γενικά, και στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, ειδικότερα, που αποτελεί και το αντικείμενο της μελέτης αυτής, δεν είναι τίποτα άλλο, παρά μια σειρά διαχειριστικών εργαλείων, τα οποία χρησιμοποιούνται για να διευκολύνουν τους σύγχρονους επαγγελματίες υγείας αλλά και τους σύγχρονους managers υπηρεσιών υγείας να λαμβάνουν ορθολογικές αποφάσεις, κλινικές οι πρώτοι και διοικητικές – διαχειριστικές οι δεύτεροι, με στόχο αφενός τη μέγιστη δυνατή βελτίωση της υγείας των ασθενών και αφετέρου τη βέλτιστη αποτελεσματικότητα των εφαρμοζόμενων συστημάτων και μεθόδων σε σχέση με το κόστος (Παπαδοπούλου Μ., 2009).

#### **3.4. Βιβλιογραφική ανασκόπηση μελετών ικανοποίησης χρηστών υπηρεσιών υγείας**

Η πραγματοποίηση ερευνών ικανοποίησης των ασθενών με στόχο την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τα δημόσια και ιδιωτικά νοσηλευτικά ιδρύματα αποτελεί πλέον μια πραγματικότητα στις περισσότερες αναπτυγμένες χώρες. Από την ανασκόπηση της διεθνούς και της ελληνικής βιβλιογραφίας προκύπτει ότι οι ερευνητές – συγγραφείς χρησιμοποιούν επιστημονικά τεκμηριωμένα πρότυπα και μεθοδολογικές προσεγγίσεις, που πολλές φορές διαφέρουν ανάλογα με το οργανωσιακό πλαίσιο του συστήματος υγείας της κάθε χώρας. Στις ακόλουθες ενότητες παρατίθενται παραδείγματα πρόσφατων επιστημονικών μελετών αναφορικά με την ικανοποίηση των ασθενών, που έχουν υλοποιηθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και σε διάφορες χώρες του κόσμου.

### 3.4.1. Μελέτες ικανοποίησης στον Ελλαδικό χώρο

Στη χώρα μας, το ερευνητικό ενδιαφέρον σχετικά με την αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν και την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, μέσω μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών, φαίνεται να αυξάνεται τα τελευταία χρόνια, όπως μαρτυρά και ο μεγάλος αριθμός των μελετών που δημοσιεύονται κάθε χρόνο. Στο σημείο αυτό πρέπει να αναφερθεί, βέβαια, ότι οι περισσότερες από αυτές πραγματοποιούνται στα πλαίσια μετεκπαιδευτικών προγραμμάτων των πανεπιστημίων και των ΤΕΙ της χώρας, είναι συνήθως αποσπασματικές και αναφέρονται σε μικρό δείγμα ασθενών.

Η πρώτη μεγάλη έρευνα ικανοποίησης ασθενών του Εθνικού Συστήματος Υγείας πραγματοποιήθηκε το 2004, υπό την αιγίδα του Υπουργείου Υγείας και συμμετείχαν σ' αυτήν, συνολικά, 4209 ασθενείς από 118 νοσοκομεία του ΕΣΥ. Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε διερευνούσε την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα, την ξενοδοχειακή υποδομή των νοσοκομείων και τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τα αποτελέσματα αποκάλυψαν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, της τάξης του 85%, και χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης αναφορικά με τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες και τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Από τα δημογραφικά στοιχεία των ασθενών, έγινε επίσης φανερό ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται, σε ορισμένο βαθμό, από την ηλικία, τη μόρφωση, το είδος της ασφαλιστικής κάλυψης, τον αριθμό των εισαγωγών και τη διάρκεια νοσηλείας (Gnardellis C., Niakas D., 2005). Παρά το γεγονός ότι το ποσοστό ανταπόκρισης στην έρευνα ήταν χαμηλό (28%), τα αποτελέσματα της θεωρούνται αξιόπιστα και αντιπροσωπευτικά των Ελλήνων ασθενών, αφού στο δείγμα συμμετείχε ένας μεγάλος αριθμός ασθενών από πολλά διαφορετικά νοσοκομεία της ελληνικής περιφέρειας.

Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα προέκυψαν και από την έρευνα που πραγματοποίησαν οι **Niakas, Gnardellis, και Theodorou** (2004) σε τρία δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα στην Ελλάδα - δύο στην Αθήνα και ένα περιφερειακό νοσηλευτικό ίδρυμα. Το ερωτηματολόγιο στάλθηκε ταχυδρομικά σε 3.650 ασθενείς, αλλά το τελικό δείγμα, που ανταποκρίθηκε στην

έρευνα συμπληρώνοντας το ερωτηματολόγιο, ήταν 1.295 άτομα (ποσοστό ανταπόκρισης 35,5 %). Σύμφωνα με τα αποτελέσματά της, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρέχονται είναι υψηλότερο, συγκρινόμενο με την ικανοποίηση από τις εγκαταστάσεις και τις υπηρεσίες φιλοξενίας. Το ιδιαίτερο στοιχείο που προέκυψε από τη μελέτη αυτή είναι ότι η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης, όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας, συσχετίζεται με τη γεωγραφική θέση και τον χαρακτήρα του νοσηλευτικού ιδρύματος (νοσοκομείο περιφερειακού ή αστικού τύπου), καθώς τα άτομα που είχαν νοσηλευθεί στο περιφερειακό νοσηλευτικό ίδρυμα εξέφρασαν μικρότερου βαθμού ικανοποίηση από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα από ότι εκείνα που νοσηλεύτηκαν στα νοσοκομεία της Αθήνας (Niakas D., Gnardellis C. et. al., 2004).

Μία ακόμη ερευνητική προσπάθεια, που αποσκοπούσε στη δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών των τακτικών εξωτερικών ιατρείων ενός δημόσιου νοσοκομείου, είναι αυτή των **Β. Αλετρά, Φ. Ζαχαράκη και Δ. Νιάκα** (2007). Η έρευνα διεξήχθη τηλεφωνικώς σε δείγμα 100 ενήλικων ασθενών που επισκέφθηκαν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία της Οφθαλμολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Λάρισας. Οι ερωτήσεις αφορούσαν στις διαδικασίες για το κλείσιμο του ραντεβού και στον χρόνο αναμονής γι' αυτό, στις υπηρεσίες γραμματειακής υποστήριξης, στη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς και στην κτιριακή υποδομή και το περιβάλλον του νοσοκομείου. Ένα βασικό εύρημα αυτής της μελέτης ήταν τα πολύ υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, που καταγράφηκαν, από την απόδοση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ όπως έγινε φανερό οι τομείς που υστερούν στις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων είναι τα ζητήματα της ευκολίας και της ταχύτητας κλεισίματος ραντεβού και των μεγάλων χρόνων αναμονής έως την επίσκεψη (Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ. και συν., 2007).

Οι **Τούντας, Λοπατατζίδης και Χουλιάρα** (2003), εξέτασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων του Ι.Κ.Α. από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του οργανισμού. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε σε 4 μονάδες υγείας του Ι.Κ.Α. (Αλεξάνδρας, Αμαρουσίου, Ζωγράφου, Περιστερίου), σε δείγμα 435 ασφαλισμένων που έκαναν χρήση των υπηρεσιών τους, στους οποίους διανεμήθηκε ερωτηματολόγιο που συμπληρώθηκε με τη

βοήθεια εκπαιδευμένων συνεντευκτών. Οι ερωτήσεις που περιελάμβανε, αφορούσαν σε πληροφορίες για την κατάσταση της υγείας, την οικογενειακή κατάσταση και το επίπεδο εκπαίδευσης των ασφαλισμένων, τις ειδικότητες των γιατρών στους οποίους επιθυμούσαν να κλείσουν ραντεβού, την ευκολία καθορισμού του ραντεβού, το χρόνο αναμονής και τη γενικότερη ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας του Ι.Κ.Α.

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσίασε η διαπίστωση του υψηλού ποσοστού των ερωτηθέντων (51,2%) που δήλωσε ότι θεωρεί πως έχει καλή υγεία και αυτού που προτιμά να επισκέπτεται πρώτα έναν γενικό γιατρό (76,1%). Από την έρευνα προέκυψε, επίσης, ότι το 67,2% των ερωτηθέντων αξιολογεί τις παρεχόμενες υπηρεσίες από καλές έως μέτριες και μόνο ένα ποσοστό 17,4% τις αξιολογεί έως πολύ καλές. Η διαπίστωση αυτή, σε συνδυασμό με το γεγονός ότι η πλειοψηφία αυτών (51,2%) είναι μέτρια ικανοποιημένη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Ι.Κ.Α., το 31,4% πολύ ικανοποιημένο, το 4,8% λίγο και το 8,9% καθόλου ικανοποιημένο, οδηγεί στο συμπέρασμα ότι υπάρχει ανάγκη σημαντικής βελτίωσης των υπηρεσιών αυτών.

### **3.4.2. Μελέτες ικανοποίησης στο Διεθνή χώρο**

Η διεξαγωγή μελετών για την ικανοποίηση των ασθενών από το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης και την παρεχόμενη φροντίδα υγείας ανιχνεύτηκε για πρώτη φορά στη δεκαετία του 1960 στις ΗΠΑ και στην Αγγλία (Hendriks J.A.A., Oort J.F. et. al., 2002). Αξιοσημείωτο είναι ότι οι χώρες αυτές έχουν, ήδη από το 2000, ενσωματώσει την υλοποίηση ερευνών ικανοποίησης ασθενών και αποτύπωσης της γνώμης τους στην καθημερινή πρακτική τους, ως μέρος του συστήματος αξιολόγησης της αποδοτικότητας των υγειονομικών οργανισμών.

Μία από τις σημαντικότερες έρευνες στον τομέα της ικανοποίησης των ασθενών ήταν αυτή των **Otani, Kurz, Harris** και **Byrne** (2005), οι οποίοι εξέτασαν την ικανοποίηση των ασθενών από την πρωτοβάθμια περίθαλψη στις Ηνωμένες Πολιτείες, προκειμένου να καθορίσουν τους παράγοντες εκείνους που την επηρεάζουν θετικά ή αρνητικά. Η έρευνα διήρκεσε πέντε έτη και συνολικά 8.465 ασθενείς ανταποκρίθηκαν σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο σχετικά με τις πρακτικές υγειονομικής περίθαλψης στην Ινδιανάπολη. Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι τα χαρακτηριστικά της ιατρικής περίθαλψης



είναι αυτά που επιδρούν περισσότερο στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Το συμπέρασμα αυτό διαφέρει από αυτό στο οποίο είχαν οδηγηθεί οι ίδιοι επιστήμονες όταν διένειμαν το ίδιο ερωτηματολόγιο σε ασθενείς που είχαν λάβει εξιτήριο από τα νοσηλευτικά ιδρύματα. Στην περίπτωση αυτή είχε αποδειχθεί ότι η νοσηλευτική περίθαλψη ήταν ο καθοριστικός παράγοντας για την ικανοποίηση των ασθενών (Otani K., Kurz R.S. et. al., 2004).

Όπως γίνεται φανερό από τις δύο αυτές έρευνες το ανθρώπινο δυναμικό του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζει έναν κρίσιμο ρόλο στον καθορισμό της ικανοποίησης των ασθενών, η σημασία του οποίου - για την κάθε κατηγορία του προσωπικού - εξαρτάται σε μεγάλο βαθμό από τη μορφή του νοσηλευτικού ιδρύματος και την περίθαλψη που λαμβάνουν οι ασθενείς. Έτσι όσον αφορά στο σύστημα παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τα χαρακτηριστικά του ιατρικού προσωπικού είναι αυτά που επηρεάζουν σε μεγαλύτερο βαθμό το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, το οποίο στα πλαίσια της νοσοκομειακής περίθαλψης καθορίζεται κυρίως από τα χαρακτηριστικά του νοσηλευτικού προσωπικού.

Οι **Mikael Rahmqvist and Ana-Claudia Bara** (2007) επιχείρησαν να εξετάσουν τους σημαντικότερους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των εξωτερικών ασθενών, διεξάγοντας μία μεγάλη έρευνα σε όλα τα ιατρικά κέντρα της επαρχίας Ostergotland της Σουηδίας. Σ' αυτή συμμετείχαν 7.245 εξωτερικοί ασθενείς, ηλικίας άνω των 20 ετών και σύμφωνα με τα αποτελέσματα που προέκυψαν, οι νεώτεροι ασθενείς ήταν η λιγότερο ικανοποιημένη ομάδα. Επίσης, οι ασθενείς με καλή κατάσταση υγείας και χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης ήταν πιο ικανοποιημένοι από αυτούς με υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης και προβλήματα υγείας. Τέλος, οι ερευνητές οδηγήθηκαν στη διαπίστωση ότι η αναμονή των ασθενών μέσα ή έξω από το ιατρείο, χωρίς την παροχή πληροφοριών, σχετίζεται αρνητικά με την ικανοποίησή τους, ενώ η συμμετοχή τους στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με τη θεραπεία σχετίζεται θετικά (Rahmqvist M., Bara A.C., 2010).

Οι **Isabelle Gasquet, Sylvie Villeminot, Carla Estaquio, Pierre Durieux, Philippe Ravaud and Bruno Falissard** (2004) επιχείρησαν τον σχεδιασμό και την εφαρμογή ενός ερωτηματολογίου ικανού να αποτυπώσει τη γνώμη των εξωτερικών ασθενών ενός

νοσοκομείου σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών των διαφόρων τμημάτων του. Η έρευνα υλοποιήθηκε σε τρία νοσοκομεία στο Παρίσι και οι περισσότερες από τις ερωτήσεις εξετάζαν το πόσο ικανοποιημένοι ήταν οι ασθενείς και την πρόθεσή τους να επισκεφθούν ξανά το συγκεκριμένο τμήμα του ίδιου νοσοκομείου. Τελικά, οι διαφορές που εντοπίστηκαν στην αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών, μεταξύ των διαφόρων τμημάτων, ήταν σημαντικές, ενώ αξιοσημείωτο είναι το ότι τα ποσοστά ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου είναι σταθερά υψηλά, ανεξάρτητα από το τμήμα το οποίο επισκέφθηκαν.

Μία ακόμη έρευνα που διεξήχθη στις μονάδες έκτακτης ανάγκης του Αμερικανικού υγειονομικού συστήματος είναι αυτή που υλοποίησαν οι **Di Paula, Long,** και **Wiener** (2002), στην οποία συμμετείχαν 850 ασθενείς. Σκοπός της ήταν να εξετάσει την ύπαρξη ή όχι συσχέτισης μεταξύ της γενικής ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών των μονάδων αυτών και των διαπροσωπικών σχέσεων που αναπτύσσονται με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές. Οι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η γενική ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα των αλληλεπιδράσεων τους με το προσωπικό, κι επιπλέον ότι σ' αυτή την περίπτωση αυξάνεται και η πιθανότητα να συστήσουν την υγειονομική αυτή μονάδα και σε άλλους. Από τη μελέτη προέκυψε, επίσης, ότι οι αντιλήψεις που είχαν οι ασθενείς για το νοσηλευτικό ίδρυμα, πριν από την επίσκεψή τους σ' αυτό, επηρέασαν σημαντικά τις διαπροσωπικές σχέσεις που ανέπτυξαν τελικά με το προσωπικό και τη γενική ικανοποίησή τους και, κατ' επέκταση, και την πρόθεσή τους να συστήσουν σε άλλα άτομα τη συγκεκριμένη μονάδα (Di Paula A., Long R. et. al., 2002).

Όλες αυτές οι έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί, κατά καιρούς, σε διεθνή κλίμακα αλλά και στην Ελλάδα, παρέχουν σημαντικές πληροφορίες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών των υπηρεσιών υγείας και τις υπάρχουσες δυσλειτουργίες στις διάφορες υγειονομικές μονάδες. Η διεξαγωγή ακόμα περισσότερων παρόμοιων ερευνών, σε διάφορες γεωγραφικές περιοχές και νοσηλευτικά ιδρύματα, θεωρείται απαραίτητη ώστε τα αποτελέσματα να μπορούν να γενικευτούν και να αξιοποιηθούν στις διαδικασίες αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών. Υπό το πρίσμα αυτό και με δεδομένη, στη σύγχρονη εποχή, την αναγκαιότητα για συμμετοχή των ασθενών στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και διαμόρφωσης πολιτικών στον τομέα της υγείας, στο ειδικό

μέρος της παρούσας εργασίας, που ακολουθεί, μελετάται και αποτυπώνεται η ικανοποίηση των ασθενών από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΠΝ Τρίπολης.

# ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4<sup>ο</sup>

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το κεφάλαιο αυτό περιγράφει αναλυτικά τους στόχους και τη μεθοδολογία της συγκεκριμένης έρευνας - το δείγμα, τη μέθοδο συλλογής των δεδομένων, το ερευνητικό εργαλείο - αφού προηγηθεί η παρουσίαση του ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης, στο οποίο υλοποιήθηκε η παρούσα μελέτη.

#### **4.1. Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΠΝ Τρίπολης**

##### **4.1.1. Το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια»**

Το Γενικό Παναρκαδικό Νοσοκομείο Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια», σύμφωνα με τον Ν. 1397/83 (ΦΕΚ 143/Α/1983) και την Υπ. Απόφαση Α3β/14154 (ΦΕΚ 9/Α/9-1-1987), λειτουργεί ως Νομικό πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου και ανήκει στο Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Υπόκειται στην εποπτεία της 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Πελοποννήσου – Ιονίων νήσων – Ηπείρου και Δυτικής Ελλάδας.

Το ΓΠΝ Τρίπολης κτίσθηκε το 1951 στην άκρη της πόλης, μέσα σ' ένα ευχάριστο πάρκο, και ολοκληρώθηκε από τις δωρεές των Αποδήμων Αρκαδών της Αμερικής. Αποτελώντας το μοναδικό Νοσοκομείο του νομού Αρκαδίας, λειτουργεί στοχεύοντας στην κάλυψη των υγειονομικών αναγκών του νομού, προσφέροντας υπηρεσίες:

- ✓ πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- ✓ δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας, που περιλαμβάνει τη νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο και τη διενέργεια χειρουργικών επεμβάσεων και
- ✓ επιστημονικό έργο, με προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης και ειδίκευσης ιατρών και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας.

Σήμερα, το ΓΠΝ Τρίπολης είναι δυναμικότητας τριακοσίων (300) κλινών, από τις οποίες έχει αναπτύξει τις 216. Λειτουργεί και εφημερεύει σε 24ωρη βάση, 365 μέρες τον χρόνο και

δέχεται περιστατικά όχι μόνο του Νομού, αλλά και των όμορων Νομών της Περιφέρειας Πελοποννήσου, εξυπηρετώντας έναν μεγάλο αριθμό ασθενών και προσφέροντας σημαντικό εύρος εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας. Πλαισιώνεται, επίσης, με 5 Κέντρα Υγείας (Λεωνιδίου, Αστρους, Μεγαλοπόλεως, Τροπαίων και Δημητσάνας) και 39 Περιφερειακά Ιατρεία.

Λόγω της κεντρικής γεωγραφικής του θέσης, είναι εύκολα και γρήγορα προσπελάσιμο από κάθε σημείο της Πελοποννήσου καθώς, παρόλο που το οδικό δίκτυο είναι κακό και υπάρχουν πολλές δύσβατες περιοχές, απέχει περίπου δύο ώρες ακόμη και από την πιο απομακρυσμένη περιοχή της Πελοποννήσου.

#### **4.1.1.1. Υποδομές του Νοσοκομείου**

Το ΓΠΝ Τρίπολης περιλαμβάνει, ουσιαστικά, δύο κτίρια - ένα καινούργιο και ένα παλιό, αλλά πρόσφατα ανακαινισμένο - στα οποία στεγάζονται οι υπηρεσίες που αφορούν στην περίθαλψη, καθώς και ένα τρίτο κτίριο που είναι προορισμένο για διοικητικές λειτουργίες και για την έδρα της Περιφέρειας Πελοποννήσου.

Με τη συνεισφορά των Ελλήνων ομογενών, το Νοσοκομείο σημείωσε μεγάλη ανάπτυξη κατά τη διάρκεια της τελευταίας 15ετίας, με την οργάνωση και τη λειτουργία μονάδων, όπως μονάδας Εντατικής Θεραπείας, Τεχνητού Νεφρού, Αιμοδοσίας - ανεξάρτητης από το Μικροβιολογικό Τμήμα, Αξονικού Τομογράφου, Μαγνητικού Τομογράφου κ.ά.

#### **4.1.2. Παρουσίαση του Τμήματος Επειγόντων του Νοσοκομείου Τρίπολης**

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΠΝ Τρίπολης στεγάζεται στο νεόδμητο κτίριο του Νοσοκομείου, εμβαδού 1600 τ.μ., που κατασκευάστηκε από τη Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσοκομειακών Μονάδων (ΔΕΠΑΝΟΜ), σύμφωνα με τα σύγχρονα πρότυπα, δίπλα ακριβώς από το παλιό κτίριο του νοσοκομείου. Λειτουργεί στο χώρο αυτό από το Μάρτιο του 2000 και εφημερεύει καθημερινά, αφού το ΓΠΝ Τρίπολης είναι και το μοναδικό Νοσοκομείο του νομού Αρκαδίας.



#### 4.1. Η είσοδος του ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης

Πηγή: (Παπαδοπούλου Μ., 2009)

Δέχεται κατά μέσο όρο 120 περίπου περιστατικά ημερησίως. Πολλά από αυτά διακομίζονται ή παραπέμπονται για εκτίμηση από τα Κέντρα Υγείας του Νομού Αρκαδίας, ενώ δεν είναι μικρός και ο αριθμός των περιστατικών που διακομίζονται σ' αυτό από τα Νοσοκομεία των γύρω Νομών της Περιφέρειας Πελοποννήσου, καθώς το νοσοκομείο διαθέτει Μονάδα Εντατικής Θεραπείας, μαγνητικό και αξονικό τομογράφο τελευταίας τεχνολογίας και κυρίως ιατρούς ειδικοτήτων που δεν υπάρχουν στα άλλα νοσοκομεία, π.χ. Ογκολόγο, Νευροχειρουργό, Παιδοχειρουργό, Γναθοχειρουργό. Αποτέλεσμα αυτών είναι όλα τα βαριά περιστατικά των γύρω νοσοκομείων να καταλήγουν για αντιμετώπιση στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης.

##### **4.1.2.1. Χωροταξικός σχεδιασμός - Ιατρεία Τμήματος Επειγόντων του Νοσοκομείου Τρίπολης**

Η διαδρομή για την πρόσβαση στο ΤΕΠ είναι εντελώς διαφορετική από αυτή που ακολουθείται για την είσοδο στο κεντρικό κτίριο του νοσοκομείου και σε συνδυασμό με την ύπαρξη ξεχωριστού χώρου στάθμευσης αυτοκινήτων για τα επείγοντα περιστατικά και στεγασμένης αυλής, για την ασφαλή αποβίβαση των ασθενοφόρων, διευκολύνει την άμεση

πρόσβαση στο Τμήμα Επειγόντων. Το νοσοκομείο διαθέτει, επίσης, άνετο περιβάλλοντα χώρο και ελικοδρόμιο, το οποίο βρίσκεται κοντά στο ΤΕΠ.

Ο σχεδιασμός και η κατασκευή του ΤΕΠ του Νοσοκομείου Τρίπολης έχει γίνει σύμφωνα με τις προδιαγραφές που προβλέπονται για το 'ιδανικό' ΤΕΠ. Έτσι, αρχικά, διέθετε όλους εκείνους τους χώρους ενός πρότυπου ΤΕΠ, μεταξύ αυτών Χειρουργεία, Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (ΜΑΦ), Βραχεία Νοσηλεία. Με το πέρασμα των χρόνων, όμως, οι χώροι αυτοί και πολλοί άλλοι παραχωρήθηκαν σε τακτικά ιατρεία, γραφεία, ακόμη και ολόκληρα τμήματα, π.χ. Ιατρείο μαστού, Γναθοχειρουργικό ιατρείο, Νευροχειρουργικό ιατρείο, Παιδοψυχιατρικό ιατρείο, Γραφείο Διευθύντριας Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, Ογκολογικό τμήμα, με αποτέλεσμα οι χώροι που παρέμειναν ουσιαστικά στη δικαιοδοσία του ΤΕΠ να συρρικνωθούν κατά πολύ. Αυτή η σημαντική συρρίκνωση των χώρων του ΤΕΠ είναι ουσιαστικά και η αιτία του μεγάλου συνωστισμού που παρατηρείται, καθημερινά, στους διαδρόμους και τους χώρους αναμονής, ιδιαίτερα κατά τις μέρες και τις ώρες λειτουργίας των τακτικών ιατρείων που στεγάζονται στους χώρους του, και που δυσχεραίνει την ομαλή λειτουργία του.

Στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης υπάρχει Αίθουσα Αναζωογόνησης και τέσσερα (4) ιατρεία πλήρως εξοπλισμένα, για την αντιμετώπιση των εκτάκτων περιστατικών. Αυτά, με τη σειρά που τα συναντάμε μπαίνοντας από την είσοδο του ΤΕΠ, είναι:

- **Αίθουσα Αναζωογόνησης:** Στο χώρο αυτό οδηγούνται τα υπερεπείγοντα περιστατικά, που χρήζουν άμεσης βασικής και εξειδικευμένης υποστήριξης της ζωής, πολυτραυματίες με σοβαρές κακώσεις, ασθενείς με σοβαρά καρδιολογικά προβλήματα, εγκαυματίες κ.ά. Η διαμόρφωση και η οργάνωση της αίθουσας είναι τέτοια ώστε να μπορούν να αντιμετωπιστούν ταυτόχρονα 2 περιστατικά.
- **Παιδιατρικό ιατρείο:** Σ' αυτό εξετάζονται παιδιά ηλικίας μέχρι 14 ετών. Διαθέτει δύο εξεταστικές κλίνες για τα παιδιά και μία για τα νεογνά. Στον ίδιο χώρο λειτουργεί από Δευτέρα – Παρασκευή, κατά το πρωινό ωράριο, και το τακτικό παιδιατρικό ιατρείο, ενώ τα απογεύματα, τις νύχτες, τις αργίες και τα Σαββατοκύριακα εξυπηρετεί μόνο τα επείγοντα περιστατικά της εφημερίας.
- **Μαιευτικό-Γυναικολογικό,** με μια εξεταστική κλίνη και μία γυναικολογική πολυθρόνα (μπουμ). Και αυτό το ιατρείο, όπως και το παιδιατρικό, λειτουργεί και σαν

πρωινό Τακτικό Εξωτερικό Ιατρείο, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας σε περιστατικά που έχουν προγραμματισμένο ραντεβού. Τα έκτακτα μαιευτικά περιστατικά, που προσέρχονται ή διακομίζονται κατά τη διάρκεια λειτουργίας του ΤΕΙ, εξυπηρετούνται στον ίδιο χώρο και σαφώς προηγούνται.

- **Ιατρείο Παθολογικού Τομέα**, με πέντε εξεταστικές κλίνες. Στο ιατρείο αυτό εξετάζονται οι ασθενείς με προβλήματα υγείας παθολογικής φύσεως, όπως αναπνευστικά προβλήματα, νεφρολογικά, νευρολογικά, καρδιολογικά κ.ά.
- **Ιατρείο Χειρουργικού Τομέα**, με πέντε εξεταστικές κλίνες και μια ειδική πολυθρόνα για τα ωτορινολαρυγγολογικά περιστατικά. Στο χώρο αυτό αντιμετωπίζονται οι ασθενείς με επείγοντα χειρουργικά προβλήματα, ορθοπεδικά, ουρολογικά, νευροχειρουργικά, γναθοχειρουργικά κ.ά.

Το Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας δε λειτούργησε ποτέ, λόγω έλλειψης ανθρώπινου δυναμικού, και οι χώροι του καταλαμβάνονται, κατά καιρούς, από άλλες υπηρεσίες του νοσοκομείου. Τα περιστατικά που χρήζουν βραχείας νοσηλείας παραμένουν, για όση ώρα χρειαστεί, στα ιατρεία του ΤΕΠ, μειώνοντας έτσι τον αριθμό των διαθέσιμων εξεταστικών κλινών και αυξάνοντας αρκετά τον χρόνο αναμονής των προς εξέταση περιστατικών.

#### 4.1.2.2. Στελέχωση του Τμήματος

Το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης στελεχώνεται με τις εξής κύριες κατηγορίες προσωπικού: **Ιατρικό Προσωπικό:** Σε ιατρικό επίπεδο, το ΤΕΠ δεν έχει μόνιμο προσωπικό. Καλύπτεται από τους ιατρούς των κλινικών, βάσει μηνιαίου προγράμματος, όπως γίνεται σε όλα τα ΤΕΠ της χώρας. Για ορισμένες ειδικότητες, όπως οφθαλμολογική, ΩΡΛ, παιδοχειρουργική, γναθοχειρουργική, νεφρολογική, πνευμονολογική, ο αριθμός των ειδικευμένων ιατρών δεν επαρκεί για την καθημερινή κάλυψη του Νοσοκομείου, 365 μέρες τον χρόνο. Το ΤΕΠ έχει δικό του Προϊστάμενο ιατρό, ο οποίος οφείλει, εκτός των άλλων αρμοδιοτήτων του, να συγκροτήσει και να μπορεί να κινητοποιήσει, σε περίπτωση ανάγκης, την ιατρική ομάδα ετοιμότητας των «Μαζικών Ατυχημάτων».

**Νοσηλευτικό Προσωπικό:** Αντίθετα με ότι συμβαίνει με το ιατρικό προσωπικό, οργανωτικά, σε νοσηλευτικό επίπεδο, υπάρχει αυτονομία. Σήμερα, στο ΤΕΠ του



Νοσοκομείου υπηρετούν 13 άτομα νοσηλευτικό προσωπικό και 1 Βοηθός Θαλάμου. Από αυτούς, οι 7 είναι διπλωματούχοι νοσηλευτές (1 Νοσηλεύτρια ΠΕ και 6 Νοσηλευτές ΤΕ) και οι 6 είναι Βοηθοί Νοσηλευτών ΔΕ. Οι περισσότεροι από τους βοηθούς Νοσηλευτών εργάζονται στο τμήμα πάρα πολλά χρόνια ο καθένας και έχουν μεγάλη εργασιακή εμπειρία. Οι τρεις από τους ΤΕ Νοσηλευτές έχουν προϋπηρεσία σε Μονάδα Εντατικής Θεραπείας. Το νοσηλευτικό προσωπικό κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και καλύπτει ολόκληρο το 24ωρο.

**Διοικητικό προσωπικό.** Από το 2008 έχει δημιουργηθεί ξεχωριστή γραμματεία ΤΕΠ, στην είσοδο του τμήματος, για τη διακίνηση των ασθενών, τη γραμματειακή υποστήριξη του τμήματος και τη διευθέτηση των οικονομικών θεμάτων των προσερχομένων στο ΤΕΠ. Λειτουργεί και καλύπτει τις ανάγκες του ΤΕΠ μόνο κατά την πρωινή και την απογευματινή βάρδια. Τα πρωινά των καθημερινών ημερών, η γραμματεία είναι στελεχωμένη με δικό της μόνιμο προσωπικό 5 ατόμων, ενώ το απογευματινό ωράριο, καθώς και τα Σαββατοκύριακα και οι αργίες, καλύπτονται, εκ περιτροπής, από το προσωπικό της Διοικητικής Υπηρεσίας του νοσοκομείου.

## **4.2. Σκοπός της μελέτης και ερευνητικά ερωτήματα**

Μέσα από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση αναδεικνύεται η αξία της αποτύπωσης της άποψης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας ως δείκτης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και η συμβολή της στη διαμόρφωση πολιτικών ποιοτικής παροχής υπηρεσιών υγείας.

### **4.2.1. Σκοπός της μελέτης**

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η μέτρηση και η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης και η διερεύνηση των παραγόντων που επιδρούν στη διαμόρφωση του αισθήματος ικανοποίησης.

Ειδικότερα, ως επιμέρους στόχοι της μελέτης αυτής θα μπορούσαν να θεωρηθούν οι εξής:

- Η έμμεση αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών και της φροντίδας που δέχονται οι ασθενείς από το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης, στα πλαίσια ελέγχου και διασφάλισης της ποιότητας.
- Ο εντοπισμός και η ιεράρχηση των προβλημάτων και των αδυναμιών του ΤΕΠ στην παροχή των υπηρεσιών και η ανάδειξη των πιθανών πλεονεκτημάτων.
- Η ανατροφοδότηση της Διοίκησης του συγκεκριμένου Νοσοκομείου με τα αποτελέσματα της έρευνας και με προτάσεις, ώστε αυτά να ληφθούν υπόψιν κατά τον μελλοντικό προγραμματισμό και να επανασχεδιαστούν νέες πρακτικές με στόχο τη βελτίωση της οργάνωσης και της λειτουργίας του ΤΕΠ, για την παροχή ποιοτικότερων υπηρεσιών προς τους ασθενείς.
- Η δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου ερωτηματολογίου μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών του ΤΕΠ, το οποίο να μπορεί να εφαρμοστεί μελλοντικά σε ανάλογες έρευνες στα Ελληνικά νοσοκομεία.
- Η παροχή της δυνατότητας στους ασθενείς να εκφράσουν ελεύθερα τη γνώμη τους και η ενθάρρυνσή τους για ενεργό συμμετοχή στην αξιολόγηση και τον σχεδιασμό των παρεχόμενων υπηρεσιών, με αποτέλεσμα την αναβάθμιση του ρόλου τους σε ενεργούς και όχι παθητικούς καταναλωτές.
- Η ανάπτυξη σχέσης εμπιστοσύνης και συνεργασίας μεταξύ των ασθενών και των παρόχων των συγκεκριμένων υπηρεσιών.

#### **4.2.2. Τα ερευνητικά ερωτήματα**

Η παρούσα μελέτη προτίθεται να απαντήσει στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

- Είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς που προσέρχονται στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης από τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται;
- Ποια χαρακτηριστικά των υπηρεσιών κάνουν τους ασθενείς να αισθάνονται περισσότεροι ικανοποιημένοι σε σχέση με κάποια άλλα;
- Ποια κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών σχετίζονται με τον βαθμό της ικανοποίησης που εκφράζουν;
- Σε ποιο βαθμό τα στοιχεία της συμπεριφοράς, ικανότητας, ενημέρωσης του ιατρο – νοσηλευτικού προσωπικού καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών;

### **4.3. Το δείγμα της μελέτης**

Για τον σκοπό της παρούσας μελέτης επιλέχθηκε, αρχικά, ένα δείγμα 450 ατόμων από το σύνολο των ασθενών που προσήλθαν ή προσεκομίσθησαν στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης και έκαναν χρήση των υπηρεσιών του το δίμηνο από 20 Ιουλίου – 20 Σεπτεμβρίου του 2011. Η επιλογή του δείγματος αυτού έγινε με τυχαίο τρόπο. Από αυτούς, τελικά, συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο 410 άτομα, δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης των ερωτηθέντων διαμορφώθηκε στο 91,1%. Από το σύνολο αυτών αφαιρέθηκαν 6 ερωτηματολόγια ανήλικων ασθενών, κι έτσι το τελικό δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 404 ασθενείς. Για να ενταχθεί ένας ασθενής στο δείγμα της μελέτης έπρεπε, βέβαια, να πληρεί τις εξής προϋποθέσεις:

1. Να έχει συμπληρώσει το 18<sup>ο</sup> έτος της ηλικίας του.
2. Να γνωρίζει καλά την Ελληνική γλώσσα.
3. Να υπάρχει η σύμφωνη γνώμη του θεράποντα ιατρού του ΤΕΠ ότι ο συγκεκριμένος ασθενής ήταν σε θέση να συμμετάσχει στην έρευνα ( δεν κινδύνευε η σωματική του υγεία, δεν έπασχε από άνοια, ψυχιατρική ή γνωστική διαταραχή).
4. Να υπάρχει η συναίνεση του ίδιου του ερωτώμενου, αφού είχε προηγηθεί ενημέρωσή του σχετικά με τον σκοπό της έρευνας.

Από τη μελέτη εξαιρέθηκε, εκ των προτέρων, το Παιδιατρικό ιατρείο καθώς οι ασθενείς που εξετάζονται σ' αυτό είναι μικρότεροι των δεκατεσσάρων (14) ετών, γεγονός που δεν ικανοποιεί το πρώτο κριτήριο, και η Αίθουσα Αναζωογόνησης, όπου αντιμετωπίζονται περιστατικά μεγαλύτερης βαρύτητας, η κατάσταση των οποίων θεωρείται κρίσιμη. Αποκλείστηκαν, επίσης, οι ασθενείς που διακομίζονται από το Ψυχιατρικό Νοσοκομείο της Τρίπολης και τους ψυχιατρικούς ξενώνες, σύμφωνα και με το τρίτο από τα προαναφερόμενα κριτήρια.

### **4.4. Διαδικασία δειγματοληψίας – Μέθοδος διεξαγωγής της έρευνας**

Η παρούσα έρευνα ικανοποίησης ασθενών διεξήχθη στο χώρο του ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης κατά το χρονικό διάστημα 20 Ιουλίου 2011 – 20 Σεπτεμβρίου 2011. Ως μέθοδος δειγματοληψίας εφαρμόστηκε η απλή τυχαία δειγματοληψία (simple random sampling), κατά

την οποία η επιλογή κάθε ατόμου του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο και κάθε ασθενής που έκανε χρήση των υπηρεσιών του ΤΕΠ, κατά την προαναφερθείσα χρονική περίοδο, είχε ακριβώς την ίδια πιθανότητα με τους υπόλοιπους να επιλεγεί. Η μεθοδολογική προσέγγιση που επιλέχθηκε για τη συλλογή των δεδομένων ήταν η συμπλήρωση ενός δομημένου ερωτηματολογίου, που σχεδιάστηκε για τον σκοπό της έρευνας αυτής και περιγράφεται αναλυτικά στην επόμενη ενότητα. Η συγκεκριμένη έρευνα αποτελεί μία ποσοτική μελέτη πεδίου, που μπορεί να χαρακτηριστεί ως μια εμπειρική μελέτη περίπτωσης (case study), στην οποία οι συμμετέχοντες καλούνται να απαντήσουν σε ένα προκαθορισμένο σύνολο ερωτήσεων και διατυπώσεων.

Για τη διακίνηση και τη συλλογή των ερωτηματολογίων επιλέχθηκε η συμπλήρωση αυτών από τους ασθενείς μετά την ολοκλήρωση της επίσκεψής τους και της παροχής προς αυτούς της απαραίτητης υγειονομικής περίθαλψης, ακριβώς πριν την αναχώρησή τους από το χώρο του Νοσοκομείου ή τη μεταφορά τους σε κάποια κλινική – για τις περιπτώσεις εκείνες των ασθενών που έρχονταν εισαγωγής στο Νοσοκομείο.

Πιο αναλυτικά, η ερευνήτρια και το νοσηλευτικό προσωπικό που είχε δεχθεί να βοηθήσει στη διανομή των ερωτηματολογίων, συμβουλευόνταν αρχικά τη γνώμη του υπεύθυνου ιατρού, σχετικά με το αν η κατάσταση της υγείας ή η πνευματική κατάσταση των επιλεγμένων ασθενών επέτρεπε τη συμμετοχή τους στην έρευνα. Ύστερα από τη διαβεβαίωσή του ότι οι συγκεκριμένοι ασθενείς ήταν σε θέση να συμμετάσχουν στην έρευνα, η ερευνήτρια ή ο αρμόδιος νοσηλευτής τους προσέγγιζε κατά την έξοδό τους από το ιατρείο, στο οποίο μόλις είχαν ολοκληρώσει την επίσκεψή τους, και τους ζητούσε να συμπληρώσουν το σχετικό ερωτηματολόγιο που αφορούσε στο βαθμό ικανοποίησής τους από το Τμήμα Επειγόντων. Πρώτα απ' όλα τους ενημέρωνε σχετικά με τον σκοπό της έρευνας και τους διαβεβαίωνε ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία τους, κατόπιν τους ρωτούσε αν χρειαζόνταν βοήθεια στη συμπλήρωσή του και τέλος τους καθοδηγούσε να εναποθέσουν το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο, μόνοι τους, μέσα σ' ένα ειδικό κουτί με την ένδειξη «Έρευνα Ικανοποίησης Ασθενών ΤΕΠ». Στην περίπτωση που κάποιοι ασθενείς χρειαζόνταν τη συνδρομή του ίδιου του νοσηλευτή ή των συνοδών τους για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, διευκρινιζόταν ότι η βοήθεια αυτή θα έπρεπε να περιορισθεί μόνο στην ανάγνωση και την επεξήγηση των ερωτήσεων και να μην επηρεάσει την κρίση των ερωτώμενων.

Με τον σχεδιασμό αυτής της μεθόδου για τη διεξαγωγή της έρευνας, καταβλήθηκε προσπάθεια να περιοριστούν, όσο το δυνατόν, οι παράγοντες εκείνοι που θα μπορούσαν να αποτελέσουν τροχοπέδη στη φάση διεξαγωγής της μελέτης, αλλά και να επηρεάσουν αρνητικά την αξιοπιστία και την εγκυρότητα των αποτελεσμάτων της. Σε αντίθεση με άλλους τρόπους διενέργειας τέτοιων ερευνών (τηλεφωνική έρευνα, ταχυδρομική έρευνα), η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων αμέσως μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης των συμμετεχόντων στο ιατρείο επειγόντων περιστατικών έχει το πλεονέκτημα ότι ο ασθενής έχει πολύ πρόσφατη στη μνήμη του την εμπειρία του αυτή και τα στοιχεία που θα κληθεί να αξιολογήσει. Επιπλέον, η συνδρομή του νοσηλευτικού προσωπικού στη διανομή των ερωτηματολογίων παρέχει τη δυνατότητα σωστής καθοδήγησης των ερωτώμενων στα όποια προβλήματα κατανόησης είναι πιθανό να αντιμετωπίσουν, καθώς ως επαγγελματίες υγείας γνωρίζουν καλύτερα από κάθε εκπαιδευμένο ερευνητή τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα καθ' όλη τη διάρκεια από την άφιξη ενός ασθενούς στο ΤΕΠ έως την αναχώρησή του από αυτό. Τέλος, η διανομή των ερωτηματολογίων γινόταν τόσο κατά τις πρωινές όσο και κατά τις απογευματινές ώρες, έτσι ώστε να διασφαλιστεί, όσο το δυνατόν, η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος.

Από την άλλη πλευρά, η πιθανότητα αλλοίωσης των αποτελεσμάτων εξαιτίας της εξάρτησής τους από το προσωπικό που αισθάνονται οι ασθενείς όταν βρίσκονται σε νοσοκομειακό περιβάλλον, που τους οδηγεί τελικά στην έκφραση υψηλότερων επιπέδων ικανοποίησης, σε σχέση με την πραγματικότητα, έγινε προσπάθεια να αντιρροπιστεί με τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ακριβώς πριν την αναχώρησή τους από το ΤΕΠ και την τοποθέτηση αυτών στο ειδικό κυτίο από τους ίδιους τους συμμετέχοντες. Το τελευταίο παρέχει, ως έναν βαθμό, διασφάλιση της ανωνυμίας και της εχεμύθειας, με αποτέλεσμα την ενίσχυση του βαθμού ελευθερίας έκφρασης της γνώμης (Νιάκας Δ., 2003).

Μειονέκτημα αυτής της μεθόδου παραμένει ο περιορισμένος χρόνος που διαθέτει ο ασθενής και η βιασύνη του να αποχωρήσει μετά το τέλος της ιατρικής εξέτασης.

Η μέθοδος της ταχυδρομικής αποστολής των ερωτηματολογίων, παρά το γεγονός ότι διασφαλίζει την ανωνυμία των συμμετεχόντων στην έρευνα και την αντικειμενικότητα των απαντήσεών τους, δεν επιλέχθηκε στην περίπτωση αυτή, κυρίως λόγω των χαμηλών

ποσοστών ανταπόκρισης που αποφέρει, ιδιαίτερα όσον αφορά στις ελληνικές έρευνες (Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ. και συν., 2007). Επιπλέον, το κόστος διεξαγωγής μιας τέτοιας μελέτης, μέσω ταχυδρομείου, είναι υψηλό και παράλληλα δεν παρέχει τη δυνατότητα καθοδήγησης των ερωτηθέντων, με αποτέλεσμα αρκετά ερωτηματολόγια να επιστρέφονται με ελλιπή συμπλήρωση (Brogger J., Bakke P. et. al., 2002).

Αντίθετα, η διεξαγωγή τηλεφωνικής έρευνας παρουσιάζει αρκετά πλεονεκτήματα έναντι της μεθόδου των ταχυδρομικών επιστολών και της συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων στο χώρο του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, με τη μεθοδολογία αυτή παρέχεται η δυνατότητα καθοδήγησης των συμμετεχόντων καθ' όλη τη διάρκεια αυτής της διαδικασίας και επιτυγχάνεται η συλλογή μεγάλου αριθμού πλήρως συμπληρωμένων ερωτηματολογίων σε σύντομο χρονικό διάστημα (Brogger J., Bakke P. et. al., 2002). Τα ποσοστά ανταπόκρισης που παρατηρούνται στις μελέτες αυτές, συγκριτικά με τις έρευνες μέσω ταχυδρομείου, είναι αρκετά υψηλά. Παρ' όλα αυτά, όμως, η τηλεφωνική μέθοδος συλλογής δεδομένων δεν κρίθηκε ως η πιο κατάλληλη στην παρούσα έρευνα ικανοποίησης, τόσο λόγω του υψηλού κόστους των τηλεφωνικών κλήσεων, αλλά κυρίως λόγω της μη διασφάλισης της ανωνυμίας των συμμετεχόντων, γεγονός που οδηγεί, πολλές φορές, στην έκφραση θετικής μεροληψίας από μέρος τους (Αλετράς Β., Μπασσιούρη Φ. και συν., 2009).

#### **4.5. Το ερευνητικό εργαλείο – ερωτηματολόγιο**

Στην ενότητα αυτή περιγράφεται η δομή του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων και αποτέλεσε το ερευνητικό εργαλείο της συγκεκριμένης μελέτης. Το ερωτηματολόγιο αυτό παρατίθεται ολοκληρωμένο στο Παράρτημα της διπλωματικής εργασίας.

Για την κατασκευή του κατάλληλου ερωτηματολογίου προκειμένου να μετρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης, έγινε, αρχικά, αναζήτηση της διεθνούς βιβλιογραφίας στο διαδικτυακό τόπο PubMed καθώς και σε διευθύνσεις γνωστών περιοδικών (International Journal for Quality in Health Care, BMC Health Services Research,

Social Science & Medicine), χρησιμοποιώντας ως λέξεις κλειδιά: “ outpatient satisfaction, outpatient questionnaire, satisfaction survey, quality of healthservices, validity, reliability ”. Στη συνέχεια, ακολούθησε μελέτη ερευνών σχετικών με την ικανοποίηση εξωτερικών και εσωτερικών ασθενών – χρηστών υπηρεσιών υγείας. Προκειμένου να αποφευχθούν πηγές συστηματικού σφάλματος, η δομή του ερωτηματολογίου και η διατύπωση των ερωτήσεων έγιναν με βάση τις προτεινόμενες οδηγίες της βιβλιογραφίας καθώς και ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν σε παλαιότερες ανάλογες μελέτες στον ελληνικό και διεθνή χώρο (Αλετράς Β., Ζαχαράκη Φ. και συν, 2007, Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ. και συν., 2004, Gasquet I., Villemintot S. et. al., 2004, Hendriks J.A.A., Oort J.F. et. al. 2002, McKinnon K., Crofts P.D. et.al., 1998).

Το τελικό ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε στους ασθενείς περιελάμβανε συνολικά 45 ερωτήσεις, οι οποίες εξέταζαν διαδοχικά όλα τα στάδια και τις διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στο Τμήμα Επειγόντων και ήταν ομαδοποιημένες σε επτά ενότητες. Πιο αναλυτικά:

- Η πρώτη ενότητα περιείχε ερωτήσεις σχετικά με τα κοινωνικο - δημογραφικά χαρακτηριστικά των ερωτώμενων (φύλο, ηλικία, εκπαιδευτικό υπόβαθρο, ασφαλιστικό ταμείο, τόπος μόνιμης κατοικίας κ.ά.).
- Η δεύτερη ενότητα περιελάμβανε ερωτήσεις σχετικά με την υποδοχή στο Τμήμα Επειγόντων και την ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του προσωπικού που βρίσκεται στο χώρο υποδοχής (ερωτήσεις 10 - 12).
- Οι ερωτήσεις της τρίτης ενότητας (ερωτήσεις 13 - 17) αφορούσαν στην υποδομή της αίθουσας αναμονής και στην ικανοποίηση από τον χρόνο αναμονής, έξω από το ιατρείο, μέχρι την εξέταση.
- Η τέταρτη ομάδα ερωτήσεων (ερωτήσεις 18 - 24) εξετάζει την ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών από τη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού, καλώντας τους να αξιολογήσουν τη συμπεριφορά των νοσηλευτών, την επιστημονική και επαγγελματική τους δεξιότητα και τον χρόνο που αφιέρωσαν.
- Στην πέμπτη ενότητα (ερωτήσεις 25 – 31) οι συμμετέχοντες καλούνται να εκφράσουν το βαθμό ικανοποίησής τους από την επιστημονική και επαγγελματική ικανότητα του ιατρικού προσωπικού, την προθυμία του, την ενημέρωση που παρέχει στους ασθενείς και τη γενικότερη συμπεριφορά του προς αυτούς.

- Στην επόμενη ενότητα (ερωτήσεις 32 – 38) τίθενται προς αξιολόγηση οι διαδικασίες διαχείρισης των ασθενών, όπως ο μηχανισμός εξυπηρέτησης όσον αφορά τη διεκπεραίωση των αναγκών τους και η επικοινωνία με τις υπηρεσίες γραμματειακής υποστήριξης του ΤΕΠ. Επιπλέον, εξετάζεται η ικανοποίησή τους από την ευκολία εύρεσης θέσης στάθμευσης και πρόσβασης στους χώρους του ΤΕΠ.
- Στην τελευταία ομάδα ερωτήσεων (ερωτήσεις 39 – 44) οι ασθενείς καλούνται να αξιολογήσουν την τήρηση ησυχίας, την υποδομή και την καθαριότητα των ιατρείων, αλλά και τη συνολική ικανοποίησή τους από τη φροντίδα και τις υπηρεσίες που τους προσφέρθηκαν.

Η ερώτηση 45, που ακολουθεί, είναι μία διχοτομική ερώτηση (τύπου ναι / όχι), με την οποία ζητείται από τους ασθενείς να απαντήσουν σχετικά με το εάν θα συνιστούσαν το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης σε κάποιο άλλο άτομο. Το ερωτηματολόγιο κλείνει με μια ανοιχτού τύπου ερώτηση, η οποία τους δίνει τη δυνατότητα να διατυπώσουν ελεύθερα σχόλια και παρατηρήσεις και να προτείνουν αλλαγές για τη βελτίωση της λειτουργίας του ΤΕΠ. Ο μέσος χρόνος για τη συμπλήρωση κάθε ερωτηματολογίου κυμαινόταν στα 10 λεπτά.

Οι ερωτήσεις 10 – 44, που διερευνούν την ικανοποίηση των ασθενών από επιμέρους πτυχές των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι κλειστές ερωτήσεις τύπου Likert, στις οποίες οι ερωτώμενοι καλούνται να επιλέξουν ανάμεσα σε προκατασκευασμένες απαντήσεις της πενταβάθμιας κλίμακας έντασης (Likert). Οι απαντήσεις έχουν τη μορφή «Πολύ δυσαρεστημένος»=1, «Δυσαρεστημένος»=2, «Ούτε δυσαρεστημένος / ούτε ικανοποιημένος»=3, «Ικανοποιημένος»=4 και «Πολύ ικανοποιημένος»=5 και κωδικοποιήθηκαν με τις παραπάνω τιμές, έτσι ώστε μεγαλύτερες βαθμολογίες των στοιχείων του ερωτηματολογίου να αντιστοιχούν σε μεγαλύτερους βαθμούς ικανοποίησης και αντίστροφα.

Η χρήση κλιμάκων τύπου Likert συνιστάται από τους ερευνητές, καθώς δημιουργεί μια ομοιόμορφη δομή στα ερωτηματολόγια, με όμοιες πιθανές απαντήσεις, που διευκολύνουν την απομνημόνευσή τους και τη γρήγορη συμπλήρωσή τους από τους ερωτώμενους, οι οποίοι το μόνο που χρειάζεται είναι να συγκεντρωθούν στις προτάσεις που ακούν ή διαβάζουν. Επίσης, οι κλίμακες αυτές θεωρούνται ως «κλίμακες διαστήματος» (interval scales) και μπορούν να



λάβουν αριθμητικές τιμές. Στην παρούσα μελέτη, η κλίμακα με πέντε διαβαθμίσεις προτιμήθηκε έναντι των κλιμάκων με περισσότερες διαβαθμίσεις, καθώς αφ' ενός έχει θεωρηθεί επαρκής από τη διεθνή βιβλιογραφία και αφ' ετέρου η έρευνα απευθύνεται σε ασθενείς με οξύ πρόβλημα υγείας, ένα μεγάλο ποσοστό των οποίων είναι άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, που λόγω της κατάστασης της υγείας τους ή της ηλικίας τους δυσκολεύονται στην απομνημόνευση μεγάλου αριθμού πληροφοριών (Αλετράς Β., Μπασιούρη Φ. και συν., 2009, Lynn M.R., McMillen B.J., 2004).

#### **4.6. Δεοντολογία – Έγκριση από αρμόδιες αρχές**

Ιδιαίτερη μέριμνα δόθηκε κατά τον σχεδιασμό της έρευνας, έτσι ώστε η διεξαγωγή αυτής να μην εμπεριέχει κινδύνους για την υγεία των συμμετεχόντων – ασθενών. Για τον λόγο αυτό, οι συμμετέχοντες καλούνται να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο αφού πρώτα ολοκληρωθεί η εξέτασή τους και δεχθούν τις απαραίτητες θεραπευτικές παρεμβάσεις – ακριβώς πριν από την αναχώρησή τους από το ΤΕΠ. Στο σημείο αυτό πρέπει, επίσης, να τονιστεί ότι στη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου προχωρούν μόνο όσοι ασθενείς συναινέσουν σ' αυτό, αφού προηγηθεί ενημέρωσή τους σχετικά με τον σκοπό της μελέτης.

Επιπλέον, για τη διεξαγωγή της έρευνας αυτής, που πραγματοποιήθηκε στα πλαίσια του Προγράμματος Μεταπτυχιακών Σπουδών «Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας και Διαχείριση Κρίσεων» του Τμήματος Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Πελοποννήσου, εξασφαλίστηκε έγκριση από το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης (Αρ. Πρωτ.: 479/02-05-2011) καθώς και από την 6<sup>η</sup> Υ.ΠΕ (Αρ. Πρωτ.: 12858/27-05-2011), όπως προβλέπει το υπ' αριθμό Γ.ΕΚΕΠΥ/3871/09.11.2010 έγγραφο του ΕΚΕΠΥ.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5<sup>ο</sup>

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

#### 5.1. Στατιστική ανάλυση

Η περιγραφή των ποσοτικών μεταβλητών του ερωτηματολογίου έγινε υπολογίζοντας τη μέση τιμή (mean value), την τυπική απόκλιση (standard deviation), τη διάμεσο (median), την ελάχιστη και τη μέγιστη τιμή (minimum, maximum) και το 1<sup>ο</sup> και 3<sup>ο</sup> τεταρτημόριό τους (quartiles). Για τον έλεγχο κανονικότητας μιας ποσοτικής μεταβλητής κατασκευάστηκε ιστόγραμμα (histograms) και συγκρίθηκε το πολύγωνο συχνοτήτων με την κανονική καμπύλη.

Η περιγραφή των ποιοτικών μεταβλητών έγινε υπολογίζοντας τις απόλυτες (frequency) και τις σχετικές (percent) συχνότητες των τιμών τους και κατασκευάζοντας ραβδογράμματα (bar charts) και κυκλικά διαγράμματα (pie charts).

Όσον αφορά στην αξιοπιστία του ερωτηματολογίου αυτή εκτιμήθηκε με τον υπολογισμό του συντελεστή Cronbach's alpha. Η επιθυμητή τιμή του συντελεστή για να χαρακτηρίζεται το ερωτηματολόγιο από ακρίβεια και σταθερότητα είναι  $\alpha > 0,7$ .

Επιπλέον, για τον έλεγχο ύπαρξης συσχέτισης ανάμεσα σε δύο ποσοτικές μεταβλητές χρησιμοποιήθηκε ο μη - παραμετρικός συντελεστής συσχέτισης του Spearman ( $\rho$ ).

Αν  $-0,5 < \rho \leq -0,3$  ή  $0,3 \leq \rho < 0,5$  υπάρχει ασθενής συσχέτιση.

Αν  $-0,7 < \rho \leq -0,5$  ή  $0,5 \leq \rho < 0,7$  υπάρχει μέση συσχέτιση.

Αν  $-0,8 < \rho \leq -0,7$  ή  $0,7 \leq \rho < 0,8$  υπάρχει ισχυρή συσχέτιση.

Αν  $-1 < \rho \leq -0,8$  ή  $0,8 \leq \rho < 1$  υπάρχει πολύ ισχυρή συσχέτιση.

Η μηδενική υπόθεση προς απόρριψη είναι η στατιστική ανεξαρτησία των δύο μεταβλητών.

Προκειμένου να υπολογισθεί ο βαθμός συμφωνίας μεταξύ δύο ή περισσότερων ποσοτικών μεταβλητών υπολογίστηκε ο συντελεστής Intraclass Correlation Coefficient (ICC).

Αν  $0 < ICC \leq 0,4$  τότε υπάρχει χαμηλή συμφωνία μεταξύ των μεταβλητών αυτών.

Αν  $0,4 < ICC \leq 0,6$  τότε υπάρχει μέτρια συμφωνία.

Αν  $0,6 < ICC \leq 0,8$  τότε υπάρχει υψηλή συμφωνία.

Αν  $0,8 < ICC \leq 1$  τότε υπάρχει πολύ υψηλή συμφωνία.

Για τη μελέτη της συσχέτισης μεταξύ δύο ποιοτικών χαρακτηριστικών εφαρμόστηκε το στατιστικό κριτήριο χι-τετράγωνο (Chi-square test). Στην περίπτωση που οι προϋποθέσεις εφαρμογής του δεν τηρούνταν, χρησιμοποιήθηκε ο ακριβής έλεγχος του Fischer (Fisher's exact test). Η μηδενική υπόθεση προς απόρριψη είναι η έλλειψη συσχέτισης των δύο μεταβλητών.

Παράλληλα, για να ελεγχθεί αν διαφοροποιούνται οι τιμές μίας ποσοτικής μεταβλητής ανάμεσα στα στάδια μίας ποιοτικής με δύο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε το μη-παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney. Η μηδενική υπόθεση προς απόρριψη είναι ότι οι τιμές των δύο ομάδων δε διαφέρουν. Αντίθετα, για να ελεγχθεί αν διαφοροποιούνται οι τιμές μίας ποσοτικής μεταβλητής ανάμεσα στα στάδια μίας ποιοτικής με περισσότερες από δύο κατηγορίες, χρησιμοποιήθηκε το μη-παραμετρικό κριτήριο Kruskal-Wallis. Και σ' αυτή την περίπτωση η μηδενική υπόθεση προς απόρριψη είναι ότι οι τιμές των ομάδων δε διαφέρουν.

Επιπρόσθετα, προκειμένου να ομαδοποιηθούν κάποιες μεταβλητές με στόχο τη μείωση του όγκου των δεδομένων, εφαρμόστηκε ανάλυση σε κύριες συνιστώσες, με περιστροφή Oblimin. Οι μεταβλητές που υπέδειξε κάθε συνιστώσα αθροίστηκαν και διαιρέθηκαν με το πλήθος τους, κατασκευάζοντας έτσι μία καινούργια μεταβλητή (αθροιστική κλίμακα), που περιέχει την πληροφορία τους.

Τέλος, θα πρέπει να αναφερθεί ότι όλοι οι έλεγχοι ήταν αμφίπλευροι και πραγματοποιήθηκαν κάτω από επίπεδο σημαντικότητας 5%, δηλαδή η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται όταν η p-τιμή (p-value) είναι  $<0,05$ . Το πρόγραμμα που χρησιμοποιήθηκε για όλα τα παραπάνω είναι το SPSS Statistics 17.

## 5.2. Αποτελέσματα της μελέτης

### 5.2.1. Αποτελέσματα περιγραφικής στατιστικής

#### 5.2.1.1. Περιγραφή ποιοτικών μεταβλητών

Στους παρακάτω πίνακες (5.1, 5.2, 5.3) καθώς και στα παρακάτω διαγράμματα (5.1, 5.2, 5.3, 5.4, 5.5, 5.6, 5.7 και 5.8, 5.9, 5.10) φαίνεται η κατανομή συχνοτήτων των δημογραφικών και των υπολοίπων στοιχείων του ερωτηματολογίου που δόθηκε στο δείγμα.

Από τον πίνακα 5.1 προκύπτει ότι η πλειοψηφία των ατόμων που απάντησαν είναι γυναίκες (55%) όσον αφορά στο φύλο και έγγαμοι (57,8%) όσον αφορά στην οικογενειακή τους κατάσταση. Οι δημοφιλέστερες στο δείγμα, κατηγορίες ηλικίας είναι οι «35 - 44 ετών» και οι «>=65 ετών» με ποσοστά 20,2% και 21,7% αντίστοιχα. Επίσης, οι ασθενείς στη συντριπτική τους πλειοψηφία (96,2%) είναι ελληνικής υπηκοότητας. Τέλος, χωρίζοντας τον τόπο κατοικίας σε πόλη και επαρχία, φαίνεται ότι το 73,9% του δείγματος προέρχεται από κάποια πόλη ενώ το 26,1% από επαρχία.

Πίνακας 5.1. Συχνότητες και ποσοστά των μεταβλητών φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, υπηκοότητα και τόπος κατοικίας

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό % (σε όλο το δείγμα N=404)	Ποσοστό % (στους απαντήσαντες v)
Φύλο v=389	Άντρας	175	43,3	45,0
	Γυναίκα	214	53,0	55,0
	Ελλείπουσες τιμές	15	3,7	
Ηλικία v=392	18-24	55	13,6	14,0
	25-34	65	16,1	16,6
	35-44	79	19,6	20,2
	45-54	62	15,3	15,8
	55-64	46	11,4	11,7
	>=65	85	21,0	21,7
	Ελλείπουσες τιμές	12	3,0	
Οικογενειακή Κατάσταση v=400	Άγαμος/η	126	31,2	31,5
	Έγγαμος/η	231	57,2	57,8
	Διαζευγμένος/η	18	4,5	4,5
	Χήρος/α	25	6,2	6,3
	Ελλείπουσες τιμές	4	1,0	

Υπηκοότητα v=394	Ελληνική	379	93,8	96,2
	Άλλη	15	3,7	3,8
	Ελλείπουσες τιμές	10	2,5	
Κατοικία v=318	Πόλη	235	58,2	73,9
	Επαρχία	83	20,5	26,1
	Ελλείπουσες τιμές	86	21,3	

Από τον πίνακα 5.2 φαίνεται ότι το 3,3% των ασθενών που απάντησαν στην ερώτηση που αφορούσε στο εκπαιδευτικό τους επίπεδο δεν έχει γραμματικές γνώσεις, το 31,6% είναι απόφοιτοι λυκείου ενώ το 11,7% αυτών κατέχει ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ, μεταπτυχιακό, διδακτορικό). Τα δημοφιλέστερα ασφαλιστικά ταμεία του δείγματος είναι το ΙΚΑ και ο ΟΓΑ (32,7% και 31,2% αντιστοίχως) ενώ το 1,8% είναι ανασφάλιστοι.

Πίνακας 5.2. Συχνότητες και ποσοστά των μεταβλητών εκπαίδευση και ασφαλιστικό ταμείο.

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό % (σε όλο το δείγμα N=404)	Ποσοστό % (στους απαντήσαντες v)
Εκπαίδευση v=392	Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	13	3,2	3,3
	Απόφοιτος Δημοτικού	57	14,1	14,5
	Απόφοιτος Γυμνασίου	62	15,3	15,8
	Απόφοιτος Λυκείου	124	30,7	31,6
	Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	34	8,4	8,7
	Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	56	13,9	14,3
	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	36	8,9	9,2
	Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	8	2,0	2,0
	Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	2	0,5	0,5
	Ελλείπουσες τιμές	12	3,0	
Ασφαλιστικό Ταμείο v=391	Ανασφάλιστος	7	1,7	1,8
	Δημόσιο	43	10,6	11,0
	ΙΚΑ	128	31,7	32,7
	ΟΓΑ	122	30,2	31,2
	Ο.Α.Ε.Ε	28	6,9	7,2
	ΤΣΜΕΔΕ	4	1,0	1,0
	ΤΣΑΥ	0	0	0
	ΔΕΗ	14	3,5	3,6
	Τραπεζοϋπαλλήλων	4	1,0	1,0
	Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	41	10,1	10,5
	Ελλείπουσες τιμές	13	3,2	

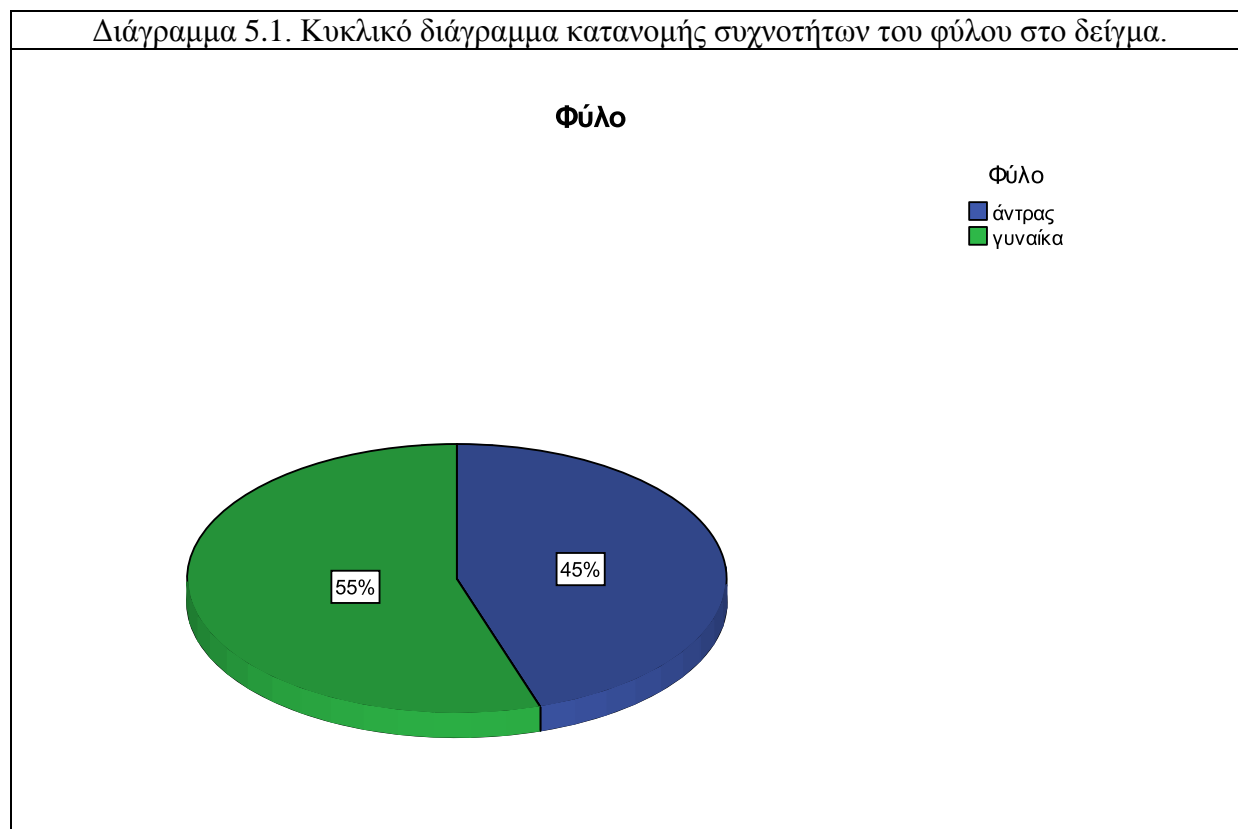
Από τον πίνακα 5.3 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς (58,6%) επισκέφθηκαν το παθολογικό – καρδιολογικό ιατρείο, τα περισσότερα ερωτηματολόγια (59,3%)

συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς, ενώ η συντριπτική πλειοψηφία αυτών (90,8%) προσήλθε στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης για κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας.

Πίνακας 5.3. Συχνότητες και ποσοστά των μεταβλητών ιατρείο εξέτασης, είδος επίσκεψης και πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο.

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό % (σε όλο το δείγμα N=404)	Ποσοστό % (στους απαντήσαντες ν)
Ιατρείο που επισκεφθήκατε ν=367	Παθολογικό-Καρδιολογικό	215	53,2	58,6
	Χειρουργικό-Ορθοπαιδικό	142	35,1	38,7
	Μαιευτικό-Γυναικολογικό	10	2,5	2,7
	Ελλείπουσες τιμές	37	9,2	
Η επίσκεψή σας ήταν ν=402	Έκτακτη	365	90,3	90,8
	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	13	3,2	3,2
	Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	8	2,0	2,0
	Προληπτικοί λόγοι	16	4,0	4,0
	Ελλείπουσες τιμές	2	0,5	
Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο ν=398	Ασθενής	236	58,4	59,3
	Συγγενής ή συνοδός ή νοσηλευτής	162	40,1	40,7
	Ελλείπουσες τιμές	6	1,5	

Διάγραμμα 5.1. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνοτήτων του φύλου στο δείγμα.

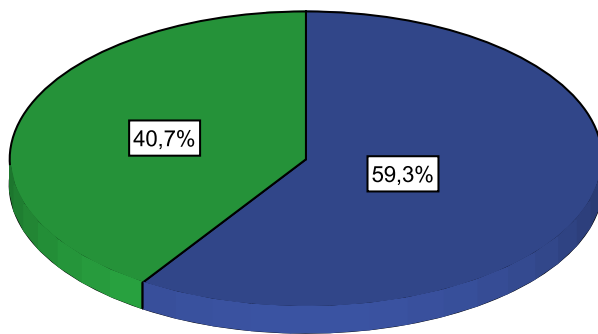


Διάγραμμα 5.2. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνότητας των προσώπων που συμπληρώνουν τα ερωτηματολόγια στο δείγμα.

### Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο

Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο

- ασθενής
- συγγενής ή συνοδός ή νοσηλεύτης

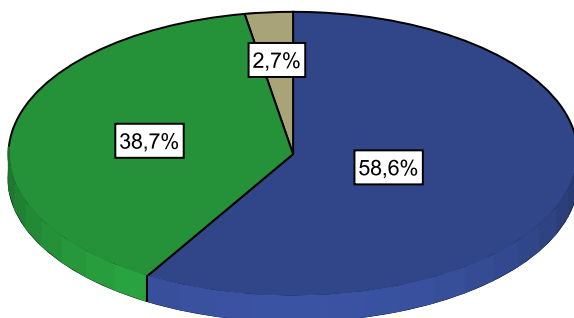


Διάγραμμα 5.3. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνότητας του ιατρού επίσκεψης στο δείγμα.

### Ιατρείο που επισκεφτήκατε

Ιατρείο που επισκεφτήκατε

- Παθολογικό-Καρδιολογικό
- Χειρουργικό-Ορθοπαιδικό
- Μαιευτικό-Γυναικολογικό

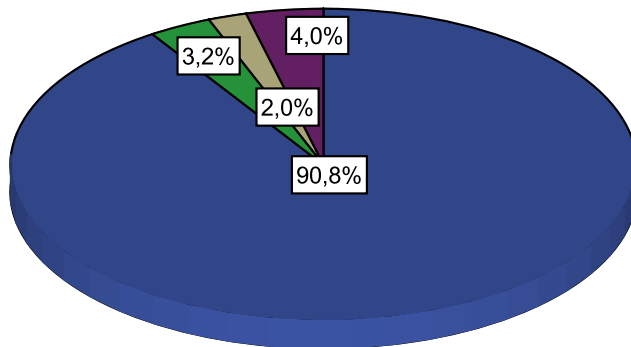


Διάγραμμα 5.4. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνοτήτων του είδους επίσκεψης στο δείγμα.

### Η επίσκεψή σας ήταν

#### Η επίσκεψή σας ήταν

- Έκτακτη
- Χρόνιο πρόβλημα υγείας
- Επανεκτίμηση/Επανελέγχος
- Προληπτικοί λόγοι

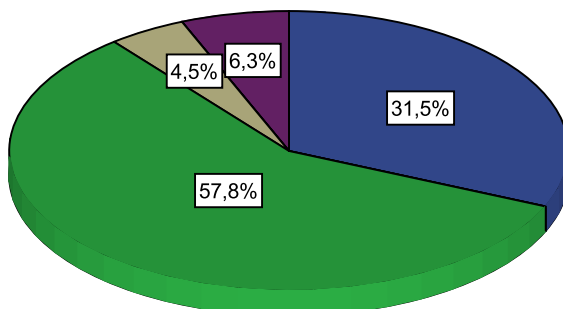


Διάγραμμα 5.5. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνοτήτων της οικογενειακής κατάστασης στο δείγμα.

### Οικογενειακή κατάσταση

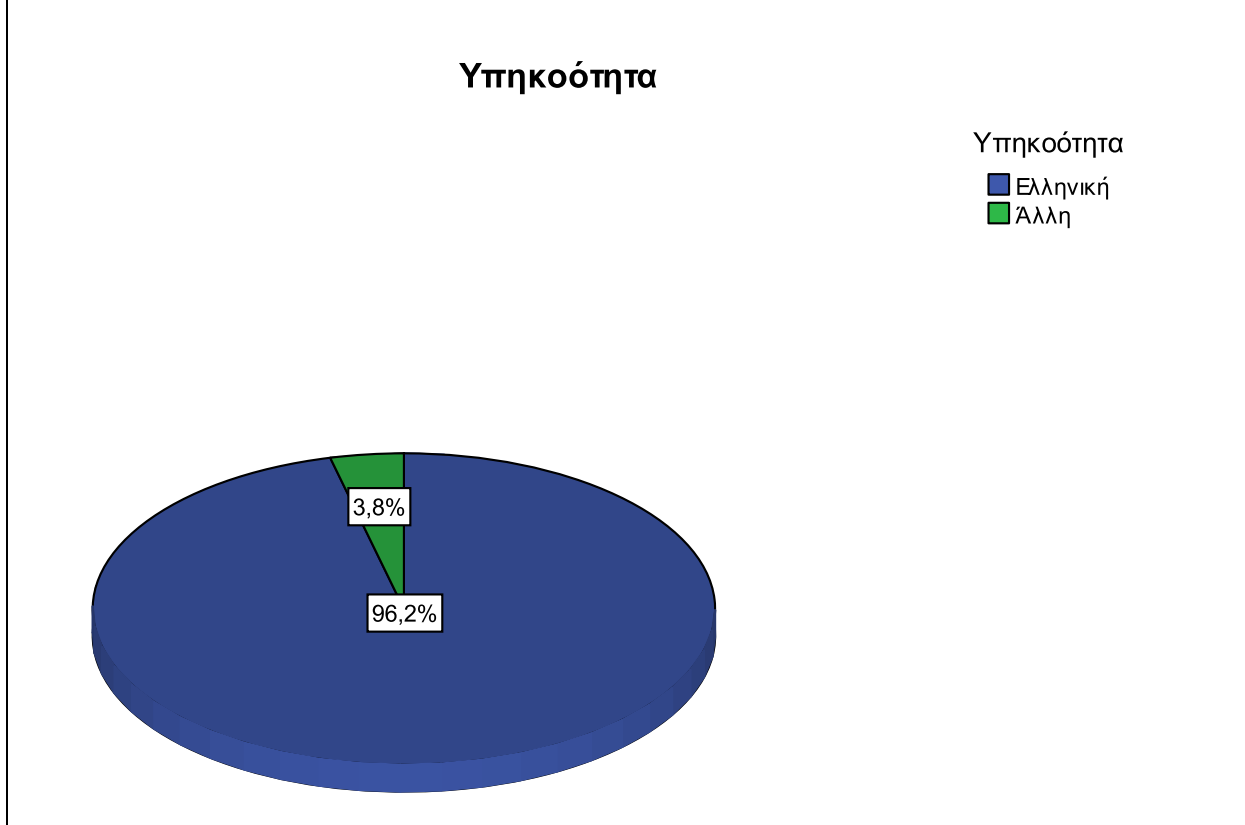
#### Οικογενειακή κατάσταση

- Άγαμος/η
- Έγγαμος/η
- Διαζευγμένος/η
- Χήρος/α

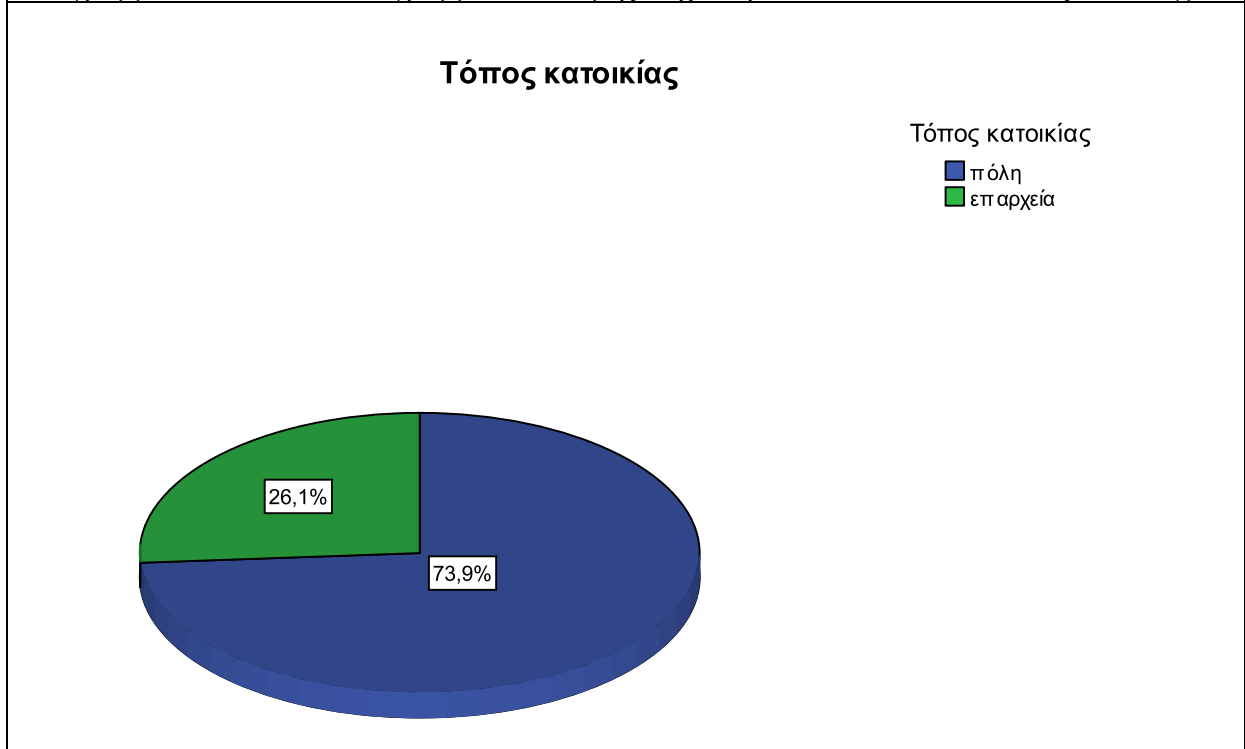




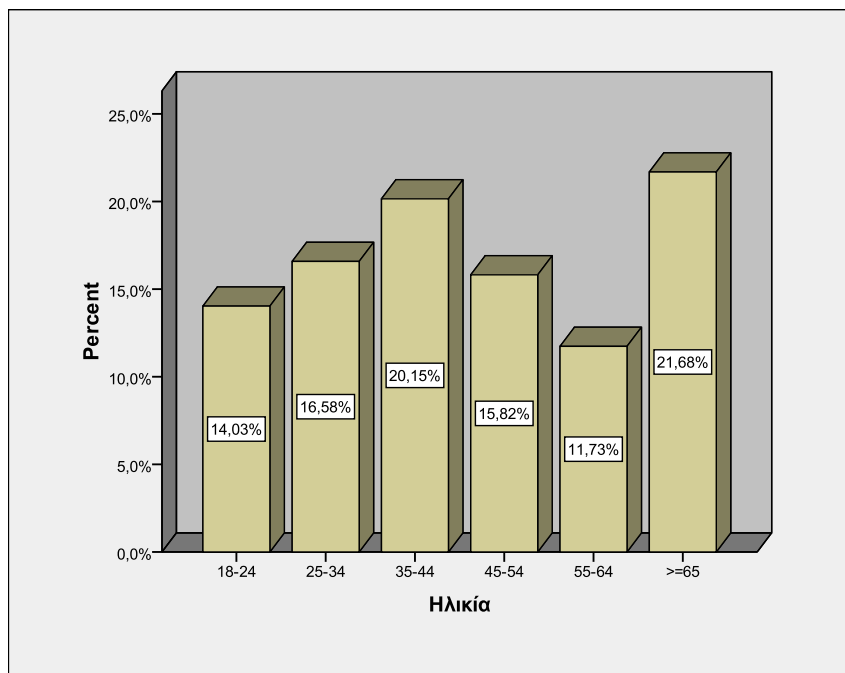
Διάγραμμα 5.6. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνοτήτων της υπηκοότητας στο δείγμα.



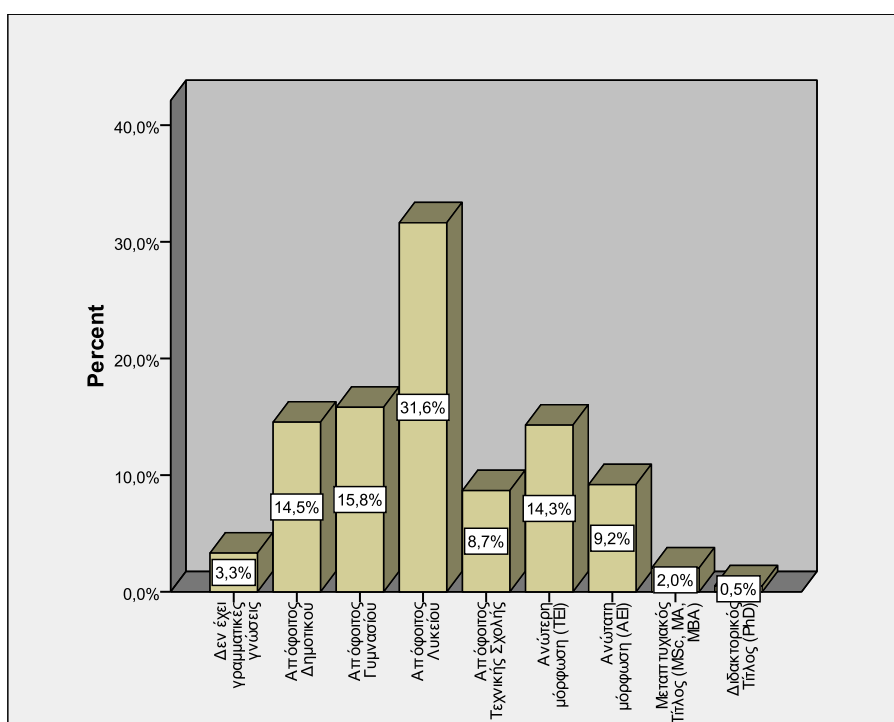
Διάγραμμα 5.7. Κυκλικό διάγραμμα κατανομής συχνοτήτων του τόπου κατοικίας στο δείγμα.



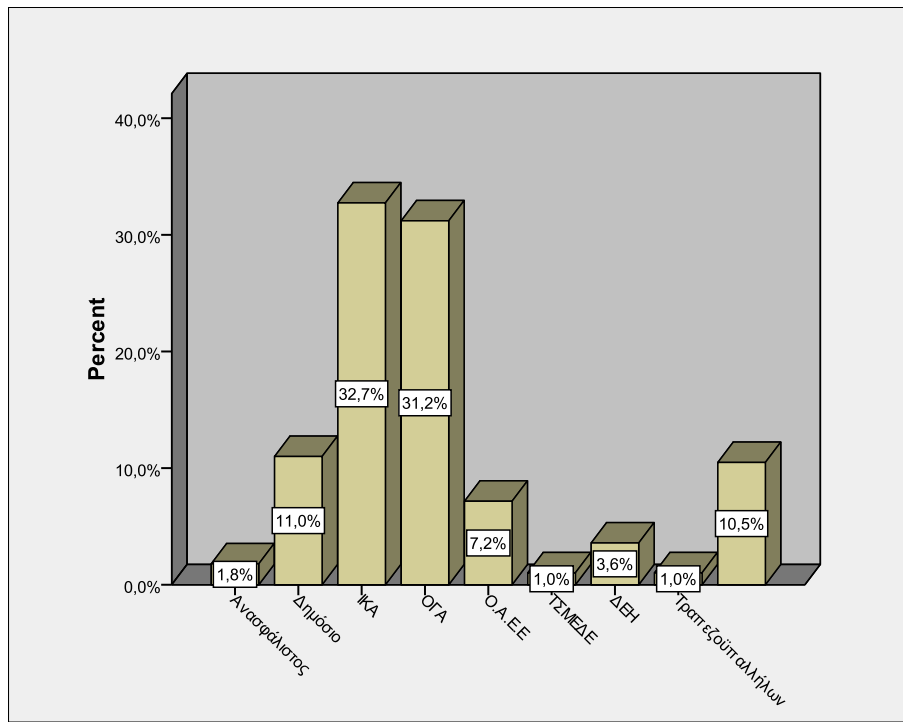
Διάγραμμα 5.8. Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της ηλικίας στο δείγμα.



Διάγραμμα 5.9. Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της εκπαίδευσης στο δείγμα.



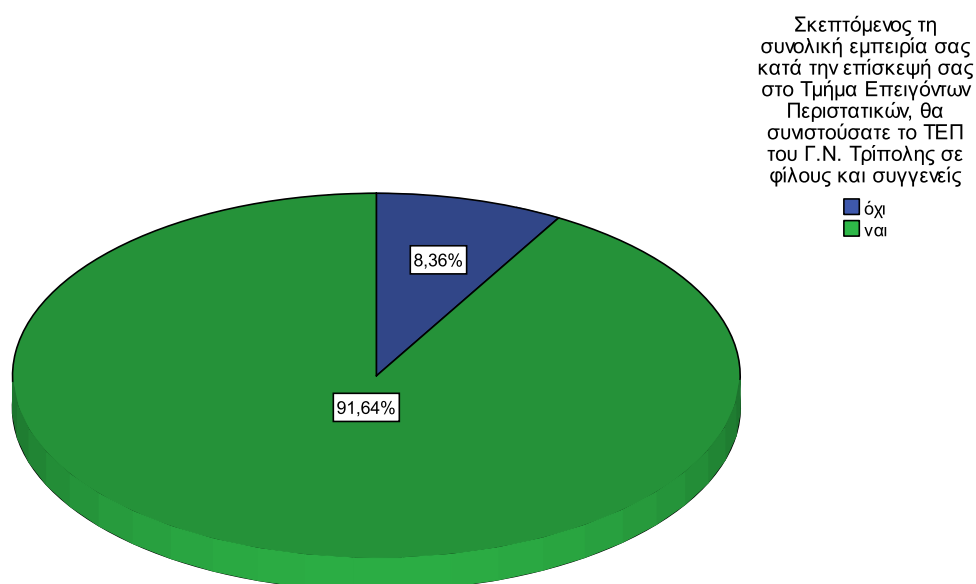
Διάγραμμα 5.10. Ραβδόγραμμα κατανομής συχνοτήτων του ασφαλιστικού ταμείου στο δείγμα.



Τέλος, στους 383 που απάντησαν στο αν θα συνιστούσαν το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης σε φίλους και συγγενείς, βρέθηκε ότι το 91,6% απάντησε θετικά.

Πίνακας 5.4. Κατανομή συχνοτήτων και κυκλικό διάγραμμα.

Μεταβλητή	Τιμές	Συχνότητα	Ποσοστό % (σε όλο το δείγμα N=404)	Ποσοστό % (στους απαντήσαντες ν)
Σκεπτόμενος τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, θα συνιστούσατε το ΤΕΠ του Γ.Π.Ν. Τρίπολης σε φίλους και συγγενείς ν=383	Ναι	351	86,9	91,6
	Όχι	32	7,9	8,4
	Ελλείπουσες τιμές	21	5,2	



## 5.2.1.2. Περιγραφή ποσοτικών μεταβλητών

### 5.2.1.2.1. Περιγραφή ερωτήσεων ικανοποίησης

Στους πίνακες 5.5, 5.6, 5.7, 5.8, 5.9, 5.10 και στο διάγραμμα 5.11 φαίνονται η μέση τιμή, η τυπική απόκλιση, η διάμεσος, το ελάχιστο και το μέγιστο, και το ενδοτεταρτομοριακό εύρος της βαθμολογίας κάθε ερώτησης.

Στον πίνακα που αφορά στην υποδοχή των ασθενών στο ΤΕΠ παρατηρείται ότι τη μεγαλύτερη μέση τιμή και τη μεγαλύτερη διάμεσο ικανοποίησης την έχει η συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής, ενώ τη χαμηλότερη μέση τιμή, η πληροφόρηση του προσωπικού υποδοχής.

Πίνακας 5.5. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των βαθμολογιών ικανοποίησης που αφορούν στην υποδοχή.

Ερωτήσεις υποδοχής	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	393	1	5	4,36	0,78	5	4-5
Από την πληροφόρηση του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	397	1	5	4,25	0,82	4	4-5
Από την προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε	389	1	5	4,32	0,80	4	4-5

Στον πίνακα 5.6 που αφορά στις ερωτήσεις αναμονής φαίνεται ότι η μεγαλύτερη μέση τιμή αντιστοιχεί στη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής, ενώ η μικρότερη στο χρόνο αναμονής για εξέταση.

Πίνακας 5.6. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των βαθμολογιών ικανοποίησης που αφορούν στην αναμονή.

Ερωτήσεις αναμονής	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Από την επιμέλεια και την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής είσαστε	400	1	5	4,07	0,79	4	4-5
Από την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής είσαστε	401	1	5	4,06	0,84	4	4-5
Από την ευκολία να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε είσαστε	397	1	5	4,23	0,85	4	4-5
Από τη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής είσαστε	397	1	5	4,25	0,78	4	4-5

Από το χρόνο που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση είσαστε	402	1	5	3,91	1,08	4	3-5
---	-----	---	---	------	------	---	-----

Στον παρακάτω πίνακα φαίνεται ότι οι ασθενείς αξιολόγησαν περισσότερο από όλη τη νοσηλευτική φροντίδα, τη φιλική συμπεριφορά των νοσηλευτών, όχι όμως και τη συναισθηματική υποστήριξη από αυτούς, αφού φαίνεται να έχει τη χαμηλότερη μέση τιμή.

Πίνακας 5.7. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των βαθμολογιών ικανοποίησης που αφορούν στη νοσηλευτική φροντίδα.

Ερωτήσεις νοσηλευτικής φροντίδας	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	401	1	5	4,35	0,78	4	4-5
Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματά σας είσαστε	400	1	5	4,32	0,75	4	4-5
Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	398	1	5	4,24	0,79	4	4-5
Από την ενημέρωσή σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε	398	1	5	4,21	0,84	4	4-5
Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών στο πρόβλημά σας είσαστε	394	1	5	4,10	0,89	4	4-5
Από το χρόνο που αφιέρωσαν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα σας είσαστε	394	1	5	4,21	0,87	4	4-5
Από την ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ.ά) είσαστε	392	1	5	4,28	0,82	4	4-5

Από τις μέσες τιμές του επόμενου πίνακα φαίνεται ότι οι ασθενείς, από όλη την ιατρική φροντίδα που τους παρασχέθηκε, έμειναν περισσότερο ικανοποιημένοι από τη φιλική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού και λιγότερο ικανοποιημένοι από τη συμμετοχή τους στην επιλογή μεθόδου θεραπείας.

Πίνακας 5.8. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των βαθμολογιών ικανοποίησης που αφορούν στην ιατρική φροντίδα.

Ερωτήσεις ιατρικής φροντίδας	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Από την ενημέρωσή σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας είσαστε	397	1	5	4,18	0,87	4	4-5
Από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέτασή σας είσαστε	398	1	5	4,21	0,91	4	4-5
Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή είσαστε	390	1	5	4,23	0,80	4	4-5
Από τη συμμετοχή σας στην επιλογή μεθόδου θεραπείας είσαστε	382	1	5	4,08	0,89	4	4-5
Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε	395	1	5	4,30	0,79	4	4-5
Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ.ά) είσαστε	399	1	5	4,19	0,85	4	4-5
Από την προθυμία του ιατρού να ακούσει ότι είχατε να πείτε σχετικά με την υγεία σας είσαστε	398	1	5	4,28	0,81	4	4-5

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τις βαθμολογίες ικανοποίησης για τη γενική εξυπηρέτηση του νοσοκομείου. Από ότι φαίνεται οι ασθενείς δεν έμειναν τόσο ικανοποιημένοι από την ευκολία να βρουν θέση για στάθμευση. Ο μεγαλύτερος βαθμός ικανοποίησης αντιστοιχεί στη διακριτικότητα και στο σεβασμό του προσωπικού απέναντι στους ασθενείς.

Πίνακας 5.9. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των βαθμολογιών ικανοποίησης που αφορούν στη γενική εξυπηρέτηση.

Ερωτήσεις γενικής εξυπηρέτησης	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Από τη γενική συμπεριφορά και επικοινωνία με το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	395	1	5	4,10	0,87	4	4-5

Από την ευκολία να βρείτε θέση για παρκάρισμα είσαστε	396	1	5	3,85	1,01	4	3-5
Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή συγγενών σας από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	389	1	5	4,04	0,89	4	4-5
Από την ευκολία για πρόσβαση στους χώρους (καθοδηγητικές πινακίδες, ανελκυστήρες) είσαστε	395	1	5	3,89	0,96	4	3-5
Από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	393	1	5	4,02	0,92	4	4-5
Από το μηχανισμό εξυπηρέτησης και συνεργασίας όσον αφορά τη διεκπεραίωση αναγκών σας (προγραμματισμό εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, παραπομπή σε άλλα εργαστήρια) είσαστε	387	1	5	4,02	0,90	4	4-5
Από τη διακριτικότητα του προσωπικού και το σεβασμό της προσωπικότητάς σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης (π.χ. χρήση παραβάν) είσαστε	389	1	5	4,28	0,85	4	4-5

Στον παρακάτω πίνακα των επιπρόσθετων στοιχείων, τη χαμηλότερη μέση τιμή έχει η πληρότητα σε τεχνολογικό εξοπλισμό των ΤΕΠ και τη μεγαλύτερη, οι υπηρεσίες υγείας που παρασχέθηκαν στους ασθενείς.

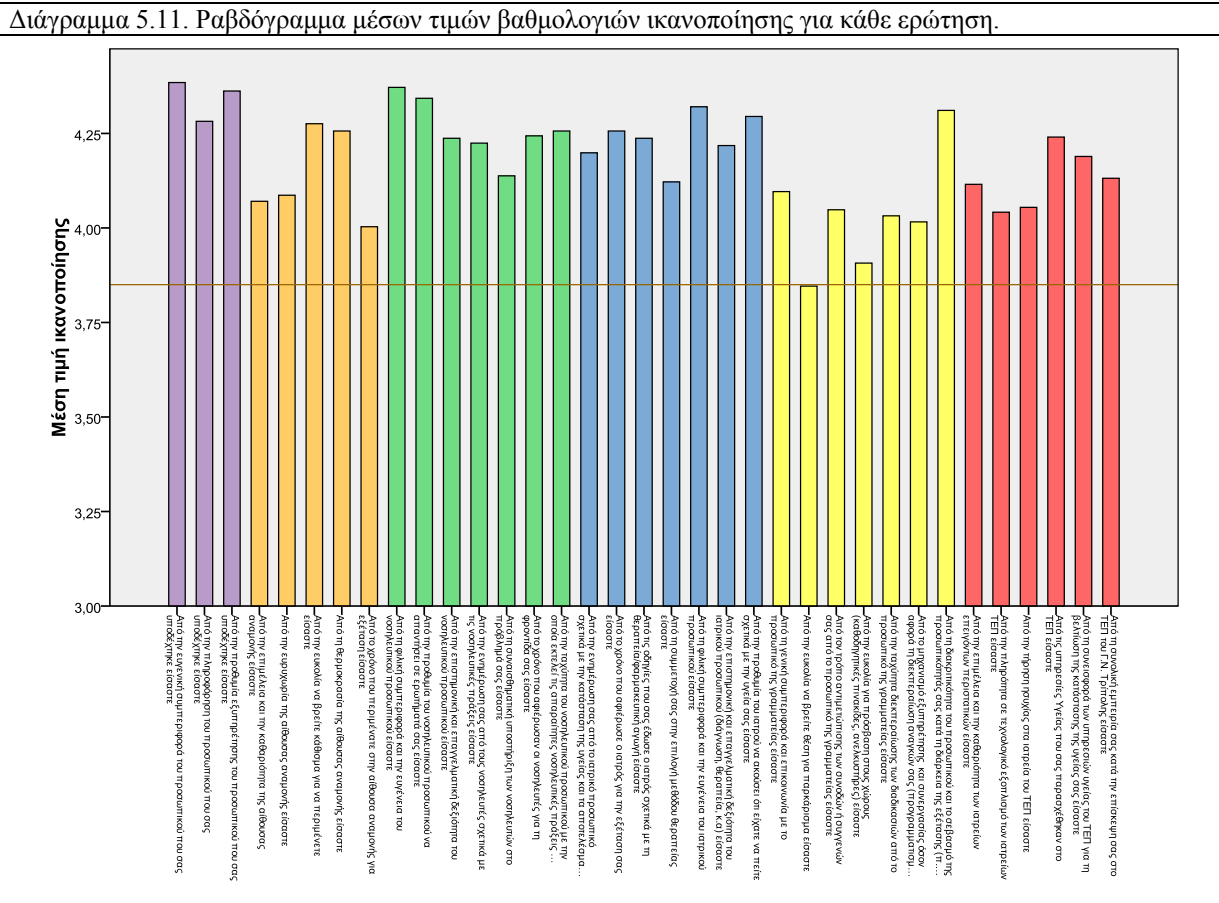
Πίνακας 5.10. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των βαθμολογιών ικανοποίησης που αφορούν στα επιπρόσθετα στοιχεία.

Ερωτήσεις επιπρόσθετων στοιχείων	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Από την επιμέλεια και την καθαριότητα των ιατρείων επειγόντων περιστατικών είσαστε	398	1	5	4,10	0,82	4	4-5
Από την πληρότητα σε τεχνολογικό εξοπλισμό των ιατρείων ΤΕΠ είσαστε	385	1	5	4,02	0,83	4	4-5
Από την τήρηση ησυχίας στα ιατρεία του ΤΕΠ είσαστε	391	1	5	4,03	0,89	4	4-5



Από τις υπηρεσίες Υγείας που σας παρασχέθηκαν στο ΤΕΠ είσαστε	389	1	5	4,22	0,76	4	4-5
Από τη συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του ΤΕΠ για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας είσαστε	396	1	5	4,17	0,79	4	4-5
Από τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης είσαστε	398	1	5	4,10	0,87	4	4-5

Στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται γραφικά οι μέσες τιμές των βαθμολογιών ικανοποίησης για κάθε ερώτηση του ερωτηματολογίου. Αξίζει να σημειωθεί ότι τη μεγαλύτερη βαθμολογία ικανοποίησης την έχει η συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής, και τη μικρότερη η ευκολία εύρεσης θέσης για στάθμευση.



### 5.2.1.2.2. Περιγραφή - Σύγκριση κατηγοριών ικανοποίησης

Για κάθε κατηγορία ικανοποίησης υπολογίστηκε το άθροισμα των βαθμολογιών ικανοποίησης των επιμέρους ερωτήσεων (εφόσον είχαν απαντηθεί όλες) και μετατράπηκε σε κλίμακα επί τοις εκατό. Στον παρακάτω πίνακα και στο παρακάτω διάγραμμα φαίνονται τα περιγραφικά μέτρα των συνολικών αυτών βαθμολογιών. Από όλους τους τομείς εξυπηρέτησης, οι ασθενείς φαίνεται να αξιολόγησαν περισσότερο την υποδοχή και λιγότερο τη γενική εξυπηρέτηση.

Πίνακας 5.11. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των αθροισμάτων των βαθμολογιών κάθε κατηγορίας ικανοποίησης σε κλίμακα %

Κατηγορίες ικανοποίησης	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Υποδοχή	385	20	100	86,3	14,68	86,7	80 - 100
Αναμονή	392	20	100	82,1	13,54	80	76 - 92
Νοσηλευτική Φροντίδα	388	20	100	85,2	14,29	85,7	80 - 100
Ιατρική Φροντίδα	372	20	100	84,4	14,72	85,7	77,1 - 100
Γενική εξυπηρέτηση	365	20	100	80,5	14,65	80	74,3 - 91,4
Επιπρόσθετα στοιχεία	365	20	100	82,4	13,59	80	73,3 - 93,3

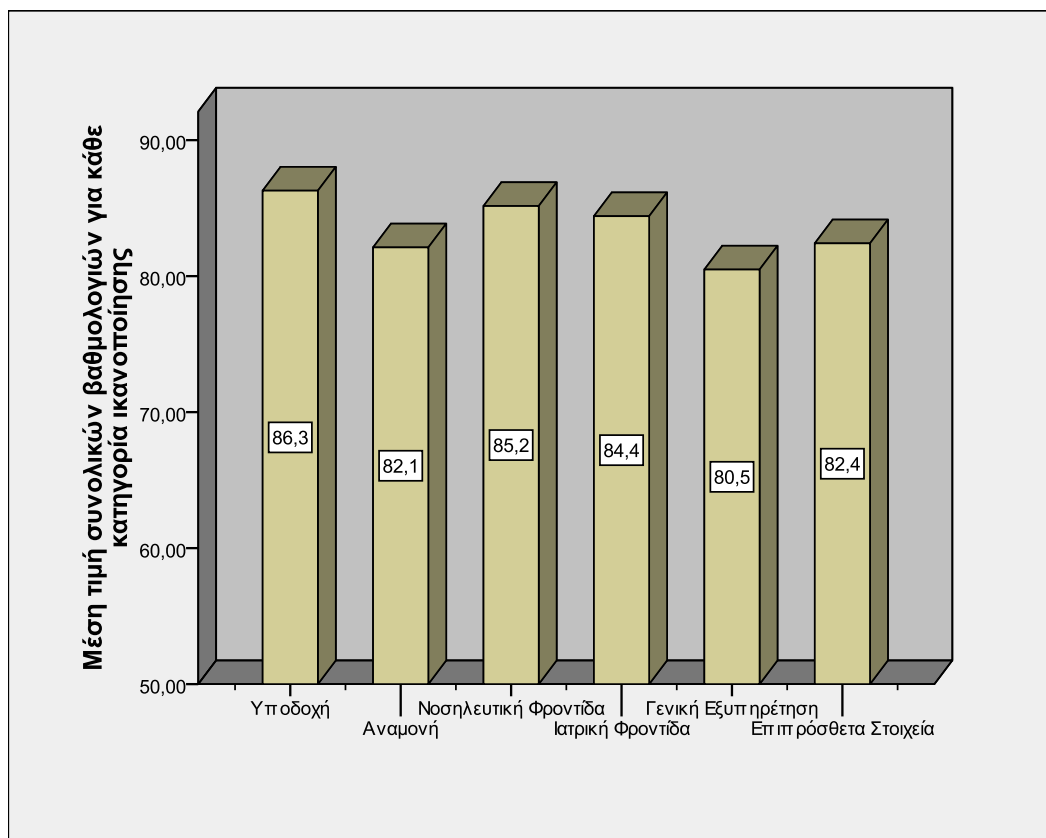
Προκειμένου να ελεγχθεί αν οι διαφορές των μέσων τιμών ανάμεσα στις κατηγορίες ικανοποίησης των ασθενών είναι στατιστικά σημαντικές, εφαρμόστηκε ο έλεγχος Kruskal – Wallis, αφού πρώτα ελέγχθηκε, με τη κατασκευή ιστογραμμάτων (διαγράμματα 5.13, 5.14, 5.15, 5.16, 5.17, 5.18), και απορρίφθηκε η υπόθεση για κανονικότητα σε κάθε κατηγορία. Ο έλεγχος Kruskal – Wallis έδειξε ότι οι μέσες τιμές διαφέρουν σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,1% ( $p\text{-value} < 0,001$ ). Περαιτέρω, έγινε έλεγχος για να βρεθεί σε ποιες ακριβώς κατηγορίες υπάρχουν οι στατιστικά σημαντικές διαφορές με το κριτήριο Mann-Whitney και στον παρακάτω πίνακα φαίνονται τα αποτελέσματα του ελέγχου αυτού. Σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, η συνολική ικανοποίηση που προέκυψε από την υποδοχή, ήταν μεγαλύτερη της ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα, τη γενική εξυπηρέτηση και τα επιπρόσθετα στοιχεία. Η ικανοποίηση που προέκυψε από την αναμονή ήταν μικρότερη από αυτήν της νοσηλευτικής και ιατρικής φροντίδας. Τέλος, η συνολική ικανοποίηση που

προέκυψε από τη νοσηλευτική και την ιατρική φροντίδα ήταν μεγαλύτερη της ικανοποίησης που προέκυψε από τη γενική εξυπηρέτηση και τα επιπρόσθετα στοιχεία.

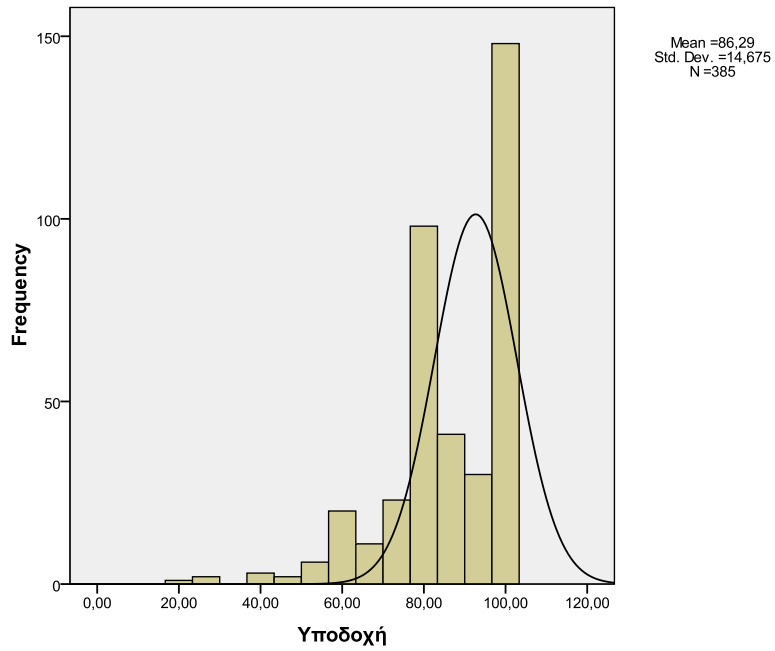
Πίνακας 5.12. Αποτελέσματα σύγκρισης μέσω των τιμών του πίνακα 5.11 με το κριτήριο Mann-Whitney.

	Υποδοχή	Αναμονή	Νοσηλευτική Φροντίδα	Ιατρική Φροντίδα	Γενική εξυπηρέτηση
Αναμονή	<b>Y&gt;A</b> (p<0,001)				
Νοσηλευτική Φροντίδα	Y=N (p=0,092)	<b>A&lt;N</b> (p<0,001)			
Ιατρική Φροντίδα	<b>Y&gt;I</b> (p=0,015)	<b>A&lt;I</b> (p=0,004)	N=I (p=0,435)		
Γενική εξυπηρέτηση	<b>Y&gt;Γ</b> (p<0,001)	A=Γ (p=0,086)	<b>N&gt;Γ</b> (p<0,001)	<b>I&gt;Γ</b> (p<0,001)	
Επιπρόσθετα στοιχεία	<b>Y&gt;Π</b> (p<0,001)	A=Π (p=0,875)	<b>N&gt;Π</b> (p=0,001)	<b>I&gt;Π</b> (p=0,008)	Γ=Π (p=0,107)

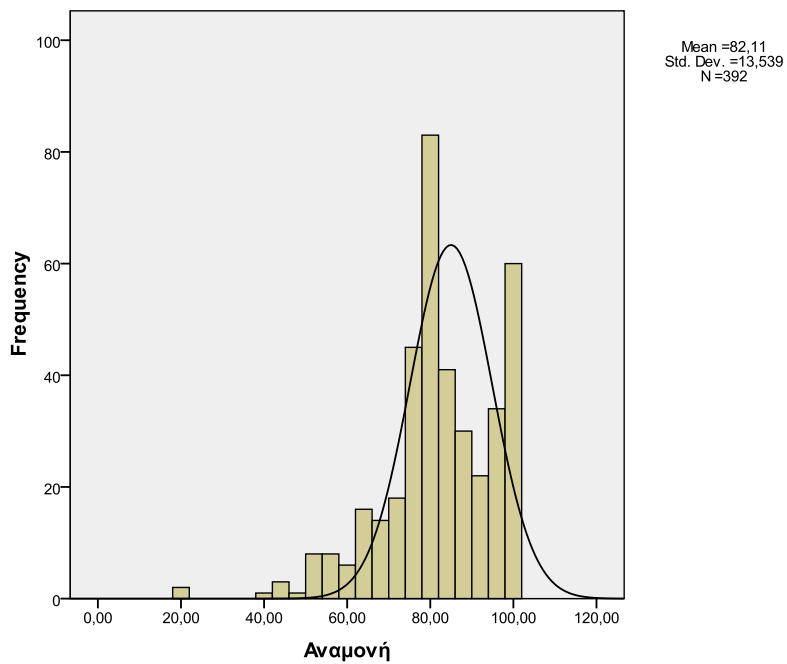
Διάγραμμα 5.12. Ραβδόγραμμα μέσης τιμής των αθροισμάτων των βαθμολογιών κάθε κατηγορίας ικανοποίησης σε κλίμακα %



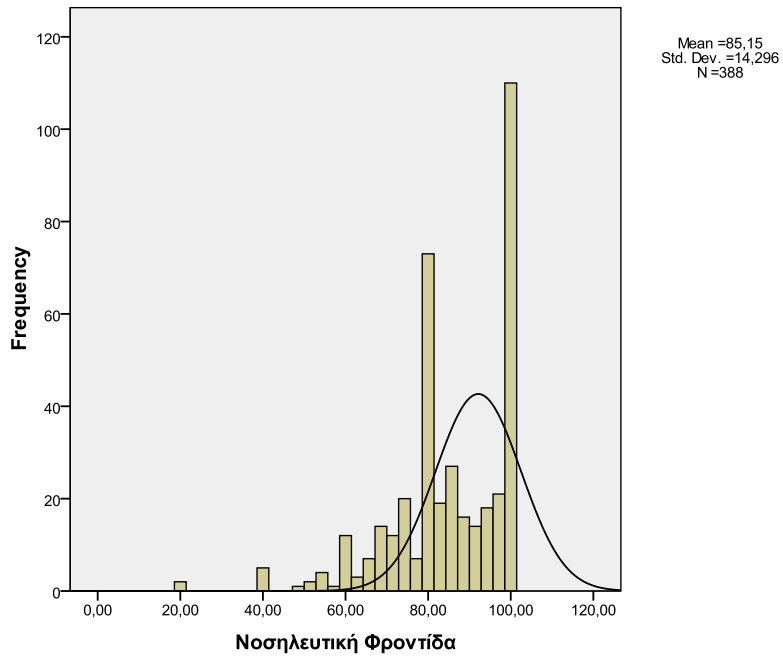
Διάγραμμα 5.13. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της υποδοχής των ασθενών.



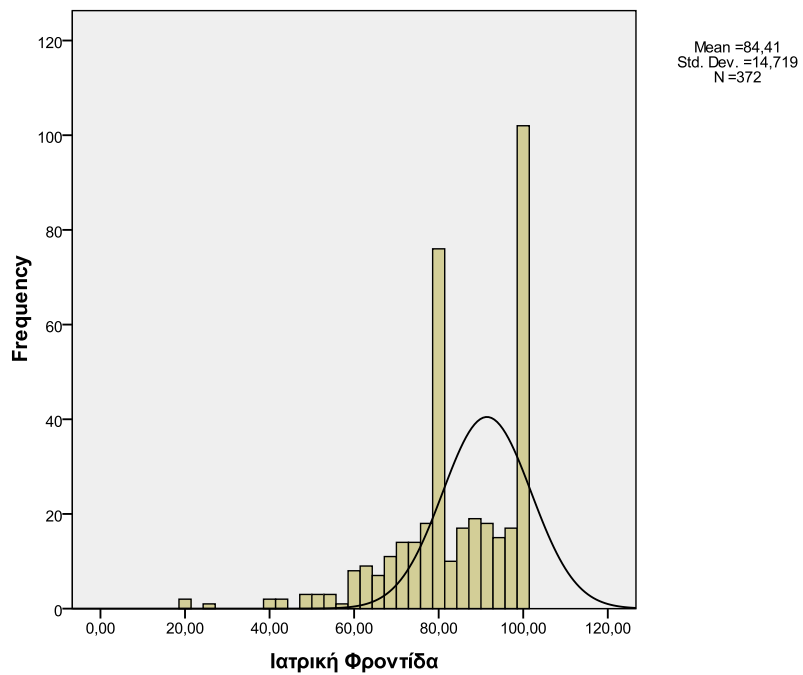
Διάγραμμα 5.14. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της αναμονής των ασθενών.



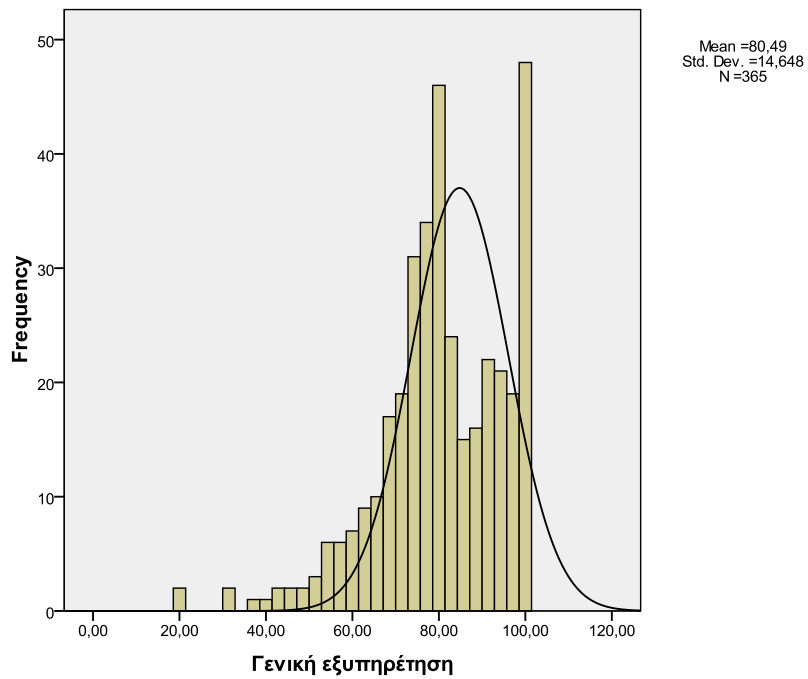
Διάγραμμα 5.15. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της νοσηλευτικής φροντίδας των ασθενών.



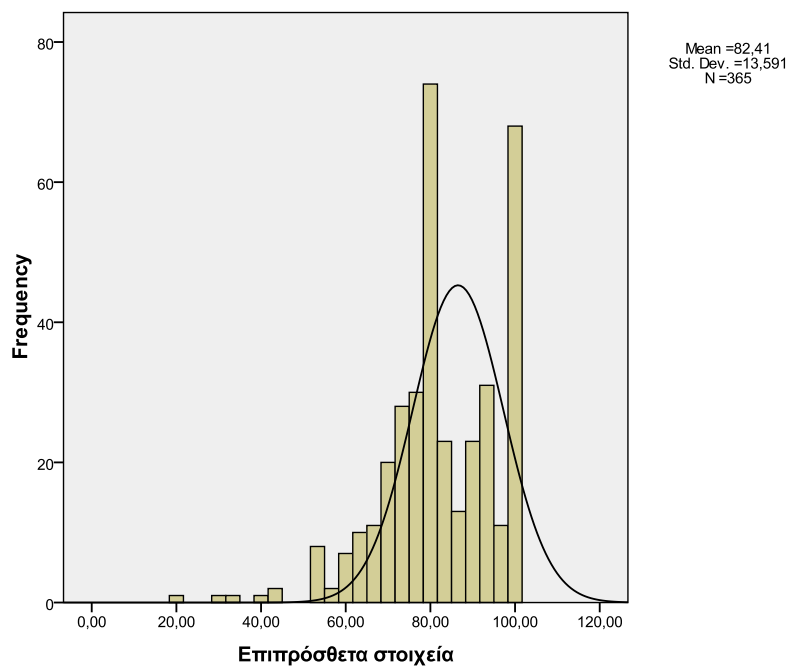
Διάγραμμα 5.16. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της ιατρικής φροντίδας των ασθενών.



Διάγραμμα 5.17. Ιστόγραμμα συχνοτήτων της γενικής εξυπηρέτησης των ασθενών.



Διάγραμμα 5.18. Ιστόγραμμα συχνοτήτων των επιπρόσθετων στοιχείων ικανοποίησης των ασθενών.



### 5.2.1.3. Αξιοπιστία των ερωτηματολογίων

#### 5.2.1.3.1. Συντελεστής $\alpha$ του Cronbach

Ο παρακάτω πίνακας δείχνει τον συντελεστή  $\alpha$  του Cronbach όπως υπολογίστηκε για κάθε κατηγορία ικανοποίησης που χρησιμοποιήθηκε στην ανάλυση. Παρατηρείται ότι για όλες τις κατηγορίες ερωτήσεων ικανοποίησης ο συντελεστής  $\alpha$  είναι μεγαλύτερος του 0,7, γεγονός που δείχνει ότι το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε διέθετε δομική εγκυρότητα και αξιοπιστία.

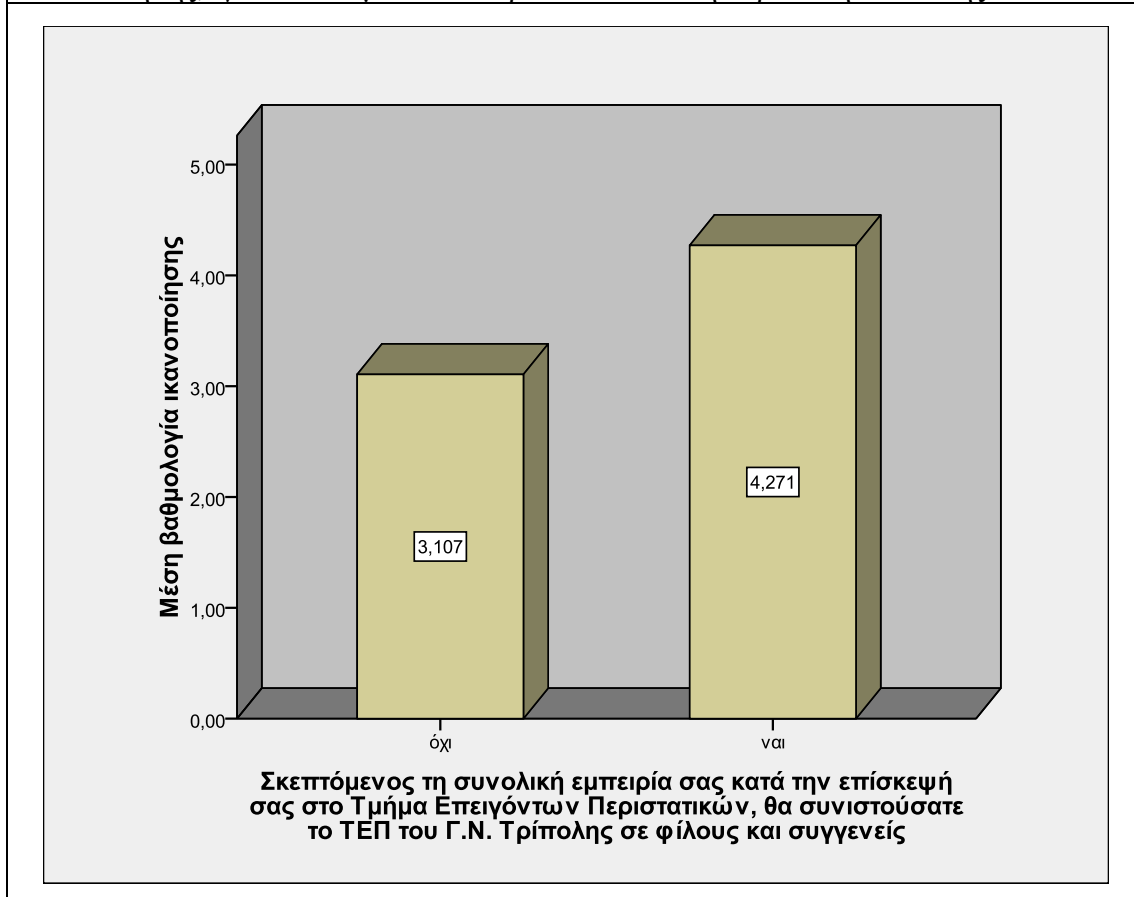
Κατηγορίες ερωτήσεων	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's Alpha
Υποδοχή	3	0,911
Αναμονή	5	0,831
Νοσηλευτική φροντίδα	7	0,953
Ιατρική φροντίδα	7	0,954
Γενική εξυπηρέτηση	7	0,904
Επιπρόσθετα στοιχεία	6	0,906
Όλες	35	0,974

#### 5.2.1.3.2. Σύγκριση μέσου όρου βαθμολογιών

Η τελευταία ερώτηση του ερωτηματολογίου χωρίζει το δείγμα σε δύο ομάδες: σε αυτούς που θα συνιστούσαν το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης σε φίλους και συγγενείς και σε αυτούς που δε θα το συνιστούσαν. Αναμένεται η ομάδα που δε θα συνιστούσε το ΤΕΠ να έχει χαμηλότερη ικανοποίηση από την ομάδα που θα το συνιστούσε. Στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στις βαθμολογίες που δείχνουν την ικανοποίηση κάθε ομάδας, θα ήταν ένδειξη καλής λειτουργίας του ερωτηματολογίου.

Στο διάγραμμα φαίνονται οι μέσες τιμές του μέσου όρου των απαντήσεων που δόθηκαν σε όλες τις ερωτήσεις μέτρησης ικανοποίησης για κάθε ομάδα. Η ομάδα που δε θα συνιστούσε το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης έχει μέσο όρο ικανοποίησης 3,1 / 5 ενώ η ομάδα που θα το συνιστούσε φαίνεται να έχει μείνει πιο ευχαριστημένη με μέσο όρο ικανοποίησης 4,3 / 5. Οι τιμές αυτές συγκρίθηκαν με το παραμετρικό κριτήριο Mann-Whitney και προέκυψε ότι η διαφορά που φαίνεται να έχουν, είναι στατιστικά σημαντική σε επίπεδο σημαντικότητας 0,1% ( $p\text{-value} < 0,001$ ).

Διάγραμμα 5.19. Μέσος όρος των μέσων τιμών όλων των βαθμολογιών ικανοποίησης, για κάθε ομάδα που προκύπτει από την πρόθεση σύστασης του ΤΕΠ.



### 5.2.1.3.3. Συσχετίσεις μεταξύ ερωτήσεων συνολικής ικανοποίησης

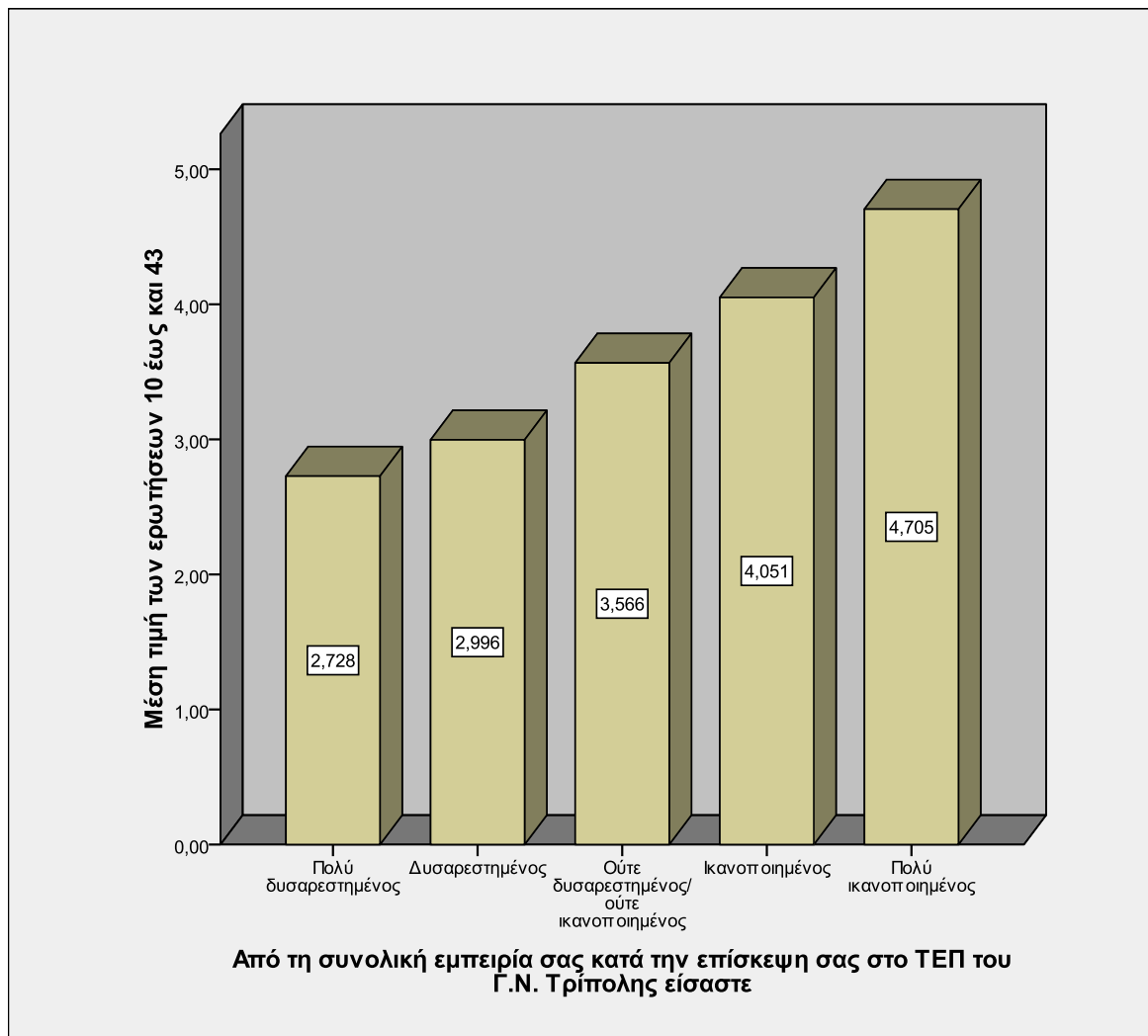
Η τελευταία ερώτηση των κλιμάκων μέτρησης ικανοποίησης αξιολογεί τη συνολική εμπειρία κατά την επίσκεψη ενός ασθενή στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης, συνοψίζει δηλαδή όλες τις



υπόλοιπες και άρα σε ένα καλά δομημένο ερωτηματολόγιο θα πρέπει να έρχεται και σε συμφωνία με αυτές. Παρακάτω θα εξεταστεί η συμφωνία, της μέσης ικανοποίησης που προκύπτει από τη μέση τιμή όλων των ερωτήσεων (10 – 43) εκτός της τελευταίας (44), με την τελευταία ερώτηση.

Το παρακάτω διάγραμμα δείχνει τις μέσες τιμές της βαθμολογίας ικανοποίησης ανά κατηγορία συνολικής ικανοποίησης. Φαίνεται η ικανοποίηση να αυξάνεται όσο αυξάνεται η συνολική ικανοποίηση. Ο βαθμός συμφωνίας (ICC) αυτών των δύο μεταβλητών είναι 0,843 και είναι στατιστικά σημαντικός σε επίπεδο σημαντικότητας 0,1% ( $p\text{-value} < 0,001$ ). Άρα φαίνεται να υπάρχει υψηλή συμφωνία μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Διάγραμμα 5.20. Μέση τιμή ικανοποίησης, υπολογισμένη από τις μέσες τιμές των ερωτήσεων 10-43, ανά κατηγορία συνολικής ικανοποίησης (ερώτηση 44)



#### 5.2.1.4. Ερώτηση ανοιχτού τύπου

Στους 404 ερωτηθέντες οι 95 απάντησαν στην ερώτηση ανοιχτού τύπου. Καθαρά θετική εντύπωση (συμπεριφοράς – ικανότητας προσωπικού, ενημέρωσης, γενικής λειτουργίας του ΤΕΠ) είχαν 18 άτομα (18,9%). Στην πλειοψηφία των υπόλοιπων απαντήσεων περιέχονταν παρατηρήσεις και προτάσεις με στόχο τη βελτίωση του ΤΕΠ. Αξίζει να σημειωθεί ότι:

- 16 άτομα (16,8%) αναφέρθηκαν στην έλλειψη προσωπικού (κυρίως ιατρικού και νοσηλευτικού) καθώς και στο μεγάλο χρόνο αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων.
- 13 άτομα (13,7%) επισήμαναν γενικά την κακή λειτουργία του κράτους, τη χρηματοδότηση και τις ελλείψεις του νοσοκομείου.
- 6 άτομα (6,3%) αναφέρθηκαν στη μη-παροχή δωρεάν υπηρεσιών του ΤΕΠ και στην κακή συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία, καθώς κλήθηκαν να πληρώσουν για τις εξετάσεις τους.
- 6 άτομα (6,3%) δεν έμειναν ευχαριστημένα από τη συμπεριφορά του προσωπικού.
- 5 άτομα (5,3%) αποκόμισαν αρνητική εντύπωση από την καθαριότητα του ΤΕΠ.
- 5 άτομα (5,3%) υποστήριξαν, σύμφωνα με προηγούμενες εμπειρίες τους, ότι τη συγκεκριμένη ημέρα έτυχε να μείνουν με καλές εντυπώσεις.
- 5 άτομα (5,3%) αναφέρθηκαν στο γεγονός της αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών, ως επί το πλείστον, από ειδικευμένους ιατρούς και της απουσίας επιμελητών ιατρών στο ΤΕΠ.

## 5.2.2. Συσχέτιση ικανοποίησης με δημογραφικά στοιχεία

### 5.2.2.1. Ανάλυση σε κύριες συνιστώσες – Αθροιστικές κλίμακες

#### 5.2.2.1.1. Κατασκευή – περιγραφή αθροιστικών κλιμάκων

Προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με τα δημογραφικά τους στοιχεία πραγματοποιήθηκε ομαδοποίηση των μεταβλητών που εκφράζουν την ικανοποίηση. Από τις 35 ερωτήσεις ικανοποίησης εξαιρέθηκαν οι ερωτήσεις 42, 43, 44 των επιπρόσθετων στοιχείων, καθότι θεωρήθηκαν ερωτήσεις γενικού περιεχομένου, και στις υπόλοιπες εφαρμόστηκε ανάλυση σε κύριες συνιστώσες με σκοπό την εύρεση της κατάλληλης σύστασης κάθε ομάδας. Η ανάλυση πραγματοποιήθηκε με περιστροφή oblimin και προέκυψαν 4 κύριες συνιστώσες που εξηγούν το 70,4 % της συνολικής μεταβλητότητας των 32 ερωτήσεων. Κατόπιν κατασκευάστηκαν 4 αθροιστικές κλίμακες από το μέσο όρο των βαθμολογιών ικανοποίησης των ερωτήσεων που υπέδειξε κάθε συνιστώσα. Στον πίνακα 5.14 φαίνεται από ποιες ερωτήσεις αποτελείται κάθε αθροιστική κλίμακα.

---

Πίνακας 5.14. Οι αθροιστικές κλίμακες και η σύστασή τους.

---

#### **K1: Ικανοποίηση από Υποδοχή – Νοσηλευτική Φροντίδα**

---

**Er10:** Από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε

**Er11:** Από την πληροφόρηση του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε

**Er12:** Από την προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσαστε

**Er18:** Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε

**Er19:** Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματά σας είσαστε

**Er20:** Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε

**Er21:** Από την ενημέρωση σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε

**Er22:** Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών στο πρόβλημά σας είσαστε

**Er23:** Από το χρόνο που αφιέρωσαν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα σας είσαστε

**Er24:** Από την ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ.ά) είσαστε

---

#### **K2: Ικανοποίηση από γραμματειακή υποστήριξη, εξοπλισμό, δομή κτιρίου**

---

**Er32:** Από τη γενική συμπεριφορά και επικοινωνία με το προσωπικό της γραμματείας είσαστε

**Er33:** Από την ευκολία να βρείτε θέση για παρκάρισμα είσαστε

**Er34:** Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή συγγενών σας από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε

**Er35:** Από την ευκολία για πρόσβαση στους χώρους (καθοδηγητικές πινακίδες, ανελκυστήρες) είσαστε

**Er36:** Από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε

**Ερ37:** Από το μηχανισμό εξυπηρέτησης και συνεργασίας όσον αφορά τη διεκπεραίωση αναγκών σας (προγραμματισμό εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, παραπομπή σε άλλα εργαστήρια) είσαστε

**Ερ38:** Από τη διακριτικότητα του προσωπικού και το σεβασμό της προσωπικότητάς σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης (π.χ. χρήση παραβάν) είσαστε

**Ερ39:** Από την επιμέλεια και την καθαριότητα των ιατρείων επειγόντων περιστατικών είσαστε

**Ερ40:** Από την πληρότητα σε τεχνολογικό εξοπλισμό των ιατρείων ΤΕΠ είσαστε

**Ερ41:** Από την τήρηση ησυχίας στα ιατρεία του ΤΕΠ είσαστε

---

### **K3: Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα**

---

**Ερ17:** Από το χρόνο που περιμένατε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση είσαστε

**Ερ25:** Από την ενημέρωσή σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας είσαστε

**Ερ26:** Από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέτασή σας είσαστε

**Ερ27:** Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή είσαστε

**Ερ28:** Από τη συμμετοχή σας στην επιλογή μεθόδου θεραπείας είσαστε

**Ερ29:** Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε

**Ερ30:** Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ.ά) είσαστε

**Ερ31:** Από την προθυμία του ιατρού να ακούσει ότι είχατε να πείτε σχετικά με την υγεία σας είσαστε

---

### **K4: Ικανοποίηση από αναμονή**

---

**Ερ13:** Από την επιμέλεια και την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής είσαστε

**Ερ14:** Από την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής είσαστε

**Ερ15:** Από την ευκολία να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε είσαστε

**Ερ16:** Από τη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής είσαστε

---

Στον πίνακα 5.15 φαίνονται τα περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των αθροιστικών κλιμάκων, ενώ το διάγραμμα 5.21 δείχνει τις μέσες τιμές τους. Φαίνεται ότι οι ασθενείς έμειναν περισσότερο ικανοποιημένοι από τα χαρακτηριστικά της κλίμακας K1: Υποδοχή - νοσηλευτική φροντίδα και λιγότερο από τα χαρακτηριστικά της κλίμακας K2: Γραμματειακή υποστήριξη, εξοπλισμός - δομή κτιρίου. Τέλος από τα διαγράμματα 5.22, 5.23, 5.24 και 5.25 φαίνεται ότι οι αθροιστικές κλίμακες δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή.

---

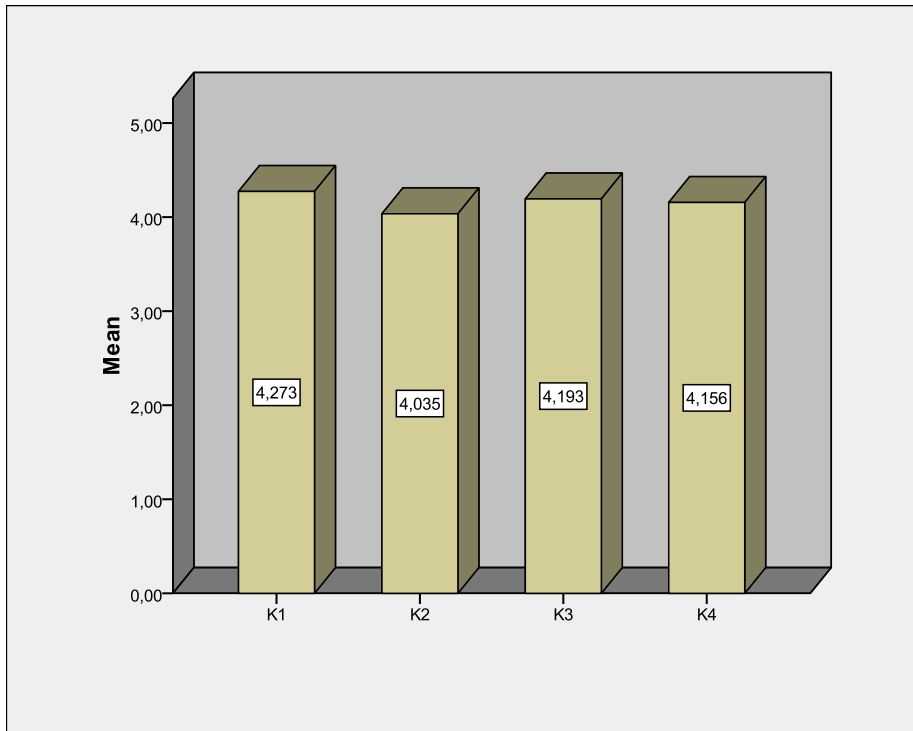
Πίνακας 5.15. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των αθροιστικών κλιμάκων

---

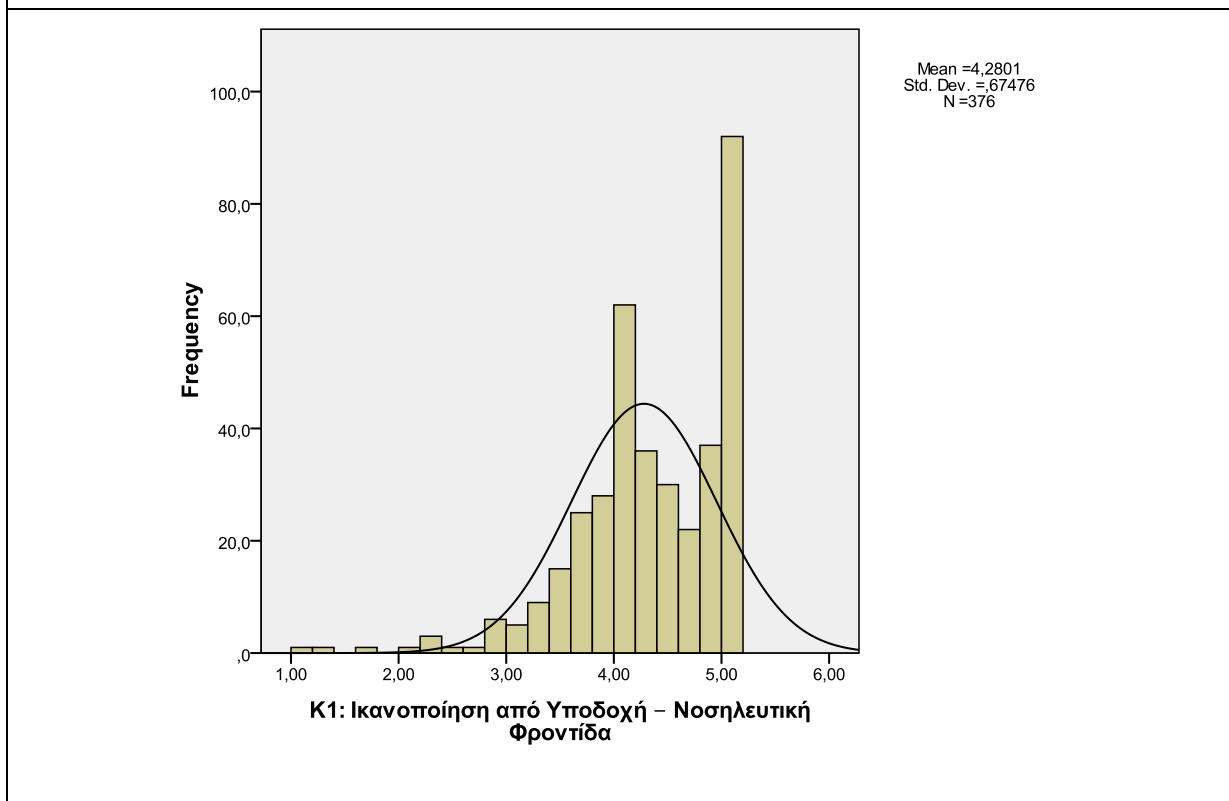
Αθροιστικές κλίμακες	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
K1	376	1	5	4,27	0,67	4,3	3,9 - 4,9
K2	350	1	5	4,04	0,70	4	3,6 - 4,6
K3	372	1	5	4,19	0,73	4,25	3,9 - 4,9
K4	392	1	5	4,16	0,68	4	3,8 - 4,8

---

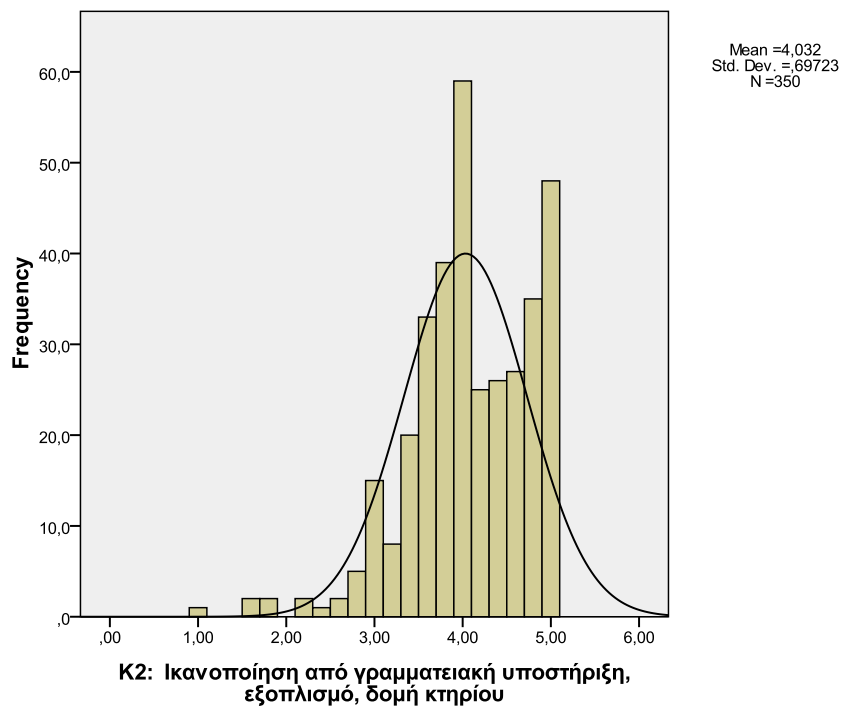
Διάγραμμα 5.21. Ραβδόγραμμα μέσων τιμών αθροιστικών κλιμάκων



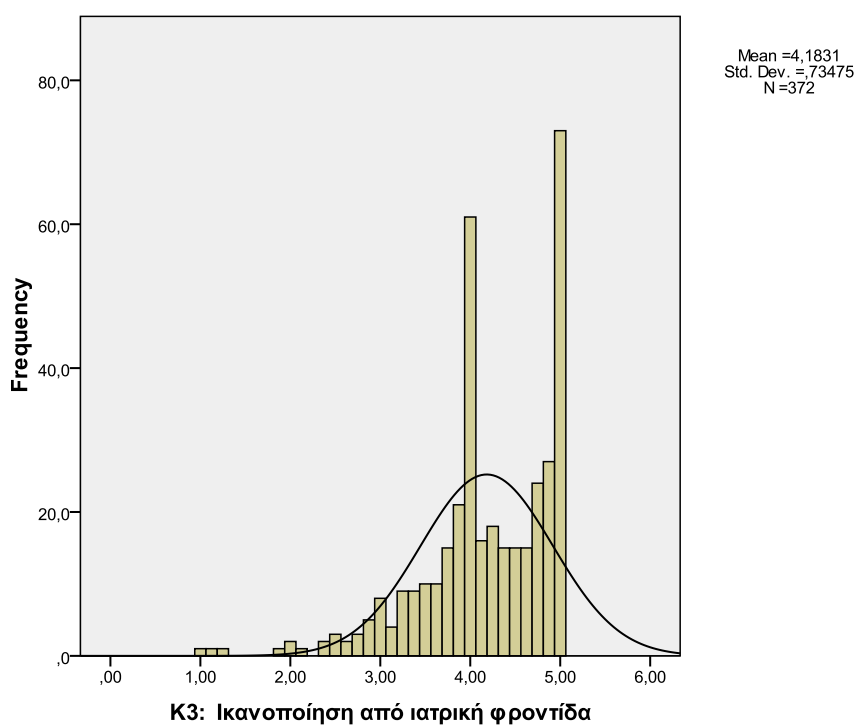
Διάγραμμα 5.22. Ιστόγραμμα κατανομής συχνότητας αθροιστικής κλίμακας K1.



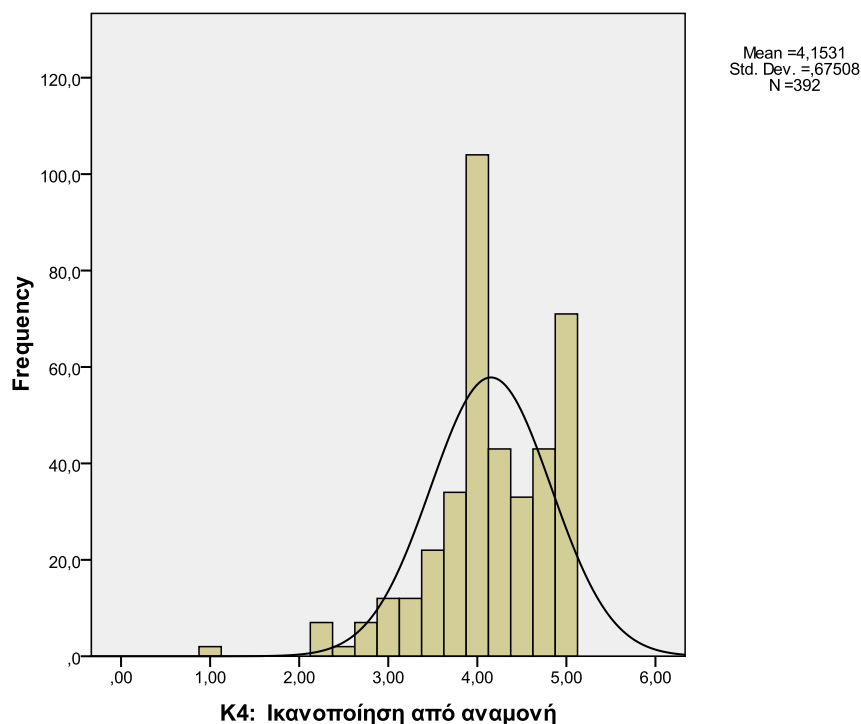
Διάγραμμα 5.23. Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων αθροιστικής κλίμακας Κ2.



Διάγραμμα 5.24. Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων αθροιστικής κλίμακας Κ3.



Διάγραμμα 5.25. Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων αθροιστικής κλίμακας Κ4.



Στον πίνακα 5.16 φαίνονται οι συντελεστές Cronbach για κάθε κλίμακα. Παρατηρείται ότι όλοι οι συντελεστές είναι μεγαλύτεροι από 0,7 γεγονός που δείχνει την αξιοπιστία των κλιμάκων.

Πίνακας 5.16. Αξιοπιστία των αθροιστικών κλιμάκων

Αθροιστικές κλίμακες	Αριθμός ερωτήσεων	Cronbach's Alpha
Κ1: Ικανοποίηση από Υποδοχή – Νοσηλευτική Φροντίδα	10	0,956
Κ2: Ικανοποίηση από γραμματειακή υποστήριξη, εξοπλισμό, δομή κτηρίου	10	0,925
Κ3: Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	8	0,945
Κ4: Ικανοποίηση από αναμονή	4	0,847

Στον πίνακα 5.17 φαίνονται οι συντελεστές συσχέτισης μεταξύ των αθροιστικών κλιμάκων. Παρατηρείται ότι μέση συσχέτιση ( $0,5 \leq r < 0,7$ ) έχει η κλίμακα Κ4 με όλες τις άλλες ενώ υψηλή συσχέτιση ( $0,7 \leq r < 0,8$ ) έχει η Κ3 με τις Κ1, Κ2 και η Κ1 με την Κ2. Όλες οι συσχετίσεις είναι θετικές στατιστικά σημαντικές σε επίπεδο σημαντικότητας 0,1%.

Πίνακας 5.17. Συντελεστής συσχέτισης Spearman rho μεταξύ των αθροιστικών κλιμάκων			
	Κ2	Κ3	Κ4
Κ1	r = 0,748 p < 0,001 N = 335	r = 0,795 p < 0,001 N = 353	r = 0,579 p < 0,001 N = 368
Κ2		r = 0,789 p < 0,001 N = 334	r = 0,672 p < 0,001 N = 347
Κ3			r = 0,624 p < 0,001 N = 363

#### 5.2.2.1.2. Συσχέτιση αθροιστικών κλιμάκων με δημογραφικά στοιχεία

Προκειμένου να εξεταστεί η συσχέτιση μεταξύ των δημογραφικών στοιχείων και των αθροιστικών κλιμάκων και δεδομένης της μη-κανονικότητας των κλιμάκων, εφαρμόστηκαν οι έλεγχοι Mann-Whitney και Kruscal-Wallis. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους δύο παρακάτω πίνακες. Παρατηρείται ότι με την κατοικία και την οικογενειακή κατάσταση συσχετίζεται η Κ4, με το πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο συσχετίζονται οι Κ1, Κ2 με την αιτία της επίσκεψης η Κ2 και με το ιατρείο επίσκεψης η Κ1 και η Κ3 (σε οριακά στατιστικά σημαντικό βαθμό). Επίσης, σε οριακά στατιστικά σημαντικό βαθμό συσχετίζεται και το φύλο με την Κ2. Τέλος, οι μεταβλητές υπηκοότητα, ηλικία, εκπαίδευση και ασφαλιστικό ταμείο δε φαίνεται να συσχετίζονται με κάποια από τις αθροιστικές κλίμακες.



Πίνακας 5.18. Αποτελέσματα (p-value) συσχέτισης δημογραφικών χαρακτηριστικών με αθροιστικές κλίμακες με το κριτήριο Mann-Whitney.				
	K1: Ικανοποίηση από Υποδοχή – Νοσηλευτική Φροντίδα	K2: Ικανοποίηση από γραμματειακή υποστήριξη, εξοπλισμό, δομή κτιρίου	K3: Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	K4: Ικανοποίηση από αναμονή
Φύλο	0,150	0,054	0,391	0,289
Υψηλότητα	0,649	0,944	0,361	0,301
Κατοικία	0,099	0,128	0,528	0,047
Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο	0,039	0,042	0,180	0,738

Πίνακας 5.19. Αποτελέσματα (p-value) συσχέτισης δημογραφικών χαρακτηριστικών με αθροιστικές κλίμακες με το κριτήριο Kruskal-Wallis.				
	K1: Ικανοποίηση από Υποδοχή – Νοσηλευτική Φροντίδα	K2: Ικανοποίηση από γραμματειακή υποστήριξη, εξοπλισμό, δομή κτιρίου	K3: Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα	K4: Ικανοποίηση από αναμονή
Ηλικία	0,457	0,960	0,483	0,685
Οικογενειακή κατάσταση	0,100	0,305	0,133	0,034
Εκπαίδευση	0,385	0,409	0,786	0,238
Ασφαλιστικό ταμείο	0,520	0,408	0,612	0,359
Ιατρείο επίσκεψης	0,017	0,525	0,053	0,088
Επίσκεψη	0,179	0,012	0,596	0,709

Για τις στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις, θα πρέπει περαιτέρω να βρεθεί και η κατεύθυνση της συσχέτισης. Για το λόγο αυτό για κάθε κατηγορία των μεταβλητών που βρέθηκαν συσχετισμένες με μία συγκεκριμένη αθροιστική κλίμακα, υπολογίστηκαν οι μέσες τιμές της κλίμακας, και συγκρίθηκαν μεταξύ τους με το κριτήριο Mann-Whitney. Τα αποτελέσματα

φαίνονται στους πίνακες 5.20, 5.21, 5.22, 5.23. Παρατηρείται ότι, σε στατιστικά σημαντικό βαθμό, η μέση ικανοποίηση στην κλίμακα K1 των ασθενών του γυναικολογικού είναι μεγαλύτερη από αυτές των ασθενών του χειρουργικού και παθολογικού ιατρείου. Επίσης, η μέση ικανοποίηση στις κλίμακες K1 και K2 των ασθενών που συμπλήρωσαν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο είναι μεγαλύτερη από αυτή των ασθενών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με τη βοήθεια κάποιου συνοδού τους ή νοσηλεύτη.

Σε οριακά στατιστικά σημαντικό βαθμό, οι άντρες είχαν μεγαλύτερη μέση τιμή στην K2 από τις γυναίκες και οι ασθενείς που πραγματοποίησαν έκτακτη επίσκεψη ή επίσκεψη για επανεκτίμηση είχαν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης στην K2 από ότι αυτοί που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ για προληπτικούς λόγους. Στην κλίμακα K3 χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης είχαν οι ασθενείς του χειρουργικού σε σχέση με τους ασθενείς του γυναικολογικού. Όσον αφορά στην κλίμακα K4, χαμηλότερη μέση τιμή ικανοποίησης είχαν οι ασθενείς που κατοικούν σε πόλη, σε σχέση με αυτούς που κατοικούν στην επαρχία και οι διαζευγμένοι, σε σχέση με τους άγαμους, τους έγγαμους και τους χήρους.

Πίνακας 5.20. Σύγκριση μέσων τιμών της αθροιστικής κλίμακας K1 μεταξύ των κατηγοριών κάθε μεταβλητής		
Μεταβλητή	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Σύγκριση Μέσων τιμών p-value Mann Whitney
Ιατρείο που επισκεφτήκατε		
Παθολογικό-Καρδιολογικό	4,30 ±0,64	Παθολογικό < Γυναικολογικό p=0,008  Χειρουργικό < Γυναικολογικό p=0,003
Χειρουργικό-Ορθοπαιδικό	4,28 ±0,62	
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	4,80 ±0,29	
Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο		
ασθενής	4,34 ±0,64	ασθενής>συνοδός p=0,039
συγγενής ή συνοδός ή νοσηλεύτης	4,19 ±0,73	

Πίνακας 5.21. Σύγκριση μέσων τιμών της αθροιστικής κλίμακας K2 μεταξύ των κατηγοριών κάθε μεταβλητής		
Μεταβλητή	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Σύγκριση Μέσων τιμών p-value Mann Whitney
Φύλο		
άντρας	4,11 ±0,65	άντρες>γυναίκες p=0,054
γυναίκα	3,99 ±0,68	
Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο		
ασθενής	4,08 ±0,70	ασθενής>συνοδός p=0,042
συγγενής ή συνοδός ή νοσηλεύτης	3,95 ±0,69	
Η επίσκεψή σας ήταν		
Έκτακτη	4,02 ±0,69	έκτακτη <προληπτικοί λόγοι p=0,004  επανεκτίμηση < προληπτικοί λόγοι p=0,01
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	4,10 ±0,67	
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	3,73 ±0,56	
Προληπτικοί λόγοι	4,41 ±0,91	

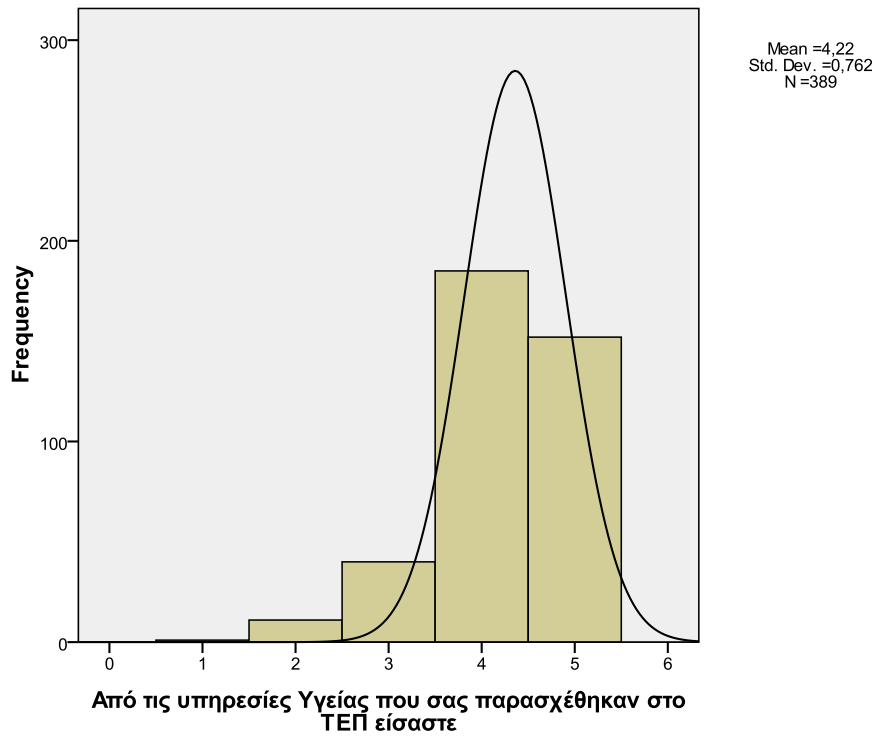
Πίνακας 5.22. Σύγκριση μέσων τιμών της αθροιστικής κλίμακας K3 μεταξύ των κατηγοριών κάθε μεταβλητής		
Μεταβλητή	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Σύγκριση Μέσων τιμών p-value Mann Whitney
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ		
Παθολογικό-Καρδιολογικό	4,19 ±0,68	Χειρουργικό < Γυναικολογικό p=0,012
Χειρουργικό-Ορθοπαιδικό	4,11 ±0,62	
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	4,48 ±0,46	

Πίνακας 5.23. Σύγκριση μέσων τιμών της αθροιστικής κλίμακας K4 μεταξύ των κατηγοριών κάθε μεταβλητής		
Μεταβλητή	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Σύγκριση Μέσων τιμών p-value Mann Whitney
Κατοικία		
Πόλη	4,17 ±0,59	πόλη < επαρχία p=0,047
Επαρχία	4,28 ±0,70	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	4,13 ±0,67	άγαμοι > διαζευγμένοι p=0,019 έγγαμοι > διαζευγμένοι p=0,004 διαζευγμένοι < χήροι p=0,028
Έγγαμος/η	4,20 ±0,65	
Διαζευγμένος/η	3,63 ±0,71	
Χήρος/α	4,11 ±0,84	

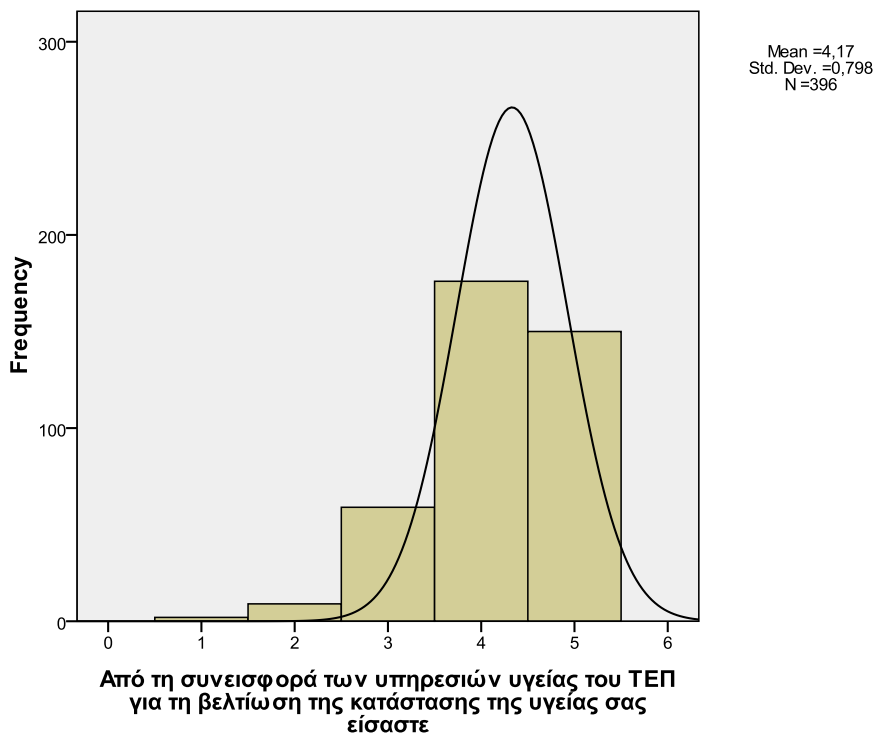
#### 5.2.2.2. Συσχέτιση ερωτήσεων 42 - 43 - 44 με δημογραφικά

Οι ερωτήσεις 42, 43 και 44 των επιπρόσθετων στοιχείων εξαιρέθηκαν από την ανάλυση σε κύριες συνιστώσες και την κατασκευή αθροιστικών κλιμάκων, επειδή το περιεχόμενό τους θεωρήθηκε γενικό. Θα εξεταστούν ξεχωριστά για να διαπιστωθεί η ύπαρξη συσχέτισής τους με τα δημογραφικά στοιχεία. Από τα διαγράμματα 5.26, 5.27, 5.28 παρατηρείται ότι η κατανομή συχνοτήτων των απαντήσεων στις ερωτήσεις 42, 43 και 44 δε φαίνεται να είναι κανονική. Έτσι, θα χρησιμοποιηθούν τα μη-παραμετρικά κριτήρια Mann - Whitney και Kruscal – Wallis.

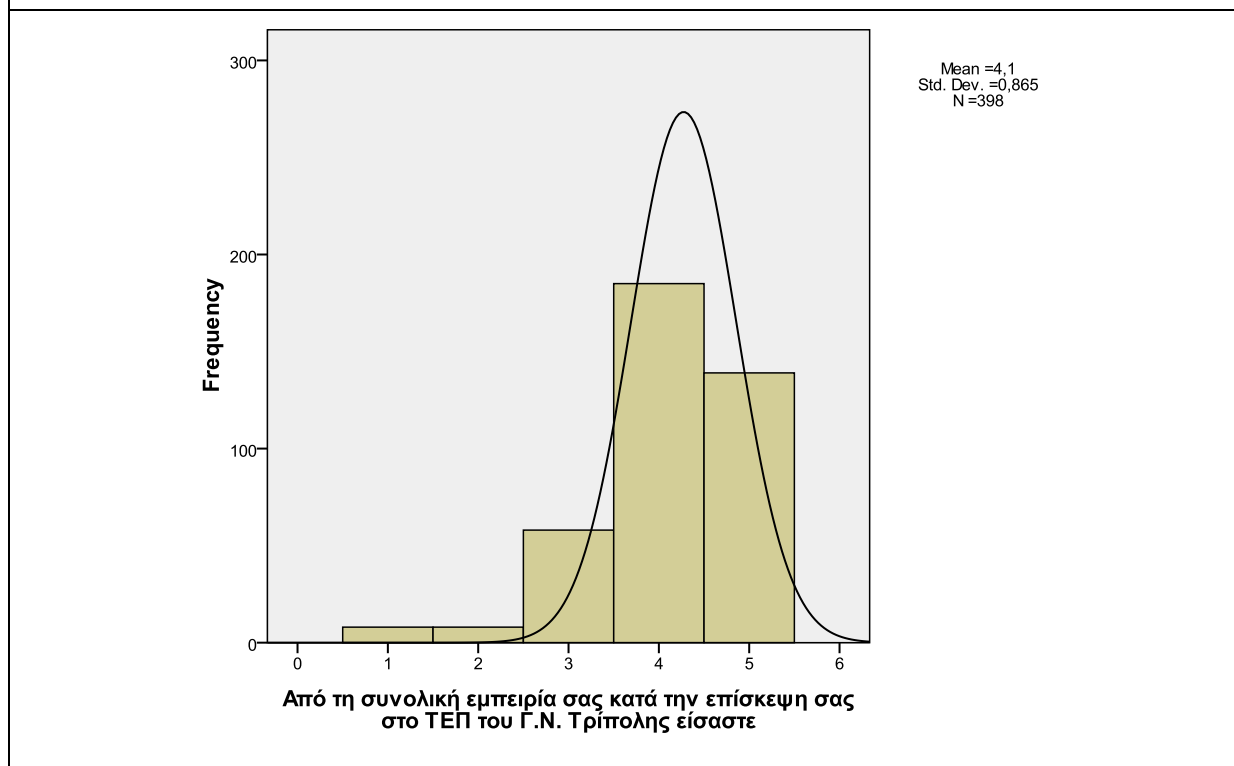
Διάγραμμα 5.26. Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της ερώτησης 42.



Διάγραμμα 5.27. Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της ερώτησης 43.



Διάγραμμα 5.28. Ιστόγραμμα κατανομής συχνοτήτων της ερώτησης 44.



Στους πίνακες 5.24 και 5.25 φαίνονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης των ερωτήσεων 42, 43 και 44 με τα δημογραφικά στοιχεία. Παρατηρείται ότι σε στατιστικά σημαντικό βαθμό η ερώτηση 42 συσχετίζεται με τις μεταβλητές Ιατρείο επίσκεψης και επίσκεψη και η ερώτηση 44 με τις μεταβλητές οικογενειακή κατάσταση και επίσκεψη. Η ερώτηση 44 συσχετίζεται σε οριακά στατιστικά σημαντικό επίπεδο με την κατοικία ενώ η ερώτηση 43 δε φαίνεται να συσχετίζεται με κάποιο από τα δημογραφικά στοιχεία.

Πίνακας 5.24. Αποτελέσματα (p-value) συσχέτισης δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις ερωτήσεις 42, 43 και 44 με το κριτήριο Mann - Whitney.

	Ερώτηση 42: Από τις υπηρεσίες Υγείας που σας παρασχέθηκαν στο ΤΕΠ είσαστε	Ερώτηση 43: Από τη συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του ΤΕΠ για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας είσαστε	Ερώτηση 44: Από τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο ΤΕΠ του Γ.Ν. Τρίπολης είσαστε
Φύλο	0,067	0,556	0,127
Υπηκοότητα	0,563	0,726	0,616
Κατοικία	0,207	0,664	0,054
Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο	0,214	0,623	0,079

Πίνακας 5.25. Αποτελέσματα (p-value) συσχέτισης δημογραφικών χαρακτηριστικών με τις ερωτήσεις 42, 43 και 44 με το κριτήριο Kruscal - Wallis.			
	Ερώτηση 42: Από τις υπηρεσίες Υγείας που σας παρασχέθηκαν στο ΤΕΠ είσαστε	Ερώτηση 43: Από τη συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του ΤΕΠ για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας είσαστε	Ερώτηση 44: Από τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψη σας στο ΤΕΠ του Γ.Ν. Τρίπολης είσαστε
Ηλικία	0,264	0,982	0,886
Οικογενειακή κατάσταση	0,090	0,088	0,001
Εκπαίδευση	0,769	0,677	0,742
Ασφαλιστικό ταμείο	0,088	0,596	0,264
Ιατρείο επίσκεψης	0,026	0,380	0,155
Επίσκεψη	0,012	0,148	0,018

Προκειμένου να εξεταστεί η κατεύθυνση των στατιστικά σημαντικών συσχετίσεων που βρέθηκαν υπολογίσθηκαν οι μέσες τιμές των ερωτήσεων 42 και 44 στις διάφορες κατηγορίες των μεταβλητών με τις οποίες συσχετίζονται και συγκρίθηκαν με το κριτήριο Mann-Whitney. Στους πίνακες 5.26 και 5.27 φαίνονται τα αποτελέσματα αυτών των συγκρίσεων. Παρατηρείται ότι οι ασθενείς που επισκέφθηκαν το χειρουργικό ιατρείο είχαν μικρότερη μέση τιμή στην ερώτηση 42 από τους ασθενείς του γυναικολογικού. Επίσης, οι ασθενείς που πραγματοποίησαν έκτακτη επίσκεψη ή επίσκεψη για επανεκτίμηση - επανέλεγχο είχαν μικρότερη τιμή ικανοποίησης στις ερωτήσεις 42 και 44 από ότι αυτοί που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ για προληπτικούς λόγους. Συγκεκριμένα για την ερώτηση 42, αυτοί που επισκέφθηκαν εκτάκτως το ΤΕΠ είχαν μεγαλύτερη μέση ικανοποίηση από αυτούς που πραγματοποίησαν επίσκεψη για επανεκτίμηση. Επίσης, φαίνεται ότι οι ασθενείς που κατοικούν στην επαρχία έχουν μεγαλύτερη μέση τιμή στη ερώτηση 44, από ότι αυτοί που κατοικούν σε πόλη. Τέλος, οι διαζευγμένοι φαίνεται να έχουν μικρότερη μέση τιμή στην ερώτηση 44 από ότι οι άγαμοι, οι έγγαμοι και οι χήροι.

Πίνακας 5.26. Σύγκριση μέσων τιμών της ερώτησης 42 μεταξύ των κατηγοριών κάθε μεταβλητής		
Μεταβλητή	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Σύγκριση Μέσων τιμών p-value Mann Whitney
Ιατρείο που επισκεφτήκατε		
Παθολογικό-Καρδιολογικό	4,27 ±0,76	Χειρουργικό < Γυναικολογικό

Χειρουργικό-Ορθοπεδικό	4,25 ±0,74	p=0,016
Μαιευτικό-Γυναικολογικό	4,70 ±0,48	
Η επίσκεψή σας ήταν		
Έκτακτη	4,22 ±0,74	έκτακτη > επανεκτίμηση p=0,023
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	4,27 ±0,79	έκτακτη <προληπτικοί λόγοι p=0,018
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	3,43 ±0,98	επανεκτίμηση < προληπτικοί λόγοι
Προληπτικοί λόγοι	4,56 ±0,89	p=0,003

Πίνακας 5.27. Σύγκριση μέσων τιμών της ερώτησης 44 μεταξύ των κατηγοριών κάθε μεταβλητής		
Μεταβλητή	Μέση τιμή ± Τυπική απόκλιση	Σύγκριση Μέσων τιμών p-value Mann Whitney
Κατοικία		
Πόλη	4,05 ±0,89	πόλη < επαρχία p=0,054
Επαρχία	4,23 ±0,89	
Οικογενειακή κατάσταση		
Άγαμος/η	4,11 ±0,84	άγαμοι > διαζευγμένοι p<0,001 έγγαμοι > διαζευγμένοι p<0,001 διαζευγμένοι < χήροι p=0,01
Έγγαμος/η	4,16 ±0,87	
Διαζευγμένος/η	3,33 ±0,77	
Χήρος/α	4,04 ±0,75	
Η επίσκεψή σας ήταν		
Έκτακτη	4,10 ±0,85	έκτακτη <προληπτικοί λόγοι p=0,007 επανεκτίμηση < προληπτικοί λόγοι p=0,009
Χρόνιο πρόβλημα υγείας	4,17 ±0,72	
Επανεκτίμηση/Επανελέγχος	3,50 ±1,19	
Προληπτικοί λόγοι	4,50 ±1,10	



### 5.2.2.3. Συσχέτιση πρόθεσης σύστασης του Τμήματος Επειγόντων με δημογραφικά

Προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με το αν οι ασθενείς του δείγματος, σκεπτόμενοι τη συνολική εμπειρία τους από το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης, θα το συνιστούσαν σε φίλους ή συγγενείς (ερώτηση 45), κατασκευάστηκαν πίνακες διπλής εισόδου και πραγματοποιήθηκε ο έλεγχος χι-τετράγωνο. Στις μεταβλητές που δεν κάλυπταν τις προϋποθέσεις εφαρμογής του χι-τετράγωνο εφαρμόστηκε το ακριβές τεστ του Fisher. Τα αποτελέσματα φαίνονται στους πίνακες 5.28, 5.29 και 5.30.

Σε κάθε πίνακα διπλής εισόδου από τους παραπάνω φαίνεται η κατανομή των συχνοτήτων των διαφόρων δημογραφικών στοιχείων ανά απάντηση στην ερώτηση 45. Επίσης, υπολογίστηκαν τα ποσοστά αυτών που απάντησαν όχι και αυτών που απάντησαν ναι, για κάθε κατηγορία κάθε δημογραφικού χαρακτηριστικού. Οι τιμές που θα συγκριθούν είναι τα ποσοστά αυτών που απάντησαν ναι σε κάθε κατηγορία ενός δημογραφικού χαρακτηριστικού, μεταξύ τους ή, εναλλακτικά, τα ποσοστά αυτών που απάντησαν όχι σε κάθε κατηγορία ενός δημογραφικού χαρακτηριστικού, μεταξύ τους. Η τελευταία στήλη των πινάκων δείχνει τη στατιστική σημαντικότητα των αποτελεσμάτων.

Παρατηρείται ότι, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, η πρόθεση των ασθενών να συστήσουν το ΤΕΠ δε συσχετίζεται με το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, την υπηκοότητα, την κατοικία, την εκπαίδευση, το ασφαλιστικό ταμείο, το ιατρείο επίσκεψης και την αιτιολογία επίσκεψης.

Συσχετισμένη με την πρόθεση σύστασης είναι η ηλικία και μάλιστα το ποσοστό αυτών που απάντησαν όχι, είναι μεγαλύτερο στις ηλικιακές κατηγορίες «35 - 44 ετών» (17,1%) και «18 - 24 ετών» (11,3%) σε σχέση με όλες τις άλλες ηλικιακές κατηγορίες. Επίσης, οριακά στατιστικά σημαντική ( $p\text{-value} = 0,051$ ) είναι η συσχέτιση της πρόθεσης σύστασης με το πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο. Το ποσοστό των ασθενών που είναι θετικοί στη σύσταση του ΤΕΠ και που συμπλήρωσαν οι ίδιοι το ερωτηματολόγιο (93,8%) είναι μεγαλύτερο από το ποσοστό των ασθενών που είναι θετικοί στη σύσταση του ΤΕΠ αλλά δε συμπλήρωσαν μόνοι τους το ερωτηματολόγιο (88,2%).

Πίνακας 5.28. Κατανομή συχνοτήτων δημογραφικών στοιχείων ανάλογα με την πρόθεση σύστασης του ΤΕΠ, αποτελέσματα ελέγχων χι-τετράγωνο και Fischer.					
Συχνότητα/Αναμενόμενη Συχνότητα Ποσοστό	Σκεπτόμενος τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, θα συνιστούσατε το ΤΕΠ του Γ.Ν. Τρίπολης σε φίλους και συγγενείς		Σύνολο	p-value	
	όχι	ναι			
Ιατρείο που επισκεφτήκατε	Παθολογικό-Καρδιολογικό	17 / 15,2 <b>8,3%</b>	187 / 188,8 <b>91,7%</b>	204 <b>100%</b>	0,854
	Χειρουργικό-Ορθοπαιδικό	9 / 10,0 <b>6,7%</b>	125 / 124,0 <b>93,3%</b>	134 <b>100%</b>	
	Μαιευτικό-Γυναικολογικό	0 / 0,7 <b>0%</b>	10 / 9,3 <b>100%</b>	10 <b>100%</b>	
	Σύνολο	26 <b>7,5%</b>	322 <b>92,5%</b>	348 <b>100%</b>	
Η επίσκεψή σας ήταν	Έκτακτη	28 / 29,2 <b>8%</b>	320 / 318,8 <b>92%</b>	348 <b>100%</b>	0,186
	Χρόνιο πρόβλημα υγείας	0 / 0,8 <b>0%</b>	10 / 9,2 <b>100%</b>	10 <b>100%</b>	
	Επανεκτίμηση/Επανάελεγχος	2 / 0,7 <b>25%</b>	6 / 7,3 <b>75%</b>	8 <b>100%</b>	
	Προληπτικοί λόγοι	2 / 1,3 <b>12,5%</b>	14 / 14,7 <b>87,5%</b>	16 <b>100%</b>	
	Σύνολο	32 <b>8,4%</b>	350 <b>91,6%</b>	382 <b>100%</b>	
Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο	ασθενής	14 / 19,2 <b>6,2%</b>	213 / 207,8 <b>93,8%</b>	227 <b>100%</b>	0,051
	συγγενής ή συνοδός ή νοσηλευτής	18 / 12,8 <b>11,8%</b>	134 / 139,2 <b>88,2%</b>	152 <b>100%</b>	
	Σύνολο	32 <b>8,4%</b>	347 <b>91,6%</b>	379 <b>100%</b>	

Πίνακας 5.29. Κατανομή συχνοτήτων δημογραφικών στοιχείων ανάλογα με την πρόθεση σύστασης του ΤΕΠ, αποτελέσματα ελέγχων χι-τετράγωνο και Fischer.					
Συχνότητα/Αναμενόμενη Συχνότητα Ποσοστό	Σκεπτόμενος τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, θα συνιστούσατε το ΤΕΠ του Γ.Ν. Τρίπολης σε φίλους και συγγενείς		Σύνολο	p-value	
	όχι	ναι			
Φύλο	άντρας	11 / 13,9 <b>6,6%</b>	155 / 152,1 <b>93,4%</b>	166 <b>100%</b>	0,266
	γυναίκα	20 / 17,1 <b>9,9%</b>	183 / 185,9 <b>90,1%</b>	203 <b>100%</b>	
	Σύνολο	31 <b>8,4%</b>	338 <b>91,6%</b>	369 <b>100%</b>	
Ηλικία	18-24	6 / 4,3 <b>11,3%</b>	47 / 48,7 <b>88,7%</b>	53 <b>100%</b>	0,027
	25-34	3 / 5,1 <b>4,8%</b>	60 / 57,9 <b>95,2%</b>	63 <b>100%</b>	
	35-44	13 / 6,1 <b>17,1%</b>	63 / 69,9 <b>82,9%</b>	76 <b>100%</b>	

	45-54	4 / 4,9 <b>6,6%</b>	57 / 56,1 <b>93,4%</b>	61 <b>100%</b>	
	55-64	1 / 3,2 <b>2,5%</b>	39 / 36,8 <b>97,5%</b>	40 <b>100%</b>	
	>=65	3 / 6,4 <b>3,8%</b>	77 / 73,6 <b>96,3%</b>	80 <b>100%</b>	
	Σύνολο	30 <b>8%</b>	343 <b>92%</b>	373 <b>100%</b>	
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος/η	13 / 10,0 <b>10,9%</b>	106 / 109,0 <b>89,1%</b>	119 <b>100%</b>	0,071
	Έγγαμος/η	14 / 18,4 <b>6,4%</b>	205 / 200,6 <b>93,6%</b>	219 <b>100%</b>	
	Διαζευγμένος/η	4 / 1,5 <b>22,2%</b>	14 / 16,5 <b>77,8%</b>	18 <b>100%</b>	
	Χήρος/α	1 / 2,0 <b>4,2%</b>	23 / 22,0 <b>95,8%</b>	24 <b>100%</b>	
	Σύνολο	32 <b>8,4%</b>	348 <b>91,6%</b>	380 <b>100%</b>	
Υπηκοότητα	Ελληνική	31 / 30,8 <b>8,6%</b>	331 / 331,2 <b>91,4%</b>	362 <b>100%</b>	1
	Άλλη	1 / 1,2 <b>7,1%</b>	13 / 12,8 <b>92,9%</b>	14 <b>100%</b>	
	Σύνολο	32 <b>8,5%</b>	344 <b>91,5%</b>	376 <b>100%</b>	
Κατοικία	Πόλη	20 / 18,5 <b>8,9%</b>	204 / 205,5 <b>91,1%</b>	224 <b>100%</b>	0,47
	Επαρχία	5 / 6,5 <b>6,3%</b>	74 / 72,5 <b>93,7%</b>	79 <b>100%</b>	
	Σύνολο	25 <b>8,3%</b>	278 <b>91,7%</b>	303 <b>100%</b>	

Πίνακας 5.30. Κατανομή συχνοτήτων δημογραφικών στοιχείων ανάλογα με την πρόθεση σύστασης του ΤΕΠ, αποτελέσματα ελέγχων χι-τετράγωνο και Fischer.

Συχνότητα/Αναμενόμενη Συχνότητα Ποσοστό	Σκεπτόμενος τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο Τμήμα Επαιγόντων Περιστατικών, θα συνιστούσατε το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης σε φίλους και συγγενείς		Σύνολο	p-value
	όχι	ναι		
Δεν έχει γραμματικές γνώσεις	0 / 0,9 <b>0%</b>	11 / 10,1 <b>100%</b>	11 <b>100%</b>	0,371
Απόφοιτος Δημοτικού	5 / 4,7 <b>9,1%</b>	50 / 50,3 <b>90,9%</b>	55 <b>100%</b>	
Απόφοιτος Γυμνασίου	1 / 4,9 <b>1,8%</b>	56 / 52,1 <b>98,2%</b>	57 <b>100%</b>	
Απόφοιτος Λυκείου	14 / 10,2 <b>11,9%</b>	104 / 107,8 <b>88,1%</b>	118 <b>100%</b>	
Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής	4 / 2,9 <b>11,8%</b>	30 / 31,1 <b>88,2%</b>	34 <b>100%</b>	
Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ)	4 / 4,8 <b>8,3%</b>	52 / 51,2 <b>91,7%</b>	56 <b>100%</b>	

		<b>7,1%</b>	<b>92,9%</b>	<b>100%</b>	
	Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ)	3 / 2,8	30 / 30,2	33	
		<b>9,1%</b>	<b>90,9%</b>	<b>100%</b>	
	Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA)	1 / 0,5	5 / 5,5	6	
		<b>16,7%</b>	<b>83,3%</b>	<b>100%</b>	
	Διδακτορικός Τίτλος (PhD)	0 / 0,2	2 / 1,8	2	
		<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
	Σύνολο	32	340	372	
		<b>8,6%</b>	<b>91,4%</b>	<b>100%</b>	
Ασφαλιστικό Ταμείο	Ανασφάλιστος	1 / 0,6	6 / 6,4	7	0,669
		<b>14,3%</b>	<b>85,7%</b>	<b>100%</b>	
	Δημόσιο	4 / 3,5	38 / 38,5	42	
		<b>9,5%</b>	<b>90,5%</b>	<b>100%</b>	
	ΙΚΑ	13 / 9,9	106 / 109,1	119	
		<b>10,9%</b>	<b>89,1%</b>	<b>100%</b>	
	ΟΓΑ	8 / 9,8	110 / 108,2	118	
		<b>6,8%</b>	<b>93,2%</b>	<b>100%</b>	
	Ο.Α.Ε.Ε	0 / 2,2	26 / 23,8	26	
		<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	
ΤΣΜΕΔΕ	0 / 0,3	4 / 3,7	4		
	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		
ΔΕΗ	1 / 1,2	13 / 12,8	14		
	<b>7,1%</b>	<b>92,9%</b>	<b>100%</b>		
Τραπεζοϋπαλλήλων	0 / 0,3	4 / 3,7	4		
	<b>0%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>		
Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο	4 / 3,3	36 / 36,7	40		
	<b>10%</b>	<b>90%</b>	<b>100%</b>		
Σύνολο	31	343	374		
		<b>8,3%</b>	<b>91,7%</b>	<b>100%</b>	

### 5.2.3. Συσχέτιση ειδικών κλιμάκων με συνολική ικανοποίηση

Προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση της συμπεριφοράς, της ικανότητας και της ενημέρωσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών που δίνεται από την ερώτηση 44, δημιουργήθηκαν τρεις καινούργιες ειδικές κατηγορίες που περιείχαν το μέσο όρο των εξής ερωτήσεων:

Συμπεριφορά ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	18. Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε
	19. Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματά σας είσαστε
	22. Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών στο πρόβλημά σας είσαστε
	29. Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε
	31. Από την προθυμία του ιατρού να ακούσει ότι είχατε να πείτε σχετικά με την υγεία σας είσαστε

Ικανότητα ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	20. Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε
	24. Από την ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ.ά) είσαστε
	30. Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ.ά) είσαστε
Ενημέρωση από ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό	21. Από την ενημέρωσή σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε
	25. Από την ενημέρωσή σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεών σας είσαστε
	27. Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή είσαστε

Στον παρακάτω πίνακα (5.31), φαίνονται τα περιγραφικά μέτρα των τριών καινούργιων κατηγοριών. Από το ενδοτεταρτομοριακό εύρος φαίνεται ότι τουλάχιστον το 75% των απαντήσεων και στις τρεις κατηγορίες ήταν «ικανοποιημένος - πολύ ικανοποιημένος».

Πίνακας 5.31. Περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς των μέσων όρων των βαθμολογιών κάθε ειδικής κατηγορίας ικανοποίησης

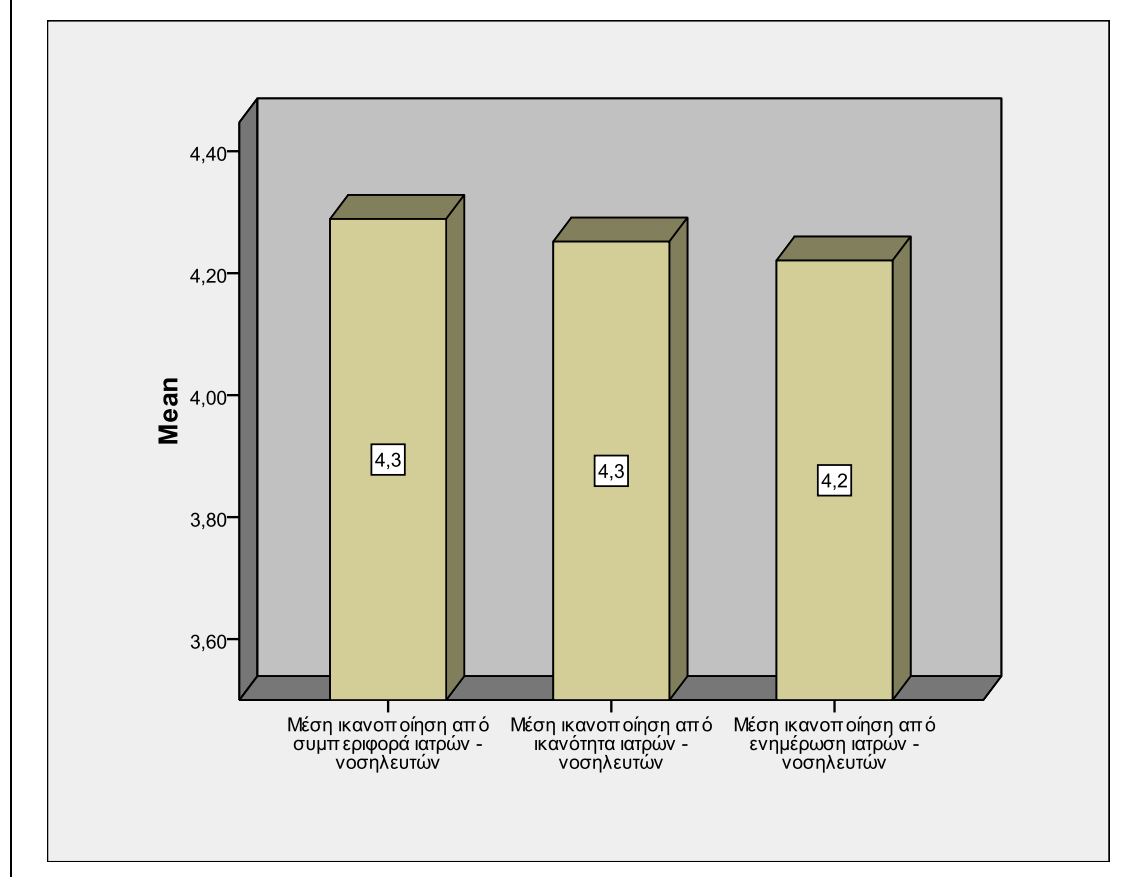
Κατηγορίες ικανοποίησης	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ενδοτεταρτομοριακό εύρος Q1-Q3
Συμπεριφορά ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	390	1	5	4,28	0,67	4,2	4-5
Ικανότητα ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού	391	1	5	4,25	0,72	4,3	4-5
Ενημέρωση από ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό	386	1	5	4,21	0,73	4	4-5

Στον παρακάτω πίνακα (5.32) φαίνονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης των ειδικών κατηγοριών με τη συνολική ικανοποίηση. Παρατηρείται ότι όλες οι συσχετίσεις είναι θετικές, δηλαδή όταν αυξάνεται η ικανοποίηση σε κάποια από τις 3 κατηγορίες, αυξάνεται και η συνολική ικανοποίηση. Συγκεκριμένα, από την τιμή του συντελεστή συσχέτισης  $r$  φαίνεται ότι η συμπεριφορά και η ικανότητα του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού έχει ισχυρή συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση (αφού  $0,7 \leq r < 0,8$ ), ενώ η ενημέρωση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό έχει μέση συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση (αφού  $0,5 \leq r < 0,7$ ). Όλες οι συσχετίσεις είναι ισχυρά στατιστικά σημαντικές ( $p < 0,001$ ).

Πίνακας 5.32. Συντελεστής συσχέτισης Spearman συνολικής ικανοποίησης και ειδικών κατηγοριών

	Συμπεριφορά ιατρικού- νοσηλευτικού προσωπικού	Ικανότητα ιατρικού- νοσηλευτικού προσωπικού	Ενημέρωση από ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό
Συνολική ικανοποίηση	0,711 p<0,001 387	0,725 p<0,001 389	0,689 p<0,001 384
Συμπεριφορά ιατρικού- νοσηλευτικού προσωπικού		0,883 p<0,001 385	0,864 p<0,001 379
Ικανότητα ιατρικού- νοσηλευτικού προσωπικού			0,844 p<0,001 382

Διάγραμμα 5.29. Ραβδόγραμμα μέσης τιμής των αθροισμάτων των μέσων βαθμολογιών κάθε ειδικής κατηγορίας ικανοποίησης



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6<sup>ο</sup>

### ΣΥΖΗΤΗΣΗ

#### 6.1. Συζήτηση – Συμπεράσματα της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης που διεξήχθη στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του ΓΠΝ Τρίπολης ήταν η αποτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες που παρέχει το ΤΕΠ του συγκεκριμένου νοσοκομείου της ελληνικής περιφέρειας. Για τον σκοπό αυτό κατασκευάστηκε και ελέγχθηκε ως προς την αξιοπιστία και τη δομική του εγκυρότητα ένα ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών, που περιλαμβάνει τις διαστάσεις της φροντίδας που απασχολούν τον σύγχρονο ασθενή.

Με αυτό το ερευνητικό εργαλείο, οι ερευνητικές ερωτήσεις που τέθηκαν στην αρχή της μελέτης αυτής κατορθώθηκαν τελικά να απαντηθούν ικανοποιητικά, τόσο με την εφαρμογή των αρχών της Περιγραφικής Στατιστικής, με την οποία διερευνήθηκαν οι επιμέρους πτυχές της φροντίδας και οι διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα καθ' όλη τη διάρκεια της παραμονής ενός ασθενούς στο ΤΕΠ και επισημάνθηκαν τα στοιχεία εκείνα για τα οποία παρατηρείται μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών, όσο και με τη στατιστική ανάλυση, με την οποία πραγματοποιήθηκαν οι απαραίτητες στατιστικές συσχετίσεις. Η ανάλυση κυρίων συνιστωσών ανέδειξε τέσσερις αθροιστικές κλίμακες, την Κ1 «Ικανοποίηση από Υποδοχή – Νοσηλευτική Φροντίδα», την Κ2 «Ικανοποίηση από γραμματειακή υποστήριξη, εξοπλισμό - υποδομή κτιρίου», την Κ3 «Ικανοποίηση από ιατρική φροντίδα» και την Κ4 «Ικανοποίηση από αναμονή», με ικανοποιητικούς συντελεστές εσωτερικής συνοχής Cronbach.

Από την παρούσα έρευνα προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ασθενών που επισκέφθηκαν το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης για κάποιο πρόβλημα υγείας τους και συμμετείχαν στην έρευνα ήταν Έλληνες πολίτες, έγγαμοι, με μορφωτικό επίπεδο μέσης εκπαίδευσης και ασφαλιστική κάλυψη κυρίως ΙΚΑ ή ΟΓΑ. Επίσης, η δημοφιλέστερη κατηγορία ηλικίας, στο δείγμα, ήταν η «>=65 ετών» με δεύτερη την «35-44 ετών», ενώ οι περισσότεροι από τους συμμετέχοντες επισκέφθηκαν και έλαβαν τις υπηρεσίες του παθολογικού – καρδιολογικού ιατρείου επειγόντων περιστατικών.

Επιπρόσθετα, με βάση τα ευρήματα της μελέτης αυτής, οι ασθενείς που έκαναν χρήση των υπηρεσιών του ΤΕΠ εμφανίζονται σε υψηλό βαθμό ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν καθώς και από τη συνολική εμπειρία τους. Στο ίδιο συμπέρασμα οδηγεί και το γεγονός ότι οι ερωτηθέντες, στη συντριπτική τους πλειοψηφία, απάντησαν θετικά στην ερώτηση σχετικά με το εάν θα συνέστηναν το συγκεκριμένο ΤΕΠ σε κάποιο φιλικό ή συγγενικό τους πρόσωπο με επείγον πρόβλημα υγείας.

Συγκρίνοντας, στο δείγμα της μελέτης, τη μέση τιμή ικανοποίησης για καθένα από τα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών, προκύπτει ότι κάποιες μεταβλητές έχουν μεγαλύτερη επίδραση ως προς την ικανοποίηση των ασθενών σε σύγκριση με κάποιες άλλες. Πιο συγκεκριμένα, φαίνεται ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας του ΤΕΠ ικανοποιούνται περισσότερο από την υποδοχή και το κλινικό έργο σε σχέση με την υποδομή - εξοπλισμό και το διοικητικό έργο. Αξίζει, μάλιστα, να σημειωθεί ότι αξιολόγησαν με την υψηλότερη βαθμολογία τη συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής και με τη χαμηλότερη την ευκολία εύρεσης θέσης για στάθμευση. Η διαπίστωση αυτή συμφωνεί και με τα ευρήματα προγενέστερων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν στον ελληνικό χώρο, όπως αυτή που μελέτησε την ικανοποίηση 4.209 ασθενών που νοσηλεύτηκαν σε 118 νοσοκομεία του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Gnardellis C., Niakas D., 2005), καθώς και αυτή που πραγματοποίησαν οι Niakas, Gnardellis, και Theodorou σε τρία δημόσια νοσηλευτικά ιδρύματα - δύο στην Αθήνα και ένα περιφερειακό νοσηλευτικό ίδρυμα (Niakas D., Gnardellis C. et. al., 2004), από τις οποίες προέκυψε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρικές και τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που τους παρασχέθηκαν και χαμηλότερο (αν και πάλι υψηλό) από το διοικητικό προσωπικό και τις εγκαταστάσεις.

Ειδικότερα, όσον αφορά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες, παρά το γεγονός ότι οι συμμετέχοντες δήλωσαν ικανοποιημένοι έως πολύ ικανοποιημένοι, αξιολόγησαν με υψηλότερο βαθμό τη συμπεριφορά των ιατρών - νοσηλευτών και την επιστημονική και επαγγελματική τους δεξιότητα και ικανότητα σε σχέση με την ενημέρωση που τους παρείχαν αναφορικά με τα αποτελέσματα των εργαστηριακών εξετάσεων και τη θεραπεία που θα έπρεπε να ακολουθήσουν. Παράλληλα, συγκρίνοντας τους συντελεστές συσχέτισης της συνολικής ικανοποίησης με κάθε μια από τις παραμέτρους συμπεριφορά - ικανότητα - ενημέρωση προσωπικού διαπιστώθηκε ότι οι προσωπικοί τρόποι - συμπεριφορές του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους ασθενείς, καθώς και η επιστημονική



και επαγγελματική του κατάρτιση και ικανότητα παρουσιάζουν ισχυρή θετική συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών και, επομένως, έχουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση και τον προσδιορισμό του επιπέδου ικανοποίησής τους. Επιπλέον, από τη σύγκριση αυτή ανάμεσα στις παραπάνω παραμέτρους, προέκυψε ότι η ικανότητα του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού έχει τη μεγαλύτερη συσχέτιση με τη συνολική ικανοποίηση. Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με τις διαπροσωπικές σχέσεις και συμπεριφορές που αναπτύσσονται με τους γιατρούς και τους νοσηλευτές εξήχθησαν από έρευνα που υλοποίησαν οι Di Paula, Long, και Wiener, σε μονάδες έκτακτης ανάγκης του Αμερικανικού υγειονομικού συστήματος (Di Paula A., Long R. et. al., 2002), και από άλλες μελέτες σε εξωτερικούς ασθενείς (Vivanti A., Ash S. et. al., 2007, Kleeberg U.R., Tews J.T. et. al., 2005), από τις οποίες προέκυψε ότι η γενική ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται όσο αυξάνεται η ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεών τους με το προσωπικό.

Ταυτόχρονα, από τη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με τις τέσσερις αθροιστικές κλίμακες καθώς και με τη συνολική ικανοποίηση που εξέφρασαν οι ερωτώμενοι προέκυψαν ορισμένες στατιστικά σημαντικές σχέσεις μεταξύ αυτών, οι οποίες αξίζει να επισημανθούν. Πιο συγκεκριμένα, από τη συσχέτιση των δημογραφικών στοιχείων με την ερώτηση που αφορά στην ικανοποίηση από τη συνολική εμπειρία των ασθενών στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης παρατηρήθηκε ότι, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι διαζευγμένοι έμειναν λιγότερο ικανοποιημένοι από τους έγγαμους, τους άγαμους και τους χήρους. Διαφορετικό αποτέλεσμα είχε βρεθεί σε έρευνα που είχε πραγματοποιηθεί στο παρελθόν, στην οποία οι διαζευγμένοι και οι χήροι είχαν εκφράσει μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους έγγαμους και τους άγαμους (Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ., 2004). Επιπλέον, όπως διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα, οι διαζευγμένοι συγκέντρωσαν χαμηλότερη βαθμολογία στην κλίμακα K4, που αφορά στην ικανοποίηση από τις συνθήκες τις αίθουσας αναμονής, σε σύγκριση με τους παντρεμένους, τους ανύπαντρους και τους χήρους.

Στην παρούσα έρευνα, η συνολική ικανοποίηση φαίνεται, επίσης, να συσχετίζεται και με τον τόπο μόνιμης κατοικίας των ασθενών καθώς, όπως διαπιστώθηκε, η μέση τιμή ικανοποίησης των κατοίκων της επαρχίας από τη συνολική εμπειρία τους στο ΤΕΠ ήταν μεγαλύτερη από την αντίστοιχη μέση τιμή των κατοίκων της πόλης, αποτέλεσμα που έχει βρεθεί και σε ανάλογες ελληνικές μελέτες (Νιάκας Δ., Γναρδέλλης Χ., 2000, Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ.,

2004). Επειδή, όμως, η σχέση αυτή είναι οριακά στατιστικά σημαντική, γι' αυτό θα έπρεπε ίσως να διερευνηθεί ακόμη περισσότερο σε μια μελλοντική μελέτη. Παράλληλα, παρατηρήθηκε σημαντική στατιστική συσχέτιση του τόπου κατοικίας με την ικανοποίηση από τις συνθήκες της αίθουσας αναμονής, με τους κατοίκους των αστικών κέντρων να αξιολογούν την κλίμακα αυτή με χαμηλότερη βαθμολογία από τους κατοίκους της επαρχίας.

Από την περαιτέρω στατιστική ανάλυση των στοιχείων της έρευνας, δεν προέκυψε καμμία στατιστικά σημαντική σχέση μεταξύ του επιπέδου συνολικής ικανοποίησης, αλλά και των τεσσάρων αθροιστικών κλιμάκων, με το φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα, την εκπαίδευση και το ασφαλιστικό ταμείο.

Ωστόσο, ειδικά όσον αφορά στον ηλικιακό παράγοντα, διαπιστώθηκε ότι διαφοροποιεί τις απαντήσεις των ασθενών στην ερώτηση που αναφέρεται στην πρόθεση σύστασης του συγκεκριμένου ΤΕΠ σε κάποιο φιλικό ή συγγενικό πρόσωπο. Σύμφωνα μάλιστα με τα αποτελέσματα, το ποσοστό των αρνητικών απαντήσεων ήταν μεγαλύτερο στις ηλικιακές κατηγορίες «35 - 44 ετών» και «18 - 24 ετών». Αντίστοιχες έρευνες, που υλοποιήθηκαν στον ελληνικό και τον διεθνή χώρο, έδειξαν ότι τα νεαρά άτομα ήταν η λιγότερο ικανοποιημένη ομάδα (Gnardellis C., Niakas D., 2005, Rahmqvist M., Bara A.C., 2010), ενώ άλλες έχουν οδηγηθεί στο συμπέρασμα ότι η ηλικία των ασθενών δεν επηρεάζει την ικανοποίησή τους (Αλετράς Β., Μπασιούρη Φ. και συν., 2009, Ραφτόπουλος Β., 2002).

Επιπλέον, η μη ύπαρξη στατιστικά σημαντικής συσχέτισης του εκπαιδευτικού επιπέδου των ερωτηθέντων με τη συνολική ικανοποίησή τους, που διαπιστώθηκε στην παρούσα έρευνα, θα πρέπει να μελετηθεί περισσότερο στο μέλλον, σε μια άλλη έρευνα, καθώς σε αντίθεση με αυτή την άποψη άλλες μελέτες έχουν δείξει ότι ασθενείς με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο εκφράζουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης συγκριτικά με ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, ίσως λόγω των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων (Gnardellis C., Niakas D., 2005, Barr J., Banks S., 2002, Καμπάντα Μ., Νιάκας Δ., 2004).

Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός πως οι ασθενείς που απάντησαν ότι επισκέφθηκαν το ΤΕΠ για προληπτικό έλεγχο εξέφρασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση τόσο από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν και τη συνολική εμπειρία από την επίσκεψή τους, όσο και

από τη γραμματειακή υποστήριξη και την υποδομή, συγκρινόμενοι με αυτούς που δήλωσαν ότι το επισκέφθηκαν για κάποιο έκτακτο πρόβλημα υγείας ή για επανέλεγχο κάποιου προβλήματός τους. Αυτή η στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση των απαντήσεών τους, μπορεί να οφείλεται στην άσχημη, συνήθως, ψυχολογική και σωματική κατάσταση των ασθενών που αντιμετωπίζουν οξύ πρόβλημα υγείας και που απαιτούν άμεση και αποτελεσματική λύση του προβλήματός τους. Όπως άλλωστε έχει επισημανθεί σε μελέτες που έχουν γίνει στο παρελθόν, η κακή κατάσταση της υγείας των ερωτηθέντων φαίνεται να συνδέεται με χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα (Rahmqvist M., Bara A.C., 2010, Barr J., Banks S., 2002).

Επιπρόσθετα, στο σημείο αυτό θα πρέπει να αναφερθεί ότι οι ασθενείς του γυναικολογικού ιατρείου φαίνεται να έμειναν περισσότερο ικανοποιημένοι από την υποδοχή και τη νοσηλευτική φροντίδα σε σύγκριση με τους ασθενείς του δείγματος που επισκέφθηκαν το χειρουργικό και το παθολογικό ιατρείο. Ειδικότερα όσον αφορά στους ασθενείς του χειρουργικού ιατρείου, αυτοί, επιπλέον, εξέφρασαν χαμηλότερη ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα και από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρασχέθηκαν, συγκριτικά με τους ασθενείς του γυναικολογικού ιατρείου. Τα αποτελέσματα, όμως, αυτά χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης σε μία άλλη μελέτη, καθώς οι παραπάνω συγκρίσεις μεταξύ του γυναικολογικού και των άλλων ιατρείων παρουσιάζουν το πρόβλημα των λίγων τιμών που προέκυψαν από τη συμπλήρωση μικρού αριθμού ερωτηματολογίων από το ιατρείο αυτό, αλλά και το πρόβλημα ότι το δείγμα του ιατρείου αυτού είναι μόνο γυναίκες.

Όπως γίνεται φανερό από τη μέση τιμή της ικανοποίησης που εξέφρασαν οι ασθενείς αναφορικά με τον χρόνο αναμονής τους μέχρι την εξέτασή τους σε κάποιο από τα ιατρεία επειγόντων περιστατικών, η οποία ήταν χαμηλότερη από τις αντίστοιχες τιμές των περισσότερων ερωτήσεων, εκτιμάται ότι θα ήταν χρήσιμο να βελτιωθεί ο χρόνος αναμονής, καθώς, σύμφωνα με το δείγμα, αποτελεί σημαντικό πρόβλημα στην ομαλή λειτουργία του ΤΕΠ. Παρόμοιο αποτέλεσμα προέκυψε και από έρευνα που διεξήχθη στη Σουηδία, σε εξωτερικούς ασθενείς, κατά την οποία διαπιστώθηκε ότι οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής των ασθενών μέχρι να εξεταστούν μειώνουν τη γενική ικανοποίησή τους, ιδιαίτερα όταν δεν υπάρχει καμμία πληροφόρηση από το προσωπικό σχετικά με τους λόγους της καθυστέρησης (Rahmqvist M., Bara A.C., 2010).

Παράλληλα, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας και τις απαντήσεις των ασθενών στην τελευταία ανοικτού τύπου ερώτηση, άλλα σημεία για τα οποία οι συμμετέχοντες στην έρευνα εξέφρασαν παράπονα ή χαμηλότερη ικανοποίηση αφορούσαν στον τομέα της γενικής εξυπηρέτησης και της εξυπηρέτησης από τη γραμματεία, στη συνεργασία με άλλα τμήματα και άλλες ειδικότητες για την επίλυση των προβλημάτων υγείας τους, στο εσωτερικό περιβάλλον και τον εξοπλισμό, στην επάνδρωση του Τμήματος και την απουσία επιμελητών ιατρών στο ΤΕΠ και, τέλος, στη συνεργασία με τα ασφαλιστικά ταμεία και το κόστος των εργαστηριακών εξετάσεων.

Συνοψίζοντας, από την παρούσα μελέτη, εκτιμάται ότι η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών του ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης είναι υψηλή, χωρίς βέβαια αυτό να σημαίνει ότι δεν υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης. Τα ευρήματα που προέκυψαν μπορούν να αποτελέσουν ένα χρήσιμο υλικό για τα υγειονομικά στελέχη και σε συνδυασμό με την ενσωμάτωση στο σύστημα διοίκησης της συμμετοχής των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, μπορούν να συμβάλλουν στον καλύτερο προγραμματισμό, την οργάνωση και τον έλεγχο της λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών.

## **6.2. Περιορισμοί της έρευνας**

Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να γίνει αναφορά στους περιορισμούς και τις δυσκολίες που προέκυψαν κατά τη διάρκεια της έρευνας, ώστε να γίνουν ευκολότερα κατανοητά τα αποτελέσματα και να δοθούν χρήσιμες πληροφορίες για τον σχεδιασμό και τη διεξαγωγή παρόμοιων εμπειρικών ερευνών στο μέλλον.

Πρωτίστως, πρέπει να αναφερθεί ότι η φάση συλλογής των ερωτηματολογίων ήταν αρκετά πιο επίπονη απ' όσο αρχικά είχε προβλεφθεί, καθώς ορισμένοι ασθενείς ή ακόμα και συνοδοί αυτών δεν είχαν την ψυχική διάθεση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, δεδομένης της ψυχολογικής πίεσης που είχαν, λόγω της κατάστασης της υγείας τους και του ξαφνικού και απροσδόκητου χαρακτήρα του προβλήματός τους. Επιπλέον, ήταν εξαιρετικά μεγάλος ο αριθμός των ασθενών εκείνων που, λόγω της βαρύτητας της κατάστασής τους ή της

αδυναμίας στην επικοινωνία μαζί τους, δεν μπορούσαν να συμπεριληφθούν στο δείγμα (π.χ. ασθενείς σε κωματώδη κατάσταση, ασθενείς με κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις ή σοβαρά καρδιολογικά προβλήματα που έπρεπε να μεταφερθούν εσπευσμένα στην αντίστοιχη κλινική ή στη ΜΕΘ, ψυχιατρικοί ασθενείς κ.ά.).

Επιπρόσθετα, υπήρξαν ιδιαίτερες δυσκολίες και στη συλλογή ερωτηματολογίων από το Μαιευτικό / Γυναικολογικό ιατρείο, καθώς η ιδιομορφία των εκτάκτων περιστατικών που προσέρχονται στο ιατρείο αυτό (στο μεγαλύτερο ποσοστό τους πρόκειται για επίτοκες που χρήζουν άμεσης εισαγωγής στη Μαιευτική κλινική ή στην Αίθουσα Τοκετών) και ο μικρός, συνολικά, αριθμός των γυναικών που το επισκέπτονται για κάποιο επείγον πρόβλημά τους – η πλειονότητα, μάλιστα, των οποίων είναι αλλοδαπές που δεν μιλούν την Ελληνική γλώσσα – στάθηκαν εμπόδιο στη συμμετοχή μεγάλου αριθμού γυναικολογικών / μαιευτικών περιστατικών στην έρευνα.

Στα προβλήματα θα πρέπει, επίσης, να συμπεριληφθούν τα στενά χρονικά περιθώρια καθώς και η δυσπιστία που έδειξε αρχικά το προσωπικό, το οποίο μη κατανοώντας τον πραγματικό στόχο της έρευνας, δίσταζε να συνεργαστεί και ήταν επικριτικό. Παρόμοιες δυσκολίες υπήρξαν και εξαιτίας της δυσπιστίας των ασθενών και της απαισιόδοξης και μοιρολατρικής στάσης ορισμένων, που ισχυρίζονταν ότι «τίποτα δε θ' αλλάξει» και ότι καμμία έρευνα δεν πρόκειται να βοηθήσει στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Θα πρέπει, βέβαια, να γίνει αναφορά και σε εκείνους τους ασθενείς που αντιμετώπισαν θετικά όλη αυτή την προσπάθεια και εξέφρασαν την ικανοποίησή τους για το ότι τους ζητήθηκε να αξιολογήσουν τις υπηρεσίες που δέχτηκαν από το Τμήμα Επειγόντων.

Ταυτόχρονα, θα πρέπει να επισημανθεί και ο μεγάλος αριθμός των ερωτηματολογίων στα οποία δεν είχαν απαντηθεί μία ή περισσότερες ερωτήσεις. Οι ελλείπουσες αυτές τιμές (missing values) τελικά δε δημιούργησαν πρόβλημα στην ανάλυση των αποτελεσμάτων, όπως αρχικά αναμενόταν, λόγω του μεγάλου αριθμού ερωτηματολογίων και κατ' επέκταση του μεγάλου όγκου δεδομένων που συλλέχθηκαν.

Παρά τον προσεκτικό σχεδιασμό της μελέτης, η μεροληψία στις απαντήσεις των ασθενών σχετικά με την ικανοποίησή τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες είναι, ως έναν βαθμό,

αναπόφευκτη, όπως αναφέρουν και ορισμένοι μελετητές (Λαζάρου Π., 2005, Sitzia and Wood, 1997). Πιθανόν, μερικοί από τους ασθενείς να μη θέλησαν να ασκήσουν κριτική στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που τους παρείχε υπηρεσίες φροντίδας, ιδιαίτερα αν είχαν αναπτύξει μαζί τους προσωπική επαφή, ή να θέλησαν να κάνουν θετικά σχόλια αποβλέποντας στην εύνοια του προσωπικού ή λόγω αδυναμίας τους να κατανοήσουν και να αξιολογήσουν το ιατρικό έργο. Επίσης, παρά τη διαβεβαίωση ότι διαφυλάσσεται η ανωνυμία του ερωτηματολογίου και η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών, αρκετοί είναι, αναμφίβολα, οι ασθενείς που δίστασαν να εκφραστούν αρνητικά εξαιτίας του φόβου της δυσμενούς μεταχείρισής τους στο μέλλον και της σχέσης εξάρτησης που υπάρχει μεταξύ ασθενούς – παρόχου υπηρεσιών. Οι παραπάνω παράγοντες ευθύνονται, ίσως, σε κάποιο βαθμό, για τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης που προέκυψαν, που πιθανόν να μην αντικατοπτρίζουν πλήρως την πραγματική εικόνα της ποιότητας των υπηρεσιών, και λήφθηκαν υπόψη κατά την ερμηνεία και τη συζήτηση των αποτελεσμάτων.

### **6.3. Προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Με την παρούσα έρευνα επιχειρήθηκε μια πρώτη προσπάθεια εκτίμησης της ικανοποίησης των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών που παρέχει ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, και συγκεκριμένα το ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης. Όπως αναπτύχθηκε στο θεωρητικό μέρος της εργασίας, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί δείκτη που συνδέεται άμεσα με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, γι' αυτό και τα συμπεράσματα που εξάγονται από τη μελέτη αυτή αποτελούν ενδιαφέρον και πολύτιμο υλικό, το οποίο θα μπορούσε να αξιοποιηθεί από τα στελέχη του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης προκειμένου να επανασχεδιάσουν βέλτιστες πρακτικές και να προβούν σε διορθωτικές αλλαγές. Η επανάληψη του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκε στη συγκεκριμένη έρευνα, στο μέλλον, σε ασθενείς του ΤΕΠ του ίδιου νοσοκομείου θα συμβάλλει σημαντικά στην αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των βελτιώσεων και των αλλαγών που πραγματοποιήθηκαν.

Επιπλέον, μια μελλοντική έρευνα που θα αφορά στην ικανοποίηση του ίδιου του προσωπικού που δραστηριοποιείται και παρέχει τις υπηρεσίες του στο χώρο του ΤΕΠ θα είχε ιδιαίτερο

ενδιαφέρον, ειδικά αν αποσκοπούσε στη διερεύνηση της συσχέτισης της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας από την εργασία τους με την απόδοση του κλινικού τους έργου καθώς, επίσης, και με την ικανοποίηση των ατόμων που γίνονται αποδέκτες των υπηρεσιών αυτών.

Ταυτόχρονα, η υλοποίηση μιας μελέτης που θα εξετάζει την υπερφόρτωση της λειτουργίας του ΤΕΠ με περιστατικά τα οποία θα μπορούσαν να αντιμετωπιστούν από ένα καλά οργανωμένο δίκτυο ΠΦΥ, ως αποτέλεσμα της ανεπάρκειας αυτής, και τις επιπτώσεις που έχει το φαινόμενο αυτό στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στους ασθενείς του ΤΕΠ, θα ήταν ιδιαίτερα σημαντική και ενδιαφέρουσα.

#### **6.4. Προτάσεις για βελτίωση της λειτουργίας του Τμήματος Επειγόντων**

Με την υλοποίηση της μελέτης αυτής επιτεύχθηκε ο προσδιορισμός των αναγκών των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση στο ΤΕΠ του ΓΠΝ Τρίπολης και ταυτόχρονα αναδείχθηκαν οι ελλείψεις και τα προβλήματα που δυσχεραίνουν την ομαλή λειτουργία του ΤΕΠ και μειώνουν την ικανοποίηση των ασθενών. Σ' αυτά τα προβλήματα η Διοίκηση του Νοσοκομείου πρέπει να επικεντρωθεί για την επιτακτική επίλυσή τους. Όπως προκύπτει από την ανάλυση των δεδομένων και από την τελευταία ανοικτού τύπου ερώτηση του ερωτηματολογίου, στην οποία οι ασθενείς διατυπώνουν ελεύθερα σχόλια και παρατηρήσεις, τα κυριότερα προβλήματα είναι ο μεγάλος χρόνος αναμονής μέχρι την εξέταση, ο μεγάλος χρόνος αναμονής των αποτελεσμάτων των εργαστηριακών εξετάσεων, η έλλειψη προσωπικού, η εξυπηρέτηση από τη γραμματεία, η έλλειψη χώρου στάθμευσης, το εσωτερικό περιβάλλον και ο υλικοτεχνολογικός εξοπλισμός.

Στη συνέχεια ακολουθεί η αναφορά σε συγκεκριμένες προτάσεις που θα συμβάλλουν στην επίλυση των παραπάνω προβλημάτων και στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής των ασθενών οφείλονται σε μια πληθώρα αιτιών, στις οποίες θα πρέπει να εστιάσουν οι προτεινόμενες διορθωτικές αλλαγές. Οι κυριότερες από αυτές είναι:

- Η κάλυψη των εξεταστικών κλινών του ΤΕΠ με ασθενείς που έχουν ήδη εξετασθεί, αλλά χρήζουν βραχύχρονης νοσηλείας ή εισαγωγής στο Νοσοκομείο και αναμένουν προς εύρεση διαθέσιμου κρεβατιού. Η λειτουργία του Τμήματος Βραχείας Νοσηλείας, το οποίο θα περιθάλπει τα περιστατικά αυτά, για όσο χρόνο απαιτείται, θα συμβάλλει στη μείωση του φόρτου εργασίας του ήδη βεβαρυμένου έργου του ιατρο - νοσηλευτικού προσωπικού του ΤΕΠ και στην απελευθέρωση εξεταστικών κλινών, με αποτέλεσμα την ταχύτερη προώθηση των ασθενών που αναμένουν για εξέταση.
- Η εξέταση και η αντιμετώπιση των περιστατικών που προσέρχονται στο ΤΕΠ από ειδικευόμενους ιατρούς, κυρίως, και όχι από ειδικευμένους. Η παρουσία στο ΤΕΠ, καθ' όλη τη διάρκεια του 24ώρου, ειδικευμένων ιατρών, διαφόρων ειδικοτήτων, με βαθιά γνώση και εμπειρία στην επείγουσα φροντίδα, θα συντελέσει στη γρηγορότερη διεκπεραίωση των περιστατικών και κατ' επέκταση στην αποσυμφόρηση του ΤΕΠ, θα μειώσει τον αριθμό των παραγγελθέντων παρακλινικών εξετάσεων και το αυξημένο λειτουργικό κόστος του Τμήματος, που προέρχεται από επανάληψη εξετάσεων και άσκοπες νοσηλευτικές και ιατρικές πράξεις και, παράλληλα, θα βελτιώσει την εικόνα του ΤΕΠ και θα εξασφαλίσει την εμπιστοσύνη των ασθενών.
- Η ανεπάρκεια ιατρικού, νοσηλευτικού, παραϊατρικού και διοικητικού προσωπικού. Για την αντιμετώπιση του προβλήματος αυτού, προτείνεται η άμεση αντικατάσταση με επικουρικό προσωπικό των εργαζομένων που συνταξιοδοτούνται, αλλά και αυτών που βρίσκονται σε μακροχρόνια αναρρωτική άδεια. Επιπρόσθετα, κρίνεται σκόπιμη η αναπλήρωση των θέσεων αυτών με μόνιμο έμπειρο προσωπικό σε σύντομο χρονικό διάστημα. Η επαρκής στελέχωση του ΤΕΠ με προσωπικό θα συμβάλλει στην εξυπηρέτηση μεγαλύτερου αριθμού περιστατικών σε μικρότερο χρόνο, κι επομένως στη μείωση του χρόνου αναμονής και τη βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών.

Ταυτόχρονα, τροχοπέδη για την άμεση εξυπηρέτηση των ασθενών αλλά και τη γενικότερη ομαλή λειτουργία του ΤΕΠ αποτελεί η υπερφόρτωση του Τμήματος με έναν μεγάλο όγκο περιστατικών που καταφεύγουν σ' αυτό λόγω αδυναμίας αντιμετώπισης τους από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας που παρέχουν τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία του Νομού, τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου, τα πολυϊατρεία του ΙΚΑ και οι ιδιώτες ιατροί. Ιδιαίτερο χαρακτηριστικό του ΕΣΥ αποτελεί ο νοσοκομειοκεντρικός προσανατολισμός του και η περιθωριοποίηση της ΠΦΥ, με το μεγαλύτερο μέρος της



χρηματοδότησης να διατίθεται για τους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων, παρά τις αντίθετες εξαγγελίες των πολιτικών περί αποκεντρωμένου συστήματος υγείας. Η ανάπτυξη ενός οργανωμένου και αποτελεσματικού συστήματος ΠΦΥ, το οποίο θα αντιμετωπίζει τα επείγοντα περιστατικά όλο το 24ωρο και θα παραπέμπει στο ΤΕΠ μόνο εκείνα τα περιστατικά που χρήζουν περαιτέρω διερεύνησης και νοσοκομειακής περίθαλψης, καθώς και η αναβάθμιση του θεσμού του οικογενειακού ιατρού, κρίνονται πλέον αναγκαίες ώστε να αποσυμφορηθεί το Τμήμα Επειγόντων, αλλά και ολόκληρο το Νοσοκομείο, και να λειτουργήσει αποτελεσματικά, σύμφωνα με την πραγματική του αποστολή. Συνιστάται, επίσης, η διασύνδεση του ΤΕΠ με τα Κέντρα Υγείας και τις άλλες μονάδες υγείας της περιφέρειας του, με τη βοήθεια των νέων τεχνολογιών (τηλεπικοινωνίες, τηλεϊατρική, διαδίκτυο), προκειμένου να κατευθύνει και να συμβουλεύει τους αρμόδιους ως προς τη διάγνωση και την αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών.

Παράλληλα, προτείνεται η οργάνωση προγραμμάτων ενημέρωσης του κοινού σχετικά με τους στόχους και τον τρόπο λειτουργίας του ΤΕΠ, ώστε να αλλάξει και η κουλτούρα του ασθενή, ο οποίος όπως δείχνουν οι έρευνες προτιμά να απευθυνθεί στο ΤΕΠ του νοσοκομείου ακόμη και για την επίλυση απλών χρόνιων προβλημάτων, είτε γιατί έτσι νιώθει περισσότερη ασφάλεια είτε γιατί προσπαθεί να παρακάμψει τις υπερβολικές λίστες αναμονής και να εξυπηρετηθεί γρηγορότερα (Μαλλιαρού Μ., Σαράφης Π., 2009).

Μία ακόμα παρέμβαση, η οποία θα συμβάλλει καθοριστικά στην αναβάθμιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, είναι η επιμόρφωση του ιατρονοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού του ΤΕΠ και η προώθηση της συνεχιζόμενης εκπαίδευσής του, με τη διοργάνωση ημερίδων και σεμιναρίων για τη συνεχή ενημέρωσή του σε θέματα της ειδικότητάς του, σε θέματα υποδοχής ασθενών και Επειγόντων περιστατικών, σε θέματα επείγουσας φροντίδας υγείας (Βασική υποστήριξη της ζωής - BLS και Προχωρημένη υποστήριξη της ζωής - ALS) καθώς επίσης και σε θέματα συμπεριφοράς και επικοινωνίας. Το προσωπικό θα πρέπει να διευκολύνεται με εκπαιδευτικές άδειες για την παρακολούθηση των προγραμμάτων αυτών, που στόχο έχουν τη διατήρηση και τη βελτίωση των επαγγελματικών γνώσεων και δεξιοτήτων του, την παροχή της καλύτερης δυνατής φροντίδας στους ασθενείς, τον σωστό διαχωρισμό της κατάστασης των προσερχομένων ασθενών και την ιεράρχηση της αντιμετώπισής τους και, τέλος, την αλλαγή του τρόπου σκέψης του και

την ευαισθητοποίησή του απέναντι στην έννοια της ποιότητας και απέναντι στον ασθενή – χρήστη των υπηρεσιών.

Επιπλέον, επιβάλλεται η αξιοποίηση του εξωτερικού περιβάλλοντα χώρου του ΤΕΠ, προκειμένου να δημιουργηθούν περισσότεροι χώροι στάθμευσης για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών, αφού η πλειοψηφία αυτών, λόγω της κατάστασης της υγείας τους, δεν έχουν ούτε τον χρόνο ούτε το κουράγιο να αναζητούν για πολύ ώρα μία θέση στάθμευσης.

Βέβαια, οι πρόσφατες οικονομικές εξελίξεις και η συρρίκνωση των κοινωνικών εξόδων που αυτές επέφεραν, άρα και των δαπανών υγείας, κάνουν κάθε πρόταση για βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας να φαντάζει αδύνατη στην υλοποίησή της. Δεν είναι λίγες οι φορές που η διασφάλιση της αποτελεσματικής και ομαλής λειτουργίας του ΤΕΠ επαφύεται στον επαγγελματισμό και τον υπερβάλλοντα ζήλο του ανθρώπινου δυναμικού του, οι οποίοι πραγματικά αγωνίζονται καθημερινά για να αποδώσουν στην ανθρώπινη ζωή την αξία που της πρέπει.

## **ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

### **ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Abramowitz, S., Cote, A.A., Berry, E. (1987), Analyzing patient satisfaction: a multianalytic approach, *Quality Review bulletin*, **13**, 122 - 130.

Atkinson, M., Sinha, A., Hass, S., Colman, S. (2004), Validation of a general measure of treatment satisfaction, the treatment satisfaction questionnaire for medication (TSQM), using a national panel study of chronic disease, *Health and Quality of Life Outcomes*, **2**, 12-24.

Barbour, R.S. (1999), The case of combining qualitative and quantitative approaches in health services research, *Journal of Health Services Research and Policy*, **4**, 39 – 43.

Barr, J., Banks, S. (2002), Public Reporting of Hospital Patient Satisfaction: A Review of Survey Methods and Statistical Approaches, prepared for the *Rhode Island Department of Health*, Health Quality Performance Measurement and Reporting Program, by Qualidigm, Middletown, Connecticut.

Brogger, J., Bakke, P., Eide, G.E., Gulsvik, A. (2002), Comparison of telephone and postal survey modes on respiratory symptoms and risk factors, *American Journal of Epidemiology*, **155** (6), 572 - 576.

Carman, J.M. (1990), Consumer perceptions of service quality: An assessment of SERVQUAL dimensions, *Journal of Retailing*, **66** (1), 33 – 55.

Cleary, P.D. (1999), The increasing importance of patients surveys, *Quality in Healthcare*, **8** (4), 212 - 215.

Coulter, A., Cleary, P.D. (2001), Patients' experiences with hospital care in five countries, *Health Affairs*, **20** (3), 244 - 252.

Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. (2002), The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technology Assessment*, **6** (32), 1 – 244.

De Lepeleire, J., Creemers, M., Van Tichelt, K., Van Loon, H. (2003), Patient' s expectations of General Practice, a pilot study, *Archives of Public Health*, **61** (6), 283 – 296.

Defossez, G., Mathoulin-Pelissier, S., Ingrand, I., Gasquet, I., Sifer-Riviere, L., Ingrand, P., Salamon, R. (2007), Satisfaction with care among patients with non-metastatic breast cancer: development and first steps of validation of the REPERES-60 questionnaire, *BioMed Central Cancer Journal*, **7**, 129-140.

Di Paula, A., Long, R., Wiener, D.E. (2002), Are your patients satisfied?, *Marketing Health Services*, **22** (3), 28-32.

Donabedian, A. (1997), The quality of care: How can it be assessed?, *Archives of Pathology and Laboratory Medicine*, **121** (11), 1145 – 1150.

Fitzpatrick, R., Hopkins, A. (1983), Problems in the conceptual framework of patient satisfaction research: an empirical exploration, *Sociology of Health and Illness*, **5** (3), 297 – 311.

Gasquet, I., Villeminot, S., Estaquio, C., Durieux, P., Ravaud, P., Falissard, B. (2004), Construction of a questionnaire measuring outpatients opinion of quality of hospital consultation departments, *Health and Quality of Life Outcomes*, **2** (1), 43.

Gnardellis, C., Niakas, D. (2005), Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System, *International Journal of Healthcare Technology and Management*, **6** (3), 307 - 320.

Hendriks, J.A.A., Oort, J.F., Vrielink, R.M., Smets, A.M.E. (2002), Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire, *International Journal for Quality in Health Care*, **14** (6), 471 – 482.

Hooker, R., Potts, R., Ray, W. (1997), Patient satisfaction: comparing physician assistants, nurse practitioners and physicians, *The Permanente Journal*, **1** (1), 1 - 13.

International Organization for Standardization (1990), *Quality management and quality system elements*, Guidelines for Services, Part 2, Geneva, ISO.

Jackson, J., Chamberlain, J., Kroenke, K. (2001), Predictors of patient satisfaction, *Social Science & Medicine*, **52** (4), 609-620.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (2000), *Lexicon dictionary of health care terms, organizations and acronyms for the era of reform*, Chicago.

Kidd, J., Patel, V., Peile, E., Carter, Y. (2005), Clinical and communication skills, *British Medical Journal*, **330** (7488), 374-375.

Kleeberg, U.R., Tews, J.T., Ruprecht, T., Hoing, M., Kuhlmann, A., Runge, C. (2005), Patient satisfaction and quality of life in cancer outpatient. Results of the PASQOC study, *Supportive care in cancer*, **13** (5), 303 - 310.

Komal Jai Paul, C., Rosenthal, E.G. (2003), Are Older Patients More Satisfied With Hospital Care Than Younger Patients?, *Journal of General Internal Medicine*, **18** (1), 23 – 30.

Korsch, B., Gozzi, E., Francis, V. (1978), Gaps in doctor-patient communication, *Pediatrics*, **42**, 855-871.

Kravitz, R. (2001), The Physician – Patient Relationship. Measuring Patients' Expectations and Requests, *Annals of Internal Medicine*, **134** (9), 881 – 888.

Lo, S., McKechnie, S. (2007), Perceptions of service quality and sacrifice in patients with minor medical conditions using emergency care, *International Journal of Clinical Practice*, **61** (4), 596 - 602.

Lynn, M.R., McMillen, B.J. (2004), The Scale Product Technique as a Means of Enhancing the Measurement of Patient Satisfaction *Canadian Journal of Nursing Research*, **36** (3), 66 - 81.

Maxwell, R.J. (1984), Quality assessment in Health, *British Medical Journal*, **288** (6428), 1470 - 1472.

McKinnon, K., Crofts, P.D., Edwards, R., Campion, P.D., Edwards, R.H. (1998), The outpatient experience: results of a patient feedback survey, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **11** (5), 156 - 160.

Merkouris, A., Papathanasoglou, E., Lemonidou, C. (2003), Evaluation of Patient Satisfaction with Nursing Care: Quantitative or Qualitative Approach?, *International Journal of Nursing Studies*, **41** (4), 355 – 367.

Niakas, D., Gnardellis, C., Theodorou, M. (2004), Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey, *Health Services Management Research*, **17** (1), 62 - 69.

Niakas, D., Mylonakis, J. (2005), Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship?, *International Journal of Healthcare Technology and Management*, **6** (3), 288 – 295.

Otani, K., Kurz, R.S., Barney, S.M. (2004), The impact of nursing care and other health care attributes on hospitalised patient satisfaction and behavioural intentions, *Journal of Health Care Management*, **49** (3), 181 - 197.

- Otani, K., Kurz, R.S., Harris, L.E., Byrne, F.D. (2005), Managing primary care using patient satisfaction measures, *Journal of Health Care Management*, **50** (5), 311 - 325.
- Owens, D. J., Batchelor, C. (1996), Patient satisfaction and the elderly, *Social Science and Medicine*, **42** (11), 1483 - 1491.
- 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. (1988), SERVQUAL: A multiple - item scale for measuring consumer perceptions of service quality, *Journal of Retailing*, **64** (1), 12 - 40.
- Rahmqvist, M. (2001), Patient Satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units, *International Journal for Quality in Health Care*, **13** (5), 385 – 390.
- Rahmqvist, M., Bara, A.C. (2010), Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction, *International Journal for Quality in Health Care*, **22** (2), 86 – 92.
- Rider, E.A, Perrin, M. J. (2002), Performance Profiles: The Influence of Patient Satisfaction Data on Physicians' Practice, *Pediatrics*, **109**, 752 – 757.
- Robledo, M.A. (2001), Measuring and managing service quality: Integrating customer expectations, *Managing Service Quality*, **11** (1), 22–31.
- Rose, A.R.C.H., Uli, J., Abdul, M., NG KL. (2004), Hospital service quality: A managerial challenge, *International Journal of Health Care Quality Assurance*, **17** (3), 146–159.

Saila, T., Mattila, E., Aalto, P., Kaunonen, M. (2008), Measuring patient assessments of the quality of outpatient care: a systematic review, *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, **14** (1), 148 - 154.

Sitzia, J., Wood, N. (1997), Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Social Science and Medicine*, **45** (12), 1829-1843.

Takemura, Y., Liu, J., Atsumi, R., Tsuda, T. (2006), Development of a Questionnaire to Evaluate Patient Satisfaction with Medical Encounters, *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, **210** (4), 373 -381.

Travaline, J., Ruchinskas, R., Gilbert, E. D'Alonzo, (2005), Patient-Physician Communication, Why and How, *Journal of the American Osteopathic Association*, **105** (1), 13 - 17.

Vivanti, A., Ash, S., Hulcombe, J. (2007), Validation of a satisfaction survey for rural and urban outpatient dietetic services, *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, **20** (1), 41 - 49.

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

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ**

Αλετράς, Β., Ζαχαράκη, Φ., Νιάκας, Δ. (2007), Ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων οφθαλμολογικής κλινικής ελληνικού δημόσιου νοσοκομείου, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **24** (1), 89-96.

Αλετράς, Β., Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ., Νιάκας, Δ. (2009), Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **26** (1), 79 – 89.



Γερογιάννης, Ν. (1997), Το τμήμα επειγόντων περιστατικών στο ελληνικό νοσοκομείο. Πώς μπορεί να οργανωθεί σε πρώτη φάση, *Ελληνική Ιατρική*, **63** (3), 244-254.

ΔΕΠΑΝΟΜ (Δημόσια Επιχείρηση Ανέγερσης Νοσοκομειακών Μονάδων) Χασάπη, Α., Σαργέντη και συν. (2002), Προδιαγραφές σχεδιασμού και ιατρικού εξοπλισμού Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), Αθήνα, ΔΕΠΑΝΟΜ Α.

Επιτροπάκης, Π. (2001), *Σχεδιασμός και Οργάνωση Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ)*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Θεοδοσοπούλου, Ε., Ραφτόπουλος, Β. (2002), Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, *Νοσηλευτική*, **41** (1), 65 - 80.

Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ., Πατηράκη, Ε., Σίσκου, Ο. (2006), Ο έλεγχος της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών σε ογκολογικούς ασθενείς, *Ελληνική Ογκολογία*, **42**, 221 - 231.

Καμπάντα, Μ., Νιάκας, Δ. (2004), Ικανοποίηση ασθενών από τις Υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, **21** (4), 354 – 362.

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 Δ. Νιάκας (επιμ.), *Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και τεχνολογία*, Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce S.A.

Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010), Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, *Το Βήμα του Ασκληπιού*, **9** (4), 398 – 408.

Κυριόπουλος, Γ., Μπεαζόγλου, Τ. (2000), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας για την υγεία: Μια απόπειρα για τη συνολική προσέγγιση της υγειονομικής μεταρρύθμισης*, στο Γ. Κυριόπουλος, Ε. Γεωργούση, Τ. Μπεαζόγλου (επιμ.), *Δίκτυα ολοκληρωμένης φροντίδας στην υγεία*, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο.

Κωσταγιόλας, Π., Καϊτελίδου, Δ., Χατζοπούλου, Μ. (2008), *Βελτιώνοντας την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπασωτηρίου.

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

Λαζάρου, Π. (2005), *Αποτίμηση της ποιότητας των νοσοκομειακών υπηρεσιών μέσω της μέτρησης της ικανοποίησης του χρήστη*, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Λάμπρου, Π. (2005), *Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών - Οργάνωση και Λειτουργία*, Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce.

Λαχανά, Ε., Κοτρώτσιου, Ε. (2002), Διαφοροποίηση και διασφάλιση ποιότητας σε προϊόντα και υπηρεσίες υγείας, *Νοσηλευτική*, **3**, 288 - 294.

Μαλλιάρου, Μ., Καραθανάση, Κ., Σαράφης, Π. (2008), Ασφαλής Νοσηλευτική Στελέχωση. Μια συστηματική ανασκόπηση, *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, **1** (1), 40 - 48.

Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Ζυγά, Σ. (2009), Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων, *το Βήμα του Ασκληπιού*, **8** (1), 25 - 40.

Μερκούρης, Α. (1996), *Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*, Διδακτορική διατριβή, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

Μπαλτόπουλος, Γ. (1997), *Εγχειρίδιο Επείγουσας Θεραπευτικής*, Αθήνα, Εκδόσεις Πασχαλίδης.

Μπουντούρης, Θ., Μητρόπουλος, Ι., Μπουντούρη, Μ., Μπουντούρης, Π., Μπουντούρης, Ι. (2003), Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης, *Επιθεώρηση ΥΓΕΙΑΣ*, **14** (83), 20 - 26.

Νιάκας, Δ., Γναρδέλλης, Χ. (2000), Η ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο της Αθήνας, *Ιατρική*, **77** (5), 464 - 470.

Νιάκας, Δ. (2003), *Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία του ΕΣΥ*, στο Δ. Νιάκας (επιμ.), *Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Mediforce Services S.A.

Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008), Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, **25** (1), 73 - 82.

Παπαδόπουλος, Ε. (2004), *Έρευνα ικανοποίησης εξωτερικών ασθενών του Νομαρχιακού Νοσοκομείου Βέροιας*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική εργασία, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Παπαδοπούλου, Μ. (2009), *Συγκριτική αξιολόγηση Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών επαρχιακού νοσοκομείου και νοσοκομείου αστικού κέντρου. Η περίπτωση του Γενικού Παναρκαδικού Νοσοκομείου Τρίπολης «Η Ευαγγελίστρια» και του Γενικού Νοσοκομείου «Παπαγεωργίου» Θεσσαλονίκης*, Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Πελοποννήσου.

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

Παπανικολάου, Β. (2003), *Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση των χρηστών*, στο Γ. Κυριόπουλος, Χ. Λιονής, Κ. Σουλιώτης, Γ. Τσάκος (επιμ.), *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Αθήνα, Εκδόσεις Θεμέλιο.

Παπανικολάου, Β. (2007), *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, Αρχές – Μέθοδοι & Εφαρμογές*, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Παπασάββας, Ε. (2001), Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ), *Επιθεώρηση Υγείας*, **12** (70), 7 - 10.

Παππάς, Ε., Μπουντούρης, Θ., Μητρόπουλος, Ι. (2004), Αναζητώντας την Αποτελεσματική Λειτουργία των Τμημάτων Επειγόντων Περιστατικών, *Επιθεώρηση Υγείας*, **15** (86), 21 - 26.

Παρισσόπουλος, Σ. (2007), Κλινικός έλεγχος ποιότητας. Παραδοχές και διεργασία, *Νοσηλευτική*, **46** (4), 514 - 522.

Πιερράκος, Γ., Τομάρας, Π. (2009), Η Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ Υπηρεσιών Υγείας, *Νοσηλευτική*, **48** (1), 105 - 114.

Ραφτόπουλος, Β. (2002), *Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας*, Διδακτορική Διατριβή, Αθήνα, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Σιγάλας, Ι., Αλεξιάδης, Α. (1999), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας/Νοσοκομείων – Εμπειρίες, τάσεις και προοπτικές*, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Τόμος Δ', Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ.

Τούντας, Γ. (2003), Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας, *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, **20** (5), 532 - 546.

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

Τσελέπη, Χ. (2000), *Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας*, τομ. Α', Πάτρα, Εκδόσεις ΕΑΠ.

Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ., Γούλα, Α. (2010), Μια νέα προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών, *Νοσηλευτική*, **49** (1), 40 - 52.

## **ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΝΟΜΟΘΕΣΙΑ**

Νόμος 2889/2-3-2001 «Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις» (ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001).

Νόμος 1397/83 «Εθνικό Σύστημα Υγείας» (ΦΕΚ 143/Α/7.10.83).

Προεδρικό Διάταγμα Π.Δ. 87/1986 «Ενιαίο Πλαίσιο Οργάνωσης των Νοσοκομείων» (ΦΕΚ 32/Α/1986).

Υπουργική Απόφαση Υ4α/οικ. 117448/ 14-9-2007 «Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Υπουργική Απόφαση 9/9-1-1987 Α3β/οικ. 14154 «Αναμόρφωση Οργανισμού του Παναρκαδικού Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης η Ευαγγελίστρια» (ΦΕΚ 296/Α/1987).

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



## ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

### ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η παρούσα έρευνα έχει ως στόχο να προσδιορίσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ) στο Γενικό Νοσοκομείο Τρίπολης. Οι απαντήσεις σας είναι **εμπιστευτικές και ανώνυμες**. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται αποκλειστικά σε συγκεντρωτική μορφή.

Ημερομηνία Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου:		...../...../2011
ΙΑΤΡΕΙΟ ΠΟΥ ΕΠΙΣΚΕΦΤΗΚΑΤΕ:		..... (παρακαλώ συμπληρώστε)

Α. ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ		
1	Πρόσωπο που συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:	<input type="checkbox"/> Ασθενής <input type="checkbox"/> Συγγενής ή συνοδός ή νοσηλεύτης
2	Φύλο:	<input type="checkbox"/> Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα
3	Ηλικία:	<input type="checkbox"/> ≤17 <input type="checkbox"/> 18-24 <input type="checkbox"/> 25-34 <input type="checkbox"/> 35-44 <input type="checkbox"/> 45-54 <input type="checkbox"/> 55-64 <input type="checkbox"/> ≥65
4	Εκπαίδευση:	<input type="checkbox"/> Δεν έχει γραμματικές γνώσεις <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Δημοτικού <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Γυμνασίου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Λυκείου <input type="checkbox"/> Απόφοιτος Τεχνικής Σχολής <input type="checkbox"/> Ανώτερη μόρφωση (ΤΕΙ) <input type="checkbox"/> Ανώτατη μόρφωση (ΑΕΙ) <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακός Τίτλος (MSc, MA, MBA) <input type="checkbox"/> Διδακτορικός Τίτλος (PhD)
5	Η επίσκεψή σας ήταν:	<input type="checkbox"/> Έκτακτη <input type="checkbox"/> Χρόνιο πρόβλημα υγείας <input type="checkbox"/> Επανεκτίμηση/Επανελέγχος <input type="checkbox"/> Προληπτικοί λόγοι

6	Ασφαλιστικό Ταμείο:	<input type="checkbox"/> Ανασφάλιστος <input type="checkbox"/> Δημόσιο <input type="checkbox"/> ΙΚΑ <input type="checkbox"/> ΟΓΑ <input type="checkbox"/> Ο.Α.Ε.Ε <input type="checkbox"/> ΤΣΜΕΔΕ <input type="checkbox"/> ΤΣΑΥ <input type="checkbox"/> ΔΕΗ <input type="checkbox"/> Τραπεζοϋπαλλήλων <input type="checkbox"/> Άλλο Ασφαλιστικό Ταμείο: .....
---	---------------------	---

7	Οικογενειακή κατάσταση:	<input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Χήρος/α
8	Υπηκοότητα:	<input type="checkbox"/> Ελληνική <input type="checkbox"/> Άλλη (παρακαλώ προσδιορίστε: ..... )
9	Τόπος κατοικίας:	.....

#### **Β. ΥΠΟΔΟΧΗ**

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
10	Από την ευγενική συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Από την πληροφόρηση του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Από την προθυμία εξυπηρέτησης του προσωπικού που σας υποδέχτηκε είσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### **Γ. ΑΝΑΜΟΝΗ**

		Πολύ δυσारे- στημένος	Δυσारे- στημένος	Ούτε δυσारे- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοποι- ημένος
13	Από την επιμέλεια και την καθαριότητα της αίθουσας αναμονής είσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Από την ευρυχωρία της αίθουσας αναμονής είσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Από την ευκολία να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε είσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Από τη θερμοκρασία της αίθουσας αναμονής είσατε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17	Από το χρόνο που περιμένετε στην αίθουσα αναμονής για εξέταση είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Δ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>						
		<b>Πολύ δυσανε- στημένος</b>	<b>Δυσανε- στημένος</b>	<b>Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος</b>	<b>Ικανοποιη- μένος</b>	<b>Πολύ ικανοποι- ημένος</b>
18	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Από την προθυμία του νοσηλευτικού προσωπικού να απαντήσει σε ερωτήματά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Από την ενημέρωση σας από τους νοσηλευτές σχετικά με τις νοσηλευτικές πράξεις είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Από τη συναισθηματική υποστήριξη των νοσηλευτών στο πρόβλημά σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Από το χρόνο που αφιέρωσαν οι νοσηλευτές για τη φροντίδα σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Από την ταχύτητα του νοσηλευτικού προσωπικού με την οποία εκτελεί τις απαραίτητες νοσηλευτικές πράξεις (φλεβοκεντήσεις, χορήγηση φαρμάκων, κ.α) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ε. ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ</b>						
		<b>Πολύ δυσανε- στημένος</b>	<b>Δυσανε- στημένος</b>	<b>Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος</b>	<b>Ικανοποιη- μένος</b>	<b>Πολύ ικανοποι- ημένος</b>
25	Από την ενημέρωση σας από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με την κατάσταση της υγείας και τα αποτελέσματα των εξετάσεων σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Από το χρόνο που αφιέρωσε ο ιατρός για την εξέταση σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27	Από τις οδηγίες που σας έδωσε ο ιατρός σχετικά με τη θεραπεία/φαρμακευτική αγωγή είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28	Από τη συμμετοχή σας στην επιλογή μεθόδου θεραπείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



29	Από τη φιλική συμπεριφορά και την ευγένεια του ιατρικού προσωπικού είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30	Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού (διάγνωση, θεραπεία, κ.α) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31	Από την προθυμία του ιατρού να ακούσει ότι είχατε να πείτε σχετικά με την υγεία σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### ΣΤ. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοπο- ημένος
32	Από τη γενική συμπεριφορά και επικοινωνία με το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33	Από την ευκολία να βρείτε θέση για παρκάρισμα είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34	Από τον τρόπο αντιμετώπισης των συνοδών ή συγγενών σας από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35	Από την ευκολία για πρόσβαση στους χώρους (καθοδηγητικές πινακίδες, ανελκυστήρες) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36	Από την ταχύτητα διεκπεραίωσης των διαδικασιών από το προσωπικό της γραμματείας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37	Από το μηχανισμό εξυπηρέτησης και συνεργασίας όσον αφορά τη διεκπεραίωση αναγκών σας (προγραμματισμό εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, παραπομπή σε άλλα εργαστήρια) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38	Από τη διακριτικότητα του προσωπικού και το σεβασμό της προσωπικότητάς σας κατά τη διάρκεια της εξέτασης (π.χ. χρήση παραβάν) είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Ζ. ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

		Πολύ δυσανε- στημένος	Δυσανε- στημένος	Ούτε δυσανε- στημένος/ ούτε ικανοποι- ημένος	Ικανοποιη- μένος	Πολύ ικανοπο- ημένος
39	Από την επιμέλεια και την καθαριότητα των ιατρείων επειγόντων περιστατικών είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

40	Από την πληρότητα σε τεχνολογικό εξοπλισμό των ιατρείων ΤΕΠ είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41	Από την τήρηση ησυχίας στα ιατρεία του ΤΕΠ είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
42	Από τις υπηρεσίες Υγείας που σας παρασχέθηκαν στο ΤΕΠ είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
43	Από τη συνεισφορά των υπηρεσιών υγείας του ΤΕΠ για τη βελτίωση της κατάστασης της υγείας σας είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
44	Από τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο ΤΕΠ του Γ.Ν. Τρίπολης είσαστε	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45 Σκεπτόμενος τη συνολική εμπειρία σας κατά την επίσκεψή σας στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, θα συνιστούσατε το ΤΕΠ του Γ.Ν. Τρίπολης σε φίλους και συγγενείς;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

#### ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ / ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Χρησιμοποιήστε τη σελίδα αυτή, αν επιθυμείτε, και σημειώστε όποια πρόταση, παρατήρηση ή επισήμανση θεωρείτε απαραίτητη.

.....

.....

.....

.....

**ΣΑΣ ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΜΜΕΤΟΧΗ ΣΑΣ**