



Τ.Ε.Ι. ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
(πρ. Τ.Ε.Ι. Πάτρας & πρ. Τ.Ε.Ι. Μεσολογίου)

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: ΣΕΥΠ

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΑ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΠΑΤΡΑΣ**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

Βώλου Δέσποινα – Μόνικα

Γκούβρα Άννα

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ:

Δρ. Νικόλαος Στεφανόπουλος

ΠΑΤΡΑ 2015

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Δεν γνωρίζω, αν τελικά έχει μεγαλύτερη σημασία η Ιθάκη από το ταξίδι... ..

Αρχικά, ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την στήριξη και κατανόηση στον αγώνα μας για την απόκτηση όλο και περισσότερης γνώσης. Τον επιβλέποντα καθηγητή κ. Στεφανόπουλο Νικόλαο που χωρίς τη καθοδήγηση και την εμπιστοσύνη του, δε θα ήταν δυνατό να φέρουμε εις πέρας αυτό το έργο. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στον κ. Δετοράκη Ι, ο οποίος με την καθοδήγηση και τις πολύτιμες συμβουλές του συνέβαλε στη διαμόρφωση του περιεχομένου. Τέλος ένα μεγάλο ευχαριστώ σε όλους τους καθηγητές μας.

Θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους όσους έδωσαν το χρόνο τους για να συμμετέχουν στην έρευνα και ιδιαίτερα τους ασθενείς.

Σας ευχαριστούμε πολύ όλους.

ΑΦΙΕΡΩΣΗ

Αφιερώνουμε τη παρούσα εργασία στις οικογένειες μας, οι
οποίες μας στήριξαν καθόλη τη διάρκεια των σπουδών.



ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τελειώνοντας τη φοίτησή μας στη Νοσηλευτική σχολή του Τ.Ε.Ι. Πάτρας αποφασίσαμε να αναπτύξουμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας, το μέτρο της ικανοποίησης των υπηρεσιών υγείας από τα Δημόσια Νοσοκομεία της Πάτρας.

Θεωρούμε, ότι με αυτή την εργασία συμβάλλουμε στον εντοπισμό και την αντιμετώπιση προβλημάτων που έχουν σχέση με την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας τόσο από ιατρικής όσο και από νοσηλευτικής πλευράς, καθώς επίσης και από πλευράς παρεχόμενων υπηρεσιών. Τα αποτελέσματα της εργασίας μας προσφέρονται στην υπηρεσία όλων αυτών που ενδιαφέρονται για την ουσιαστική βελτίωση των συνθηκών τόσο της περίθαλψης όσο και της νοσηλείας και του συνόλου των υπηρεσιών διαμονής – διατροφής και περιβάλλοντος.

Η βελτίωση των συνθηκών διαμονής, το ευχάριστο περιβάλλον, η ζεστή ατμόσφαιρα, η ευχαρίστηση, η ύπαρξη κατάλληλων χώρων υποδοχής και ανάπαυσης σε συνδυασμό βέβαια με την καλή ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα συντείνουν ουσιαστικά στην καλύτερη φροντίδα και στην γρηγορότερη ανάρρωση των ασθενών.

Ας μη παραλείψουμε ότι το αντικείμενο των υπηρεσιών μας είναι ο άνθρωπος και μάλιστα ο “ πάσχων ” άνθρωπος.

Η συμπεριφορά του ασθενή ο οποίος προσέρχεται στο νοσοκομείο είναι πάντοτε βεβαρημένη λόγω φόβου για την κατάσταση του. Πιο πολύ το νοσηλευτικό προσωπικό που έρχεται σε άμεση επαφή με τον ασθενή, έχει χρέος να δικαιώσει την πεποίθηση και την προσδοκία του, παρέχοντας σε αυτόν αυτά τα «δώρα».

Το νοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να προσφέρει στον ασθενή, εμπιστοσύνη και σιγουριά, κατανόηση και μέριμνα, αγάπη και ενθάρρυνση, βασιζόμενα στην πεποίθηση ότι θα γίνει ότι είναι καλύτερο για την ανακούφιση του.

Ο ασθενής οφείλει να νιώσει ότι δεν αμφισβητείται η προσωπικότητά του και ότι τα προβλήματα του έχουν σημασία και ότι είναι μια ολοκληρωμένη οντότητα που δεν έχει μόνο σωματικές ανάγκες, αλλά και ψυχοκοινωνικές και πνευματικές ανάγκες.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων που επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες.

Σκοπός: Η παρούσα εργασία έχει ως σκοπό να μελετήσει το πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από τα Δημόσια Νοσοκομεία της Πάτρας.

Υλικό- Μέθοδος: Η μέτρηση έγινε με ερωτηματολόγια τα οποία μοιράστηκαν χέρι με χέρι. Οι απαντήσεις κρατήθηκαν απόρριτες και η συμμετοχή ήταν εθελοντική. Η μέθοδος που ακολουθήσαμε για την έρευνα ήταν μια διαδικασία αρκετών βημάτων. Αρχικά δομήσαμε το ερωτηματολόγιο (με τη βοήθεια των καθηγητών μας) και το εκτυπώσαμε. Στη συνέχεια ζητήσαμε άδεια από τη διοίκηση του κάθε Νοσοκομείου, η οποία μας επέτρεψε την διανομή τους. Στη συνέχεια τα μοιράσαμε τυχαία στους ασθενείς. Έπειτα συλλέξαμε τα ερωτηματολόγια, κωδικοποιήσαμε τις απαντήσεις που δόθηκαν και τις εισάγαμε στη στατιστική ανάλυση (R-studio). Πριν τη στατιστική ανάλυση ελέγξαμε την ορθότητα και τη πληρότητα των ερωτηματολογίων.

Αποτελέσματα: Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, κατά τη γενική εικόνα των ευρημάτων, οι ασθενείς ήταν στη πλειοψηφία περισσότερο ικανοποιημένοι απ' ό,τι περιμέναμε.

ABSTRACT

Patient satisfaction is an adjusted measure perception of efficiency of hospitals affected by many factors.

Purpose: This study aims to study how satisfied patients from the Public Hospitals of Patras.

Method: The measurement was done with questionnaires distributed hand to hand. The answers were kept aporrrites and participation was voluntary. The method followed for the research was a process of several steps. First we constructed the questionnaire (with the help of our teachers) and printing. Then we asked permission from the management of each hospital, which allowed us to distribute them. Then we distributed randomly to patients. Then we collected questionnaires, coding the responses and we introduced in the statistical analysis (R-studio). Before statistical analysis we checked the correctness and completeness of the questionnaires.

Results: According to the results, in the overview of the findings, patients were more satisfied in the majority than expected.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	1
ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	4
ABSTRACT	4
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	7
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο	8
1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	8
1.2 ΥΓΕΙΑ	8
1.3 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ.....	9
1.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.5 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ.....	12
1.6 ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	12
1.7 Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΓΑΘΟ;;;.....	12
1.8 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	13
1.9 ΤΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ	13
1.10 ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	14
1.11 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	16
1.12 ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ	17
1.13 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	17
1.14 ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	17
1.15 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο	20
2.1 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	20
2.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	20

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	21
2.4 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ	22
2.5 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	23
2.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο	27
3.1 ΣΚΟΠΟΣ	27
3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	27
3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ	27
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	81
ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	83
ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	84
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	85
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	88

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο

1.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας, τα τελευταία χρόνια, στρέφεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των νοσηλευόμενων και το βαθμό ικανοποίησης τους που παρέχεται από τις υπηρεσίες υγείας. Παρά το γεγονός, ότι το κόστος νοσηλείας, η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα της φροντίδας υγείας, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης αρκετών ερευνών, μολαταύτα σε αρκετές χώρες του κόσμου έως σήμερα δεν υπάρχει αξιολόγηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων και είναι δύσκολο να διερευνηθεί και να υπολογισθεί (Ervin 2006).

1.2 ΥΓΕΙΑ

Ορισμός: Υγεία, θεωρείται η ικανότητα του ατόμου να ανταποκρίνεται στους κοινωνικούς του ρόλους σύμφωνα με τον λειτουργικό ορισμό, ενώ ο βιωματικός ορισμός επικεντρώνεται στο άτομο και στον τρόπο με τον οποίο αυτό αντιλαμβάνεται την υγεία. Η ιατρική επιστήμη προσεγγίζει την υγεία από καθαρά βιολογική άποψη, ενώ ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (WHO) θεωρεί την υγεία ως την κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο την απουσία ασθένειας ή αναπηρίας.

Ανεξαρτητως από τον ορισμό, η υγεία αποτελεί ένα θεμελιώδες κοινωνικό αγαθό, το οποίο αποτελεί δικαίωμα των πολιτών, υποχρέωση του κράτους και δεν πρέπει να υπόκειται στον νόμο του κέρδους. Υποχρέωση των κρατών είναι να παρέχουν ισότιμη, ανωτέρου επιπέδου περίθαλψη στους πολίτες τους, ανεξάρτητα από την κοινωνικο-οικονομική τους κατάσταση. Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν τα εθνικά συστήματα υγείας (Τούντας 2001).

Ο ορισμός αυτός, ενστερνίζει την ολιστική αντίληψη της υγείας και περιέχει την θετική της έννοια η οποία για πρώτη φορά δεν περιορίστηκε στην αντιμετώπιση ή στην πρόληψη της νόσου. Η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων αποτελεί ένα σπουδαίο και αξιόπιστο μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας καθώς φαίνεται να υπάρχει στενή σχέση μεταξύ της φροντίδας υγείας και των οικονομικών πόρων των δημόσιων νοσηλευτικών ιδρυμάτων. Το αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας χρειάζεται καλύτερη εκμετάλλευση των διαθέσιμων πόρων (Αντεριώτη & Αντωνίου 2014).

Στα πορίσματα της συνδιάσκεψης αυτής δίνεται έμφαση ότι η υγεία είναι θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα και η κατάκτηση του υψηλότερου δυνατού επιπέδου υγείας είναι κοινωνικός στόχος που αφορά όλη την ανθρωπότητα και η πραγματοποίησή του χρειάζεται τη δραστηριότητα αρκετών τομέων (Παυλίδης 2012).

1.3 ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ

Ορισμός: Δημόσια υγεία είναι η επιστήμη η οποία μελετάει την επιδημιολογία, την στατιστική και την αξιολόγηση, δίνοντας ιδιαίτερη προσοχή σε συμπεριφορικούς, πολιτισμικούς και οικονομικούς παράγοντες, όσο και στο σχεδιασμό προγραμμάτων και την ευδοκίμηση πολιτικής (Stanhope & Lancaster 2009).

Ο χαρακτήρας της δημόσιας υγείας είναι πολυτομεακός, απευθύνεται κυρίως σε λαούς και κοινότητες και ως έννοια, είναι ευρύτερη της υγιεινής και της πρόληψης ή της κοινωνικής ιατρικής ή της ιατρικής στη δημόσια υγεία (Παυλίδης 2012).

Ως συμπέρασμα, το αντικείμενο της Δημόσιας Υγείας έγκειται στην ολιστική βελτίωση της υγείας του ατόμου. Βασίζεται σε πολλές επιστήμες και τεχνικές όπως η ιατρική, η επιδημιολογία και η βιοστατιστική, η δημογραφία και οι κοινωνικές επιστήμες, οι οποίες συντελούν στο να διερευνηθεί το επίπεδο υγείας και νοσηρότητας του πληθυσμού και να παραχθούν και να αξιολογηθούν μέτρα που προτείνει ο 9 Νόμος 3370/2005 – ΦΕΚ 176/Α/11.7.2005. Οι θεμελιώδεις λειτουργίες της Δημόσιας Υγείας συνίσταται κυρίως:

- Ø Στους παράγοντες που την επηρεάζουν και στην εξέταση της υγείας του πληθυσμού.
- Ø Στη προστασία και προαγωγή της υγείας όπως και στη πρόληψη της νόσου.
- Ø Στην υπεράσπιση των αναγκών υγείας στις διάφορες ομάδες του πληθυσμού.
- Ø Στην προσεκτική παρακολούθηση των λοιμωδών νοσημάτων.
- Ø Στην προσπάθεια επίλυσης έκτακτων κινδύνων και άλλων συνθηκών που δεν έχουν προβλεφθεί.

Τέλος οι δράσεις της Δημόσιας Υγείας δίνουν βάση:

- Ø Στους κοινωνικο-οικονομικούς και περιβαλλοντικούς παράγοντες που επηρεάζουν τόσο την υγεία του πληθυσμού όσο και την προσβασιμότητα των υπηρεσιών υγείας.
- Ø Στις ανάγκες των ατόμων που παρουσιάζουν ευπάθεια και στους τρόπους ζωής καθώς και στις καταστάσεις που τις επηρεάζουν.
- Ø Στη καλύτερευση, διατήρηση και ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού της χώρας.
- Ø Στη διαμόρφωση πολιτικών που βελτιώνουν την υγεία και τη λειτουργία.
- Ø Στη πιο αποτελεσματική αντιμετώπιση επειγόντων ή έκτακτων καταστάσεων και συμβάντων (Κουνέλη 2009).

1.4 ΣΥΣΤΗΜΑΤΑ ΥΓΕΙΑΣ

Το σύστημα υγείας ορίζεται "ως το σύνολο των επιμέρους στοιχείων – υποσυστημάτων τα οποία βρίσκονται σε συνεχή αλληλεπίδραση και αμοιβαία εξάρτηση μεταξύ τους όπως και με το περιβάλλον

(του συστήματος), προκειμένου να επιτευχθεί το απώτερο σημείο ύπαρξης του, που είναι η διατήρηση και προαγωγή της υγείας του πληθυσμού" (Θεοδώρου και συν. 1997).

Παρακάτω εξετάζονται τα πρότυπα οργάνωσης και διοίκησης των υπηρεσιών υγείας, κάνοντας λόγο σε τρία από αυτά που αφορούν:

1. Το φιλελεύθερο υγειονομικό υπόδειγμα βασίζεται στη άποψη της ελεύθερης αγοράς.
2. Το Υπόδειγμα Bismark, διέπεται από τις αρχές οργάνωσης και διοίκησης ενός κοινωνικού και ασφαλιστικού συστήματος.
3. Το Υπόδειγμα Beveridge, βασίζεται στη φιλοσοφία του κρατικού παρεμβατισμού και αναφέρεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) (Υφαντόπουλος 2006).

Το Φιλελεύθερο Σύστημα Υγείας

Τα χαρακτηριστικά του Φιλελεύθερου Συστήματος είναι:

- ✓ Η ατομική ιδιοκτησία δεν εξαρτάται από κάποιον άλλο ή κάτι άλλο.
- ✓ Οι συναλλαγές μεταξύ καταναλωτών και παραγωγών καθορίζονται από το μηχανισμό των τιμών.
- ✓ Στο πλαίσιο της αγοράς λειτουργεί ο μηχανισμός των τιμών.
- ✓ Ο καταναλωτής αγοράζει ό,τι αγαθά θέλει, ώστε να ικανοποιήσει τις ανάγκες του.
- ✓ Το άτομο παρέχει την εργασία με τον καλύτερο τρόπο, ώστε να μεγιστοποιήσει το εισόδημα του.
- ✓ Ο παραγωγός μπορεί να παράγει ό,τι αγαθό θέλει σε οποιαδήποτε ποσότητα και να τη παρέχει σε οποιαδήποτε αγορά θέλει.
- ✓ Ο παραγωγός έχει τη δυνατότητα να αγοράζει κεφαλαιουχικά αγαθά και στοχεύει στο κέρδος που θα του δώσουν αυτά μακροχρόνια.
- ✓ Το κράτος δεν εμπλέκεται στις συναλλαγές μεταξύ των καταναλωτών και των παραγωγών.
- ✓ Οι αποφάσεις που παίρνουν οι καταναλωτές και οι παραγωγοί διέπονται από το αξίωμα της επίτευξης του μέγιστου αποτελέσματος με το πιο λίγο δυνατό κόστος (Θεοδώρου και συν. 1997).

Το Μεικτό Υγείας– Σύστημα Κοινωνικής Ασφάλισης

Τα χαρακτηριστικά του Μεικτού Συστήματος Υγείας, το οποίο υπακούει στο Μοντέλο Bismark, είναι τα εξής:

- ✓ Η κάλυψη του πληθυσμού είναι συλλογική, με στόχο την πραγματοποίηση της κοινωνικής δικαιοσύνης.
- ✓ Η παροχή των αναγκαίων χρήματων του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης προέρχεται από τις συμμετοχές των εργοδοτών και των εργαζομένων.

- ✓ Υποχρεωτικό χαρακτήρα έχει η ασφαλιστική κάλυψη για το σύνολο του πληθυσμού.
- ✓ Είτε στο Δημόσιο είτε σε Ιδιώτες ανήκουν οι παραγωγικοί συντελεστές.
- ✓ Θεσμοθετημένη είναι η κρατική παρέμβαση στο πλαίσιο του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης, και συνίσταται στη χρηματοδότηση των Συστημάτων Κοινωνικής Ασφάλισης όσο και στη χάραξη του γενικού προγραμματικού πλαισίου της πολιτικής και της λειτουργίας του Συστήματος Κοινωνικής Ασφάλισης (Υφαντόπουλος 2006).

Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το 1983 θεσπίστηκε στη χώρα μας το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) με τη ψήφιση του Ν. 1397/83, που είχε σκοπό την καθολική υγειονομική κάλυψη του πληθυσμού με τη παροχή υπηρεσιών υγείας υψίστης ποιότητας και χαμηλή συμμετοχή στο κόστος. Οι πιο σημαντικοί στόχοι του νέου συστήματος ήταν να αυξηθούν οι δημόσιοι πόροι υγείας, η παροχή αυτοδιοίκησης, η ανάπτυξη δημοσίων υπηρεσιών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αναβάθμιση των νοσοκομείων και η άσκηση ελέγχου στον ιδιωτικό τομέα (Tountas et al. 2005).

Το ελληνικό σύστημα υγείας χαρακτηρίζεται ως μεικτό. Διαθέτει στοιχεία και χαρακτηριστικά και από το μοντέλο Bismark (χρηματοδότηση κυρίως από την κοινωνική ασφάλιση), αλλά και από το μοντέλο Beveridge (χρηματοδότηση κυρίως από την κρατική φορολογία). Το φαινόμενο της σταδιακής αποκατάστασης χρηματοδοτικά της κοινωνικής ασφάλισης από τον κρατικό προϋπολογισμό παρατηρήθηκε με την ίδρυση του ΕΣΥ, ενώ ταυτόχρονα αυξήθηκε και η χρηματοδότηση από τον ιδιωτικό τομέα. Οπότε, όχι μόνο αυξήθηκαν οι δημόσιες δαπάνες υγείας, αλλά επίσης άλλαξε και η σύνθεση των πηγών χρηματοδότησης των υπηρεσιών υγείας.

Ως χαρακτηριστική ένδειξη αξίζει να γνωστοποιήσουμε ότι τη δεκαετία του '70 η σχέση δαπανών κοινωνικής ασφάλισης και κρατικού προϋπολογισμού ήταν 60% και 40% αντίστοιχα, ενώ τη δεκαετία του '90 αντιστράφηκε (Θεοδώρου και συν. 1997). Οι δημόσιες δαπάνες διπλασιάζονται στη δεκαετία του '90 ενώ αυξάνονται λίγο και οι ιδιωτικές με αποτέλεσμα η χώρα μας να αρχίσει να έχει ένα από τα υψηλότερα ποσοστά ιδιωτικών δαπανών μεταξύ των χωρών του ΟΟΣΑ (Βαταρόγλου 2010).

Κατάληξη όλων αυτών είναι η αύξηση των ιδιωτικών δαπανών των πολιτών. Με σαφήνεια και ακρίβεια, η ιδιωτική δαπάνη στη χώρα μας ως ποσοστό της συνολικής δαπάνης υγείας άγγιξε το 2004 το 47% και το 2005 το 57% κατέχοντας την πρώτη θέση στις χώρες του ΟΟΣΑ (Mossialos et al. 2005). Η διάταξη (Ν.2889/2001) ικανοποίησε την υπαρκτή κοινωνική ανάγκη επειδή εξασφάλισε τη συνέχεια στη φροντίδα και την αξιοποίηση των υφιστάμενων δομών και υποδομών. Προσδίδει κύρος και αποτελεσματικότητα στις μονάδες υγείας επειδή αξιοποιεί αποδοτικά το ανθρώπινο δυναμικό τους, αυξάνοντας παράλληλα την παραγωγικότητα και τα έσοδά τους (Βαταρόγλου 2010).

1.5 ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ

Ορισμός: Υγειονομική Περίθαλψη είναι η εφαρμογή της επιστημονικής γνώσης και των τεχνικών για την επίλυση των φυσικών και ψυχολογικών προβλημάτων του ατόμου. Το σύνολο των διαδικασιών και των τεχνικών (ιατρικών, νοσηλευτικών κ.ά.) που απαιτούνται έτσι ώστε το άτομο να περάσει από τη φάση της ασθένειας στη φάση της υγείας αποτελείται από την υγειονομική περίθαλψη. Φροντίδα υγείας θα μπορούσε να ονομαστεί αλλιώς η υγειονομική περίθαλψη, που διακρίνεται σε **πρωτοβάθμια**, όταν έχει σχέση με την προληπτική ιατρική και αγωγή υγείας, σε **δευτεροβάθμια** όταν έχει σχέση με τη νοσηλεία στα υγειονομικά ιδρύματα. Τέλος, σε **τριτοβάθμια** φροντίδα υγείας, η οποία αναφέρεται στα πανεπιστημιακά νοσοκομεία και τους νοσηλευτικούς οργανισμούς που έχουν υψηλή τεχνολογία (Φαράντιαν 2007).

1.6 ΑΣΘΕΝΕΙΑ, ΝΟΣΟΣ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Θα μπορούσε να σκεφτεί κανείς την υγεία ή το καλώς έχειν ως έλλειψη νόσου και να θεωρήσει την ασθένεια και τη νόσο ως ανταλλάξιμους όρους. Όμως η υγεία και η νόσος δεν είναι απλώς αντώνυμα και η νόσος και η ασθένεια δεν είναι συνώνυμα (Τούντας 2001). Η **νόσος** θα μπορούσε να οριστεί ως η αποτυχία των προσαρμοστικών μηχανισμών ενός ατόμου που αλληλεπιδρά με τα ερεθίσματα και τους στρεσογόνους παράγοντες επαρκώς με αποτέλεσμα λειτουργικές ή δομικές διαταραχές. Άρρωστος ή νοσών είναι ο άνθρωπος που εμφανίζει κάποια διαταραχή:

α. *Σωματική:* όπως για π.χ καρδιοπάθεια, ηπατίτιδα.

β. *Ψυχική:* όπως για π.χ σχιζοφρένεια.

γ. *Κοινωνική:* όπως για π.χ εγκληματικότητα κ.λ.π. (Δετοράκης 2003).

Η υγεία, η ασθένεια και η νόσος δεν είναι ούτε στατικές, ούτε σταθερές. Πίσω από κάθε κατάσταση παρατηρείται το φαινόμενο της συνεχούς αλλαγής (Edelman & Mandle 2009).

1.7 Η ΥΓΕΙΑ ΕΙΝΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΟ Ή ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΑΓΑΘΟ;;;

Στο ερώτημα αυτό η απάντηση αποτέλεσε σημείο έριδας μεταξύ των οικονομολόγων της υγείας. Οι Lee, Wiseman και το Ινστιτούτο Οικονομικών υποθέσεων στην Αγγλία, καθώς και οι εκπρόσωποι της Σχολής του Σικάγου στις ΗΠΑ, υποστήριζαν ότι το αγαθό <<υγεία>> είναι όπως τα υπόλοιπα ιδιωτικά αγαθά και θα πρέπει να αφεθεί στις δυνάμεις της αγοράς. Αυτό ακούστηκε για πρώτη φορά το 1960.

Οικονομολόγοι από το Πανεπιστήμιο Γιork της Αγγλίας, με σημαντικούς εκπροσώπους τους Williams, Culyer, Maynard κ.ά., καθώς επίσης και από το Arrow από τις ΗΠΑ, υποστηρίζουν ότι η

«υγεία» είναι «κοινωνικό αγαθό». Το σύστημα της αγοράς που βασίζεται στην προσφορά και τη ζήτηση των υπηρεσιών δε καταφέρνει να δώσει μια κοινωνικά δίκαιη και οικονομικά εφικτή λύση. Γι' αυτόν το λόγο χρειάζεται να παρέμβει το κράτος για να επιφέρει μια δικαιότερη κατανομή των πόρων υγείας (Υφαντόπουλος 2006).

1.8 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα νοσοκομεία είναι ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης που παρέχουν θεραπεία από εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό, και τις περισσότερες φορές, παρέχουν τη δυνατότητα οι ασθενείς να παραμένουν για μεγάλο χρονικό διάστημα. Οι ασθενείς πηγαίνουν σε νοσοκομεία είτε μόνο για διάγνωση, είτε για διάγνωση και θεραπεία και έπειτα αποχωρούν (εξωτερικοί), είτε εισάγονται και παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα, το οποίο μπορεί να είναι από μια μέρα έως αρκετές εβδομάδες ή και μήνες (εσωτερικοί). Υπάρχουν πολλές διακρίσεις των νοσοκομείων, και συνήθως η διάκριση τους γίνεται από τη δυνατότητα τους να εισάγουν και να περιθάλπουν εσωτερικούς ασθενείς. Τα νοσοκομεία κατατάσσονται ως :

- **Γενικά** (αντιμετωπίζουν διαφορετικές ασθένειες και τραύματα).
- **Εξειδικευμένα** (διαθέτουν κέντρα αποκατάστασης τραυμάτων, τα νοσοκομεία παιδών, τις κλινικές αποτοξίνωσης, τα ψυχιατρεία, τα κέντρα λοιμωδών ασθενειών, τα αντικαρκινικά νοσοκομεία).
- **Πανεπιστημιακά** (αυτά που συνδυάζουν την περίθαλψη των ασθενών με τη διδασκαλία των φοιτητών της ιατρικής, της νοσηλευτικής κ.α.).
- **Κλινικές** (ιατρικές εγκαταστάσεις που είναι πιο μικρές σε μέγεθος από τα νοσοκομεία και τις περισσότερες φορές παρέχουν μόνο εξωτερικές υπηρεσίες) (Mossialos et al. 2005).

1.9 ΤΑ ΔΙΑΧΡΟΝΙΚΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

Στις ημέρες μας ο ρόλος των νοσοκομείων στη βελτίωση της υγείας αλλά και της καθημερινότητας των πολιτών κρίνεται πολύ σημαντικός. Για το λόγο αυτό τα νοσοκομεία συνεχώς εξελίσσονται και βελτιώνονται από την πιο απλή παροχή εσωτερικής, ολοκληρωμένης, εξειδικευμένης περίθαλψης και ακολουθούν τις ταχεία μεταβαλλόμενες εξελίξεις αλλά και ανάγκες στον τομέα της υγείας. Πλέον έχουν περισσότερο ανάγκη από στρατηγική οργάνωση, αποτελεσματική διοίκηση και συντονισμένη διαχείριση πληροφοριών, αναπτύσσοντας τις δραστηριότητές τους. Αναλυτικότερα από:

- Βελτίωση υπηρεσιών και μείωση κόστους.
- Νέες σύνθετες ιατρικές πρακτικές.
- Κατ' οίκον φροντίδα υγείας.

- Ανάγκη για δημιουργία και συνεπή πληροφόρηση ενός δια βίου ηλεκτρονικού φακέλου υγείας.
- Καινούργιο τεχνολογικό περιβάλλον και νέες υπηρεσίες υγείας.
- Κινητικότητα πληθυσμού – ανάγκη στη φροντίδα υγείας.
- Από απόσταση έλεγχος της κατάστασης υγείας.
- Τεκμηριωμένες ιατρικές αποφάσεις.
- Κατευθύνσεις / πρωτόκολλα υγείας.

Είναι γνωστό ότι πολλά προβλήματα διαχείρισης και εκσυγχρονισμού των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αντιμετωπίζουν τα Δημόσια Ελληνικά Νοσοκομεία. Βασικός άξονας της μη αποτελεσματικής λειτουργίας τους είναι ο χαμηλός βαθμός της ικανοποίησης των πολιτών, αφού κάθε πολίτης που απευθύνεται σε ένα Δημόσιο Νοσοκομείο ζητώντας την αναγκαία υγειονομική φροντίδα και περίθαλψη, δηλώνει σιωπηρά την εμπιστοσύνη του στις υπηρεσίες παροχής υγείας. Επομένως, το Σύστημα Υγείας είναι υπεύθυνο πλήρως για τις παραλείψεις όπως και για τα ιατρικά λάθη, έχοντας ως αποτέλεσμα να επιβάλλεται έλεγχος και αξιολόγηση του παραγόμενου έργου σε όλες τις βαθμίδες περίθαλψης (Κυριόπουλος 1995)

Πιο συγκεκριμένα, προβλήματα επικεντρώνονται στο μη αποτελεσματικό σύστημα διοίκησης. Ειδικότερα, η αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα της Δημόσιας Διοίκησης καθορίζεται από τη λειτουργία και τις δυνατότητες του συστήματος διοίκησης. Η λειτουργία των νοσοκομείων, είναι γνωστό ότι χαρακτηρίζεται από περίπλοκες διαδικασίες (Υφαντόπουλος 1986).

1.10 ΜΟΝΑΔΕΣ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ο όρος «προσφορά υπηρεσιών υγείας» εκφράζει την παροχή υπηρεσιών που προέρχονται από προμηθευτές υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές κ.ά.). Η προσφορά των υπηρεσιών υγείας καθορίζει:

- α) την επάρκεια των ανθρώπινων πόρων,
- β) την κοινωνική και οικονομική ανάπτυξη,
- γ) την ποσότητα των διαθέσιμων υλικών πόρων και
- δ) το επιδημιολογικό πρότυπο

Οι υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα διακρίνονται σε 3 επίπεδα:

- α) την Πρωτοβάθμια,**
- β) την Δευτεροβάθμια,**
- γ) την Τριτοβάθμια Παροχή Υπηρεσιών Υγείας.**

Ο όρος Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας ορίζει το σύνολο των υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς εντός νοσηλευτικής μονάδος (Stanhope & Lancaster 2009).

Η **Πρωτοβάθμια παροχή υπηρεσιών υγείας** περιέχει δύο βαθμίδες υπηρεσιών, που δεν είναι πάντα διακριτές μεταξύ τους, και είναι οι παρακάτω:

- Την Πρωτοβάθμια παροχή προληπτικών υπηρεσιών υγείας ή πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας.
- Την Πρωτοβάθμια παροχή διαγνωστικών / θεραπευτικών υγειονομικών υπηρεσιών.
- Πρωτοβάθμια περίθαλψη.

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα - Πρόληψη είναι πιο αποδοτική και πιο οικονομική από τη διαχείριση της ασθένειας. Το **Σύστημα Πρωτοβάθμιας φροντίδας - Πρόληψης** καλύπτει κυρίως:

- Την καταπολέμηση και την προσπάθεια εξάλειψης των αιτιολογικών παραγόντων της ασθένειας (που αποτελεί πρωτογενή πρόληψη) καθώς και την πρόωμη και έγκαιρη διάγνωση της ασθένειας.
- Την παροχή Υπηρεσιών Προσχολικής και Σχολικής Υγιεινής.
- Την ενημέρωση του κοινού σε θέματα οικογενειακού προγραμματισμού, καθώς επίσης και για ασθένειες-απειλές, όπως το AIDS.
- Την άσκηση προληπτικής ιατρικής και την υγειονομική διαφώτιση του πληθυσμού.
- Την ιατρική, κοινωνική και επιδημιολογική έρευνα (Τσιάντου και συν. 2007).
- Την ιατρική της εργασίας που στοχεύει στη βελτίωση των όρων υγιεινής και στην μείωση των επαγγελματικών νόσων και ατυχημάτων.
- Τον έλεγχο της ρύπανσης του περιβάλλοντος.
- Την Αγωγή Υγείας (Edelman & Mandle 2009).
- Την παροχή Υπηρεσιών Κοινωνικής Φροντίδας, με στόχο την αντιμετώπιση κοινωνικών, οικονομικών και ψυχολογικών προβλημάτων που γίνονται αντιληπτά σε άτομα ή ομάδες και συγχρόνως την προστασία των ατόμων που ανήκουν στις ευπαθείς ομάδες πληθυσμού (υπερήλικες, άτομα με χρόνιες παθήσεις, χρήστες εξαρτησιογόνων ουσιών κ.λ.π.)
- Την αγωγή στοματικής υγείας μέσα από την συχνή εξέταση του πληθυσμού, δεδομένου ότι με αυτό θα εμποδίσουν σημαντικές επιπλοκές για την υγεία, ειδικά στις νεότερες ηλικίες, και φυσικά θα αποφευχθούν θεραπείες με πολλά έξοδα που επιβαρύνουν σε σημαντικό βαθμό το ασφαλιστικό σύστημα (Υφαντόπουλος 1986).

Ο όρος της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας ορίζει το σύνολο των διαγνωστικών και θεραπευτικών ιατρικών τεχνικών, για την εφαρμογή των οποίων είναι υποχρεωτική η νοσηλεία των ασθενών μέσα στο νοσοκομείο, χωρίς να είναι αναγκαία η διανυκτέρευση σε αυτό. Το Νοσοκομείο είναι η λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι δευτεροβάθμιες υπηρεσίες παρέχονται σε όλη τη χώρα από τα παρακάτω νοσοκομεία:

- ✓ Κρατικά του ΕΣΥ, στα οποία εργάζονται γιατροί του ΕΣΥ.
- ✓ Πανεπιστημιακά, στα οποία εργάζονται πανεπιστημιακοί όπως και γιατροί του ΕΣΥ.

✓ Στρατιωτικά, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στα οποία εργάζονται μόνιμοι και στρατεύσιμοι γιατροί όπως και πολίτες γιατροί, με ειδικές συμβάσεις σύμφωνα με τις ανάγκες που υπάρχουνε.

✓ Ειδικού καθεστώτος στο οποίο ανήκουν όσα δεν ανήκουν στο ΕΣΥ και δεν είναι του ιδιωτικού τομέα.

✓ Σε αυτά δουλεύουν γιατροί με ειδικές συμβάσεις, σύμφωνα με τον οργανισμό του νοσοκομείου υ.

✓ Ιδιωτικά θεραπευτήρια.

Ως **Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας** ορίζονται οι εξειδικευμένες υπηρεσίες διαγνωστικού, θεραπευτικού, ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα που στοχεύουν:

- Στη μελέτη και αντιμετώπιση σπάνιων ιατρικών περιστατικών.
- Στην προαγωγή της Ιατρικής έρευνας.
- Στη μόνιμη δια βίου εκπαίδευση των γιατρών και των επαγγελματιών Υγείας.
- Στον ποιοτικό έλεγχο των παρεχόμενων σε Πρωτοβάθμιο και Δευτεροβάθμιο επίπεδο υπηρεσιών Υγείας.

Οι Τριτοβάθμιες Υπηρεσίες Υγείας απαιτούν ειδικές κτιριολογικές εγκαταστάσεις, σύγχρονο ιατρικό και μηχανολογικό εξοπλισμό υψηλής στάθμης, εκπαιδευόμενο προσωπικό όλων των ειδικοτήτων και κατηγοριών και σημαντικά υψηλές δαπάνες λειτουργίας. Στις μέρες μας υπάρχουν πολλές μονάδες, με διάφορα αντικείμενα εργασιών (Μανιού & Ιακωβίτου 2009).

1.11 ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Τα Δημόσια Νοσοκομεία το 1980 διέθεταν το 70% του συνόλου των νοσοκομειακών κλινών. Ο αριθμός αυτός δε μπορούσε να καλύψει την αυξανόμενη ζήτηση, λόγω της σημαντικής μείωσης των νοσηλευτικών κλινών των ιδιωτικών νοσοκομείων που δε μπορούσαν να αντισταθμιστούν από την αύξηση των Δημόσιων κλινών. Ο αριθμός των κλινών ανά 1000 κατοίκους έπεσε από 5,26 το 1986 σε 5,08 το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες δυτικοευρωπαϊκές χώρες ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90%. (Nelson & Niederberger 1990).

Επιπλέον, ένας μεγάλος αριθμός, κυρίως περιφερειακών νοσοκομείων λόγω ότι υπάρχει έλλειψη σύγχρονου ιατρικού εξοπλισμού και στελέχωσης με κατάλληλο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό δε μπορεί να αντιμετωπίσει ένα ευρύ φάσμα δύσκολων περιστατικών, ως αποτέλεσμα να υπάρχει χαμηλή πληρότητα (40% - 60%), όταν τα νοσοκομεία του κέντρου, κυρίως τα πανεπιστημιακά, είχαν το πρόβλημα των μεγάλων λιστών αναμονής (Λαδά – Χαντζοπούλου 1978).

1.12 ΙΔΙΩΤΙΚΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ

Οι ιδιωτικές κλινικές είναι μικρές νοσηλευτικές μονάδες που στη μεγάλη πλειονότητα τους διαθέτουν μικρό αριθμό κλινών. Σύμφωνα με τα παραπάνω στοιχεία ο μέσος όρος κλινών ανά ιδιωτική κλινική ανέρχεται σε 77. Οι πιο πολλές κλινικές εξαρτώνται από τους δημόσιους ασφαλιστικούς οργανισμούς οι οποίοι κρατούν χαμηλές τις τιμές όμως δύσκολα συνάπτουν συμβάσεις με ιδιωτικούς ασφαλιστικούς οργανισμούς λόγω ότι τις περισσότερες φορές δε μπορούν να ανταποκριθούν στην ζήτηση υψηλής ποιότητας υπηρεσιών (Μανιού & Ιακωβίτου 2009).

1.13 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ ΜΕ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν επηρεάζεται μόνο από δημογραφικά και ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά του προσωπικού και των ασθενών αλλά και από οργανωτικές παραμέτρους του συστήματος υγείας.

Στελέχωση κλινικής: Σε μεγάλα νοσοκομεία και σε κλινικές που η αναλογία ιατρών/ασθενών είναι μεγάλη, οι ασθενείς παρουσιάζονται λιγότερο ικανοποιημένοι/ες από τη διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού και τις διαπροσωπικές τους ικανότητες. Σε αντίθεση, όταν αυξάνονται οι αναλογίες νοσηλευτών/τριών οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι/ες από την ενημέρωση που γίνεται από τους νοσηλευτές, αλλά όχι από τη διαθεσιμότητα των ιατρών (Bredart et al. 2007). Επίσης όταν ένας νοσηλευτής/τρια είναι υπεύθυνος/η για περισσότερους από 8 ασθενείς σε πρωινή βάρδια η ικανοποίηση μειώνεται σημαντικά

Σύμφωνα με το πρωτόκολλο που ισχύει σε όλα τα πολιτισμένα κράτη, στα γενικά τμήματα (παθολογικά) η στελέχωση είναι ένας νοσηλευτής για κάθε 7 κρεβάτια, ενώ στις ΜΕΘ ένας νοσηλευτής για κάθε ασθενή ανά βάρδια (Davis 2010).

Σύνθεση νοσηλευτικού προσωπικού: Η ικανοποίηση των ασθενών αυξάνεται με την αύξηση της αναλογίας των πτυχιούχων νοσηλευτών/βοηθών σε ένα τμήμα (Hall & Milburn 1998).

1.14 ΤΑ ΣΗΜΑΝΤΙΚΟΤΕΡΑ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΤΗΣ ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ (Π.Φ.Υ) ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει η Π.Φ.Υ. στην Ελλάδα στις μέρες μας είναι:

- Ø Η ύπαρξη σοβαρών ελλείψεων στην υλικοτεχνική υποδομή έχει ως αποτέλεσμα να περιορίζεται το εύρος των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό οφείλεται τόσο στην ανεπάρκεια της εκπαίδευσης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και στην έλλειψη γιατρών γενικής ιατρικής όσο και στην ελλιπή στελέχωση των κέντρων υγείας.
- Ø Ο μεγάλος αριθμός των ασφαλιστικών ταμείων και προμηθευτών με διαφορετική οργανωτική και διοικητική δομή παρέχει υπηρεσίες που δεν είναι συντονισμένες μεταξύ τους. Επικαλύπτονται και διαφέρουν ως προς την ποιότητα και το εύρος με αποτέλεσμα να δημιουργούνται κοινωνικές ανισότητες.
- Ø Η απουσία ενός συστήματος παραπομπής μέσω των οικογενειακών γιατρών φέρει σαν αποτέλεσμα την ασυνέχεια της φροντίδας και την υπερφόρτωση του συστήματος εξαιτίας άσκοπων επισκέψεων.
- Ø Η χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών δημιουργεί στους χρήστες των δημόσιων υπηρεσιών υγείας δυσπιστία και τους κάνει να αναζητήσουν και δεύτερη γνώμη από ιδιώτες γιατρούς.

Συνοψίζοντας, η απουσία συστήματος ελέγχου της συνταγογραφίας και της παραπομπής σε ιδιωτικά διαγνωστικά κέντρα έχει ως αποτέλεσμα την υπερβολική οικονομική επιβάρυνση των ταμείων (Κυριόπουλος και συν. 2003).

Γενικά, η απουσία ενός συστήματος παραπομπής, η ελευθερία του ασθενή να απευθυνθεί σε οποιαδήποτε τύπου υπηρεσία και η πολλαπλότητα των φορέων που προσφέρουν ταυτόχρονα πρωτοβάθμια και δευτεροβάθμια φροντίδα, έχουν ως αποτέλεσμα η διαχωριστική γραμμή μεταξύ πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας να γίνεται ιδιαίτερα δυσδιάκριτη και συμβάλουν στην διαμόρφωση του νοσοκομειακού και κεντρικού χαρακτήρα του συστήματος.

Ουσιαστικά προβλήματα που αντιμετωπίζουν τα νοσοκομεία είναι ότι αρκετές κλίνες βρίσκονται σε παλαιά κτίρια που δεν ανταποκρίνονται στις σημερινές ανάγκες διότι βρίσκονται σε άσχημη κατάσταση, ενώ η απουσία οικονομικού ελέγχου και σύγχρονων μεθόδων αποζημίωσης στερούν την ύπαρξη κινήτρων για την ανάπτυξη διαδικασιών κόστους-αποδοτικότητας (Heikkinen et al. 2008).

Τα σημαντικότερα προβλήματα που αντιμετωπίζει ο τομέας του ανθρώπινου υγειονομικού δυναμικού στην Ελλάδα είναι η υπερπροσφορά γιατρών, η μη ενδεδειγμένη κατανομή των γιατρών μεταξύ των διαφόρων ειδικοτήτων, η έλλειψη και η ανεπαρκής εκπαίδευση του νοσηλευτικού προσωπικού, στατιστικών κλπ., η μη ισότιμη περιφερειακή κατανομή και η ανισομέρεια μεταξύ προσφοράς και ζήτησης. Αυτά τα προβλήματα έχουν σχέση με την απουσία σχεδιασμού και προγραμματισμού του ανθρώπινου δυναμικού επειδή οι προτεραιότητες δεν τίθενται με βάση την ζήτηση και τις ανάγκες (Matis et al. 2009).

1.15 ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΚΡΙΣΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Οικονομική κρίση είναι το φαινόμενο κατά το οποίο μια οικονομία χαρακτηρίζεται από μια συνεχόμενη και αισθητή μείωση της οικονομικής της δραστηριότητας. Η υγεία επηρεάζεται από την οικονομία με διάφορους τρόπους. Η φτώχεια αποτελεί τη πρώτη αιτία θανάτων και αρρώστιας στον κόσμο, ενώ η υγεία προστατεύεται και προάγεται από τον πλούτο, ιδιαίτερα όταν κατανέμεται με κοινωνική δικαιοσύνη. Από την άλλη πλευρά, το εισόδημα επηρεάζεται από την υγεία. Ένα υγιές άτομο ή ένας υγιής πληθυσμός είναι πιο παραγωγικός. Έτσι λοιπόν η οικονομική κρίση που ξεκίνησε στην Ελλάδα το 2008, είναι λογικό να επιδρά αρνητικά στην υγεία των Ελλήνων. Η μείωση του ατομικού και οικογενειακού εισοδήματος, όπως και η αύξηση της ανεργίας και της οικονομικής ανασφάλειας, επιδείνωσαν τις συνθήκες διαβίωσης και διατροφής, μείωσαν τις δημόσιες παροχές σε υγεία και δυσχέραναν την πρόσβαση αρκετών Ελλήνων στις απαραίτητες ιατρικές υπηρεσίες και στα φάρμακα.

Η πιο μεγάλη αρνητική επίδραση της οικονομικής κρίσης αφορά την ψυχική υγεία. Οι αυτοκτονίες αυξήθηκαν κατά 17% το 2009 σε σύγκριση με το 2007, ενώ το πρώτο εξάμηνο του 2011 εμφάνιζαν αύξηση κατά 40% σε σύγκριση με την ίδια περίοδο του 2010. Το διάστημα 2009-2011, σύμφωνα με τα στοιχεία του ΕΟΠΥΥ, διαπιστώθηκε επίσης αύξηση κατά 36% στον αριθμό των ατόμων που ανέφεραν απόπειρα αυτοκτονίας, όπως επίσης ένα υψηλό ποσοστό των ατόμων με οικονομικά προβλήματα παρουσίαζαν αυτοκτονικό ιδεασμό. Επιπλέον, ενώ η συχνότητα του μείζονος καταθλιπτικού επεισοδίου το 2008 καταγραφόταν στο 3,3% του πληθυσμού, το 2013 ξεπέρασε το 12,3%. Οι Έλληνες που δήλωναν χαρούμενοι πάντα ή τον περισσότερο καιρό ήταν 61% το 2006 ενώ το 2010 43%. Μείωση από 58% στο 46% στο ίδιο διάστημα εμφανίζει και το ποσοστό όσων ένιωθαν ήρεμα και ευχάριστα, σύμφωνα με το Ευρωβαρόμετρο.

Εξαιτίας της οικονομικής κρίσης σε έρευνα της ΕΣΔΥ διαπιστώθηκε ότι το 59% των Ελλήνων αναγκάστηκε να μειώσει τη χρήση υπηρεσιών υγείας μεταξύ 2011 και 2012, ενώ 4 στους 10 Έλληνες δήλωσαν ότι έχει καταστεί πολύ δύσκολη η πρόσβαση σε φάρμακα και εξετάσεις.

Όλες οι αρνητικές επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης είναι πιο έντονες στα φτωχά στρώματα, στους ανέργους, στους χαμηλοσυνταξιούχους, στους ανασφάλιστους και σε άλλες ευπαθείς ομάδες του πληθυσμού, για τις οποίες χρειάζονται στοχευμένες κάθετες πολιτικές και συγκεκριμένα μέτρα για την προστασία της υγείας τους (Τούντας 2014)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

2.1 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ορισμός: Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται προσαρμοσμένο μέτρο αντίληψης για την αποδοτικότητα των νοσοκομείων. Η μέτρηση της ικανοποίησης εντοπίζεται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες έχουν σχέση μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, όπως και με την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος.

Ο βαθμός ικανοποίησης έχει στενή σχέση με τις προσδοκίες των ασθενών και τα κοινωνικά, οικονομικά και ψυχοκοινωνικά τους χαρακτηριστικά. Ο βαθμός ικανοποίησης στην πραγματικότητα αποδεικνύει ότι οι προσδοκίες των χρηστών-ασθενών πραγματοποιήθηκαν και καθορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αυτού που ήλπιζαν να συμβεί και εκείνου που τελικά συνέβη. Η συναισθηματική και η συντελεστική συμπεριφορά έχει μεγάλη επίπτωση στην ικανοποίηση των ασθενών. Ανάμεσά τους, μεγαλύτερη βαρύτητα έχει η συντελεστική συμπεριφορά (Fottler et al. 2000, Barnett 2001).

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από τρεις παράγοντες: (α) τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία, (β) τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών, (γ) τα ψυχικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους. Η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν (Miaoulis et al. 2009).

2.2 ΑΝΑΓΚΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μία από τις πιο γνωστές θεωρίες του Abraham H. Maslow είναι η θεωρία της ιεράρχησης αναγκών. Σύμφωνα με τον A. Maslow παράγοντες υποκίνησης είναι μόνο ανάγκες που δεν έχουν ικανοποιηθεί. Τις ανάγκες αυτές τις ιεράρχησε σε πέντε κατηγορίες:

- ü Οι φυσιολογικές ανάγκες, είναι οι ανάγκες της επιβίωσης, δηλαδή οι ανάγκες που αν τις ικανοποιήσουμε κρατιόμαστε στην ζωή.
- ü Οι ανάγκες ασφάλειας, είναι δημιουργήματα των συναισθημάτων της αυτοσυντήρησης.
- ü Κοινωνικές ανάγκες. Η ανάγκη για αγάπη, η επαφή με άλλους, η ένταξη σε ομάδα, η φιλία.
- ü Η ανάγκη για αυτοεκτίμηση και η αναγνώριση από τους άλλους γύρω σου (φήμη, κύρος, εκτίμηση, σεβασμός).
- ü Η ανάγκη για αυτοανάπτυξη, αυτενέργεια και αυτοολοκλήρωση.

Το μοντέλο του Maslow δεν είναι στατικό αλλά μεταβάλλεται, εξελίσσεται μέσα στον χρόνο και στον τόπο και επηρεάζεται από διάφορους παράγοντες όπως είναι ο πολιτισμός, οι κοινωνικές δομές, η ανάπτυξη, η τεχνολογία, οι προσδοκίες, οι μεταβολές. Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow, έχει πολλές φορές χρησιμοποιηθεί στον χώρο της υγείας για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, δεδομένου ότι το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών δεν έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης και ανάπτυξης εργαλείων μέτρησης αν και δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών (Taylor et al. 2002, Πολυκανδριώτη 2013).

2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση τεκμηριώνεται, πως οι σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελούν, **το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, η ικανότητα γλωσσικής συνεννόησης, η πολιτιστική ποικιλομορφία τους, αλλά και στοιχεία που αφορούν την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση.** Όλα αυτά που αναφέρθηκαν, επηρεάζουν αρνητικά ή θετικά τους αρρώστους, στην τελική έκφραση της ικανοποίησής τους. Οι παράγοντες που πρέπει να εξετάζονται, για τη της ικανοποίησης των ασθενών είναι:

- **Οι προσδοκίες των χρηστών:** Σημαντικό ρόλο διαδραματίζουν οι προσδοκίες του καταναλωτή στο να θεωρηθεί το αποτέλεσμα ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό. Σε σχετική βιβλιογραφία (Williams 1994), η αξιολόγηση του ασθενή για τη παρεχόμενη φροντίδα κατά ένα μεγάλο μέρος, είναι ανεξάρτητη από αυτή που πραγματικά έλαβε, για αυτό το λόγο δεν αποτελεί κύριο θέμα η σύνδεση μεταξύ της ικανοποίησης και της εκπλήρωσης των προσδοκιών των ασθενών.

- **Η ηλικία:** Τα ηλικιωμένα άτομα σε όλες σχεδόν τις έρευνες, έχουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σχέση με άτομα νεότερα σε ηλικία (Crow et al. 2002) και τις περισσότερες φορές δίνουν κοινές επαινετικές απαντήσεις, γιατί δεν θέλουν να προκαλέσουν την αυθεντία των ιατρών και νοσηλευτών (Papanikolaou & Ntani 2008). Αυτό μπορεί να συμβαίνει λόγω το ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης ή έχουν αρκετή ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειάς τους, λόγω μεγάλης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως για παράδειγμα σε χρόνιες παθήσεις.

- **Το φύλο** δεν έχει γίνει απόλυτα σαφές, αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Κάποιες μελέτες, σε αντίθεση με άλλες, δείχνουν ότι οι γυναίκες επισκέπτονται πιο συχνά τους ιατρούς, νοσηλεύονται περισσότερο και εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους άνδρες (Pappa & Niakas 2006).

- **Η ασθένεια:** Ασθενείς με πιο βαριές ασθένειες φαίνεται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τη παροχή υπηρεσιών υγείας, επειδή βρίσκονται υπό ψυχολογική πίεση. Δεν αποδεικνύεται, όμως, αν

είναι δυσαρεστημένοι εξαιτίας του τρόπου που παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας ή στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες.(Hall & Milburn 1998)

- **Κοινωνικοοικονομική κατάσταση:** Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, ασθενείς πιο μεγάλης ηλικίας με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, σε σχέση με τους πιο νέους ασθενείς που διαθέτουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, και αυτό μπορεί να εξηγείται, εξαιτίας των χαμηλότερων προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas et al. 2004). Το επάγγελμα των ασθενών δεν φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίηση (Crow et al. 2002, Quintana et al. 2006). Οι έγγαμοι ασθενείς έχουν μεγαλύτερη ικανοποίηση, σε σχέση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Κέπεντζης και συν. 2004).

- **Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης:** Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, είναι συνδεδεμένος με την εμπειρία προηγούμενης παροχής υπηρεσιών, όπως και με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών τους (Crow et al. 2002).

- **Σχέσεις μεταξύ επαγγελματιών υγείας (ιατρών και νοσηλευτών) με τον ασθενή:** Η επικοινωνία των ασθενών με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, καθώς και ο τρόπος επικοινωνίας που χρησιμοποιούν οι επαγγελματίες υγείας κατά την επαφή τους με τον ασθενή, μπορούν να θεωρηθούν κρίσιμα στοιχεία για την ικανοποίηση. Η αποτελεσματική επικοινωνία από τον γιατρό, έχει σημαντικό ρόλο και αφορά την προσέγγιση, την αδιαφορία στις ανησυχίες του ατόμου, τη μη ξεκάθαρη επεξήγηση και τη χρήση της ιατρικής δυσνόητης ορολογίας. Ακόμη, η διαθεσιμότητα των νοσηλευτών για άμεση αντιμετώπιση των αναγκών των ασθενών π.χ. φροντίδα, πόνος, πληροφόρηση, αυξάνουν την ικανοποίηση.

- **Οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού:** Η διαδικασία που θα εισαχθεί ο ασθενής στο νοσοκομείο, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η παροχή άνετης διαμονής, η διαδικασία αναχώρησης, είναι παράγοντες που επιδρούν στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών (Μποστανίτης & Τσαλίδου 2010).

2.4 ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ

Στο ανταγωνιστικό περιβάλλον, αναζητείται διαρκώς η άποψη των καταναλωτών με σκοπό τη βελτίωση των παραγόμενων προϊόντων και υπηρεσιών. Ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας αποτελεί τον κύριο καταναλωτή υπηρεσιών και το δικαίωμα έκφρασης είναι αναμφισβήτητο. Πράγματι, εκφράζοντας οι ασθενείς τα παράπονα τους και τις προτάσεις τους δίνεται μια δεύτερη ευκαιρία να γίνουν τα πράγματα καλύτερα.

Συγχρόνως, υπάρχουν ηθικοί λόγοι που επιβάλλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη η ευεξία του ασθενή είναι το σημαντικότερο στοιχείο, οπότε, είναι

αναγκαίο να ενσωματωθεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι αρκετά σημαντική για τους διοικητές και για όλους όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω ότι υπάρχει έντονος ανταγωνισμός και αυξημένες απαιτήσεις. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να μετρηθεί σε συνάρτηση με το κόστος καθώς και με τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και να προσφέρει καινούργια δεδομένα στη διαμόρφωσης στρατηγικής της υγείας.

Διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας συνδέονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Γι' αυτό το λόγο η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να αξιολογηθούν μοντέλα συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί στη προσέλκυση των ασθενών-πελατών (Κοτσαγιώργη & Γκέκα 2010). Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαμορφώσουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα υγείας και να συντείνουν στη επίλυση πολλών προβλημάτων. Πράγματι, η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών προσφέρει χρήσιμες πληροφορίες για τους τομείς της φροντίδας που χρειάζονται βελτίωση. Το προσωπικό μπορεί να κάνει διορθωτικές παρεμβάσεις, εάν, χρησιμοποιήσει τις πληροφορίες των ασθενών, οι οποίες θα βελτιώσουν την ικανοποίησή τους και θα οδηγήσουν σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία συμπεριλαμβανομένης της συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες, την γρήγορη ανάρρωση και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας (Βενιού & Τεντολούρης 2013).

2.5 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Η ποιότητα έχει έναν πολυμερή χαρακτήρα, ιδιαίτερα στον τομέα της φροντίδας υγείας, που αυτό έχει ως αποτέλεσμα να εμπεριέχει πολλές εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος στους ορισμούς που αναφέρονται σε αυτή (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου 2003). Σε αυτό το σημείο, αξίζει να επισημανθεί, ότι σήμερα δεν υπάρχει ένας παγκόσμια αποδεκτός ορισμός για την ποιότητα. Είναι πολύ πιθανό να λάβουμε τον ίδιο αριθμό διαφορετικών ορισμών ακόμη και αν ερωτηθούν χίλιοι άνθρωποι για το τι σημαίνει ποιότητα.

Η προσέγγιση του Donabedian, αποτελεί έναν από τους κλασικούς ορισμούς της ποιότητας στην υγεία, όπου η παροχή της φροντίδας υγείας έχει τρεις επιμέρους διαστάσεις: α) **Το τεχνικό μέρος** (technical, science of medicine). Έχει σκοπό την καλύτερη ικανοποίηση του ασθενή. Αναφέρεται στην εφαρμογή της ιατρικής επιστήμης και τεχνολογίας, καθώς και των υπολοίπων επιστημών υγείας. β) **Το διαπροσωπικό μέρος** (interpersonal, art of medicine). Αυτό έχει σχέση με την ανθρώπινη (ψυχολογική) διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, έχει και σχέση και με τη συμπεριφορά τους απέναντί του, η οποία καθορίζεται τόσο από την επαγγελματική ηθική και δεοντολογία, όσο και από τα ήθη και έθιμα της κοινωνίας και τις

προσδοκίες των ασθενών. γ) **Την ξενοδοχειακή υποδομή** (amenities), που σχετίζεται με το χώρο, το περιβάλλον, και τις συνθήκες υπό τις οποίες παρέχονται η φροντίδα, οι ανέσεις και οι ευκολίες.

Επίσης, ο Donabedian, παρουσιάζει τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα της υγειονομικής φροντίδας που ορίζουν την ποιότητα:

- 1) **Κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy),**
- 2) **Αποτελεσματικότητα (effectiveness),**
- 3) **Αποδοτικότητα (efficiency),**
- 4) **Βελτιστότητα (optimality),**
- 5) **Αποδεκτικότητα (acceptability),**
- 6) **Νομιμότητα (legitimacy) και**
- 7) **Δίκαιη κατανομή ωφελειών (equity)** (Donabedian 1988).

Εκτός από τον Donabedian, ορισμούς για την ποιότητα στην υγεία, διατύπωσαν και πολλοί άλλοι ερευνητές. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα αποτελεί παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το πιο καλό δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία οφείλει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα, με τον μικρότερο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από πλευράς διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής (Τούντας 2008).

2.6 ΜΕΘΟΔΟΙ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Οι μέθοδοι που σχετίζονται για να βελτιωθεί η ποιότητα έχουν σχέση με τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, τα συστήματα διασφάλισης ποιότητας και τις ποσοτικές μετρήσεις που αφορούν στην ποιότητα και την σχέση κόστους-ωφέλειας. Ο ρόλος που έχει ο ανθρώπινος παράγοντας στη βελτίωση της ποιότητας μέσα από την εφαρμογή του θεωρητικού υποδείγματος του Donabedian είναι ουσιώδες, καθώς συμμετέχει και στις τρεις παραμέτρους που αφορούν στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας. Τέλος, όσον αφορά την υλοποίηση των προγραμμάτων βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο των νοσοκομείων, στο εξωτερικό και στην Ελλάδα, παρατηρήθηκε ότι στην χώρα μας υπάρχει καθυστέρηση στην εφαρμογή τους και απουσία οργανωμένης και συστηματικής ενασχόλησης με τη διασφάλιση της ποιότητας και την υλοποίηση αντίστοιχων προγραμμάτων.

Εδώ παρουσιάζονται κάποιοι από τους τρόπους και πρακτικές για να βελτιωθεί η ποιότητα στον υγειονομικό τομέα. Οι ακόλουθες πρακτικές έχουν εφαρμοσθεί σε πολλούς κλάδους τόσο της μεταποίησης, όσο και του τομέα των υπηρεσιών και προσαρμόζονται ανάλογα με το πεδίο εφαρμογής, οπότε δεν είναι αποκλειστικά ειδικά προγράμματα για την υγεία και τον χώρο των νοσοκομείων. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM) έχει στόχο να επιτύχει σε έναν οργανισμό τα πιο κάτω μέσα από την μεγιστοποίηση της αξίας των παρεχομένων

υγειονομικών υπηρεσιών, όπως αυτές γίνονται αντιληπτές από τους ασθενείς, έχοντας λάβει υπόψη την συμμετοχή των εργαζομένων του υγειονομικού φορέα (Αλεξιάδης & Σιγάλας 1999) :

- *Αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή.*
- *Συνεχή βελτίωση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών.*
- *Διασφάλιση μεγάλης αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου σε σχέση με το κόστος λειτουργίας.*
- *Αύξηση της ικανότητας του νοσοκομείου για καινοτομίες και ευελιξία.*
- *Συμπίεση του χρόνου ικανοποίησης αιτημάτων ασθενών και περίθαλψης.*
- *Βελτίωση της αξιοποίησης και αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού του νοσοκομείου.*
- *Αύξηση του βαθμού αξιοποίησης νέας τεχνολογίας, δηλαδή, νέου εξοπλισμού και λογισμικού*
(Hall & Dornar 1998).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο

3.1 ΣΚΟΠΟΣ

Στο παρόν κομμάτι θα παρουσιάσουμε τα αποτελέσματα της έρευνας που διεξήγαμε στην περιοχή της Πάτρας, από τις 26/1/2015 έως τις 29/5/2015 με θέμα την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που παρέχουν τα δημόσια νοσοκομεία της περιοχής.

3.2 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Συλλογή Δεδομένων

Η έρευνα έγινε με τη συλλογή έντυπων ερωτηματολογίων και έλαβε χώρα τους πρώτους μήνες του 2015. Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν ήταν ανώνυμα και κανένα προσωπικό στοιχείο των ασθενών δεν πρόκειται να παρουσιαστεί στη παρούσα εργασία. Ο πληθυσμός της έρευνας ήταν οι κάτοικοι του νομού Αχαΐας. Αποκρίθηκαν 290 άτομα εκ των οποίων 260 ερωτηματολόγια ήταν πλήρως, ορθά και έγκυρα απαντημένα. Το δείγμα που συλλέχθηκε σταθμίστηκε ως προς το φύλο και την ηλικία.

Μεταβλητές

Η δομή του ερωτηματολογίου επιμερίστηκε σε δύο κομμάτια, το πρώτο αφορά τα δημογραφικά στοιχεία των συμμετεχόντων και το δεύτερο τις ερωτήσεις που σχετίζονται με την αποτύπωση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων. Συνολικά στο ερωτηματολόγιό μας παραθέσαμε 34 ερωτήσεις οι περισσότερες εκ των οποίων ήταν κλειστές κατηγορικού τύπου. Οι ερωτήσεις ανοιχτού τύπου στην φάση της ανάλυσης κατηγοριοποιήθηκαν και αναπαραστάθηκαν ως κατηγορικές.

Για την μέτρηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκαν κυρίως πενταβάθμιας κλίμακας ερωτήσεις, τύπου Likert. Οι ερωτήσεις αυτές έχουν να κάνουν με την συμπεριφορά που εξέλαβαν οι νοσηλευόμενοι από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, την επικοινωνία που είχαν μαζί τους, την προσέγγιση του προβλήματος υγείας που είχαν, την καθαριότητα των χώρων που νοσηλεύτηκαν, την ποιότητα και την ποσότητα της τροφής και τέλος την αποτελεσματικότητα των κρατικών νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών.

3.3 ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ

Το παρόν κομμάτι των αποτελεσμάτων επιμερίζεται σε δύο κομμάτια. Το πρώτο κομμάτι αφορά την μονομεταβλητή ανάλυση, κατά την οποία με την χρήση περιγραφικής στατιστικής, αποτυπώνουμε

τη στάση των νοσηλευόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα ως προς τις υπηρεσίες υγείας που τους είχαν παραχθεί κατά τη νοσηλεία τους σε κάποιο από τα κρατικά νοσοκομεία της περιοχής της Πάτρας. Απεικονίζουμε με κατάλληλο γράφημα τις απαντήσεις που δόθηκαν σε κάθε ερώτηση που τέθηκε στους συμμετέχοντες. Το πρώτο κομμάτι της περιγραφικής στατιστικής επιμερίζεται με τη σειρά του σε δύο κομμάτια σύμφωνα με την δομή του ερωτηματολογίου (Δημογραφικά Στοιχεία και Κύριο Μέρος Ερωτήσεων).

Στο δεύτερο κομμάτι της διμεταβλητής ανάλυσης εξετάζονται αν οι απαντήσεις που μετρούν την ικανοποίηση των συμμετεχόντων, οι οποίες διαφοροποιούνται από παράγοντες όπως το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η ηλικία, η εργασιακή κατάσταση, ο τόπος διαμονής, το είδος ασφάλειας, το μορφωτικό επίπεδο, ο χρόνος εξέτασης, ο χρόνος της διαδικασίας εισαγωγής, η κλινική και το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκε ο κάθε ερωτώμενος και τέλος το αν απαιτήθηκαν επιπλέον χρήματα από αυτά που καλύπτει ο ασφαλιστικός φορέας. Ο έλεγχος διαφοροποίησης των απαντήσεων ως προς τους παραπάνω παράγοντες έγινε με τη χρήση κατάλληλων παραμετρικών ελέγχων. Όταν ο εξεταζόμενος παράγοντας ήταν δίτιμος, δηλαδή επιμέριζε τις απαντήσεις σε δύο ανεξάρτητα δείγματα (π.χ. άνδρας, γυναίκα), χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος μέσω δύο ανεξάρτητων δειγμάτων t.test. Όταν ο παράγοντας είχε παραπάνω από δύο κατηγορίες, συνεπώς επιμέριζε τις απαντήσεις σε περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα, χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος μέσω k ανεξάρτητων δειγμάτων ANOVA (ANALYSIS OF VARIANCE).

Σε κάθε έλεγχο υπόθεση ελέγχουμε την ισχύ μίας μηδενικής υπόθεσης έναντι της εναλλακτικής σε ένα επίπεδο σημαντικότητας. Στην παρούσα έρευνα οι έλεγχοι υπόθεσης που θα γίνουν θα ελεγχθούν σε επίπεδο σημαντικότητας 95%. Δηλαδή αν επαναλάβουμε το πείραμα 100 φορές στις 95 φορές οι μέσες απαντήσεις θα εγκλωβίζονται ορθά στο διάστημα εμπιστοσύνης.

1. Έλεγχος μέσω δύο ανεξάρτητων δειγμάτων (t.test)

Στον έλεγχο μέσω δύο ανεξάρτητων δειγμάτων ελέγχουμε κατά την μηδενική υπόθεση αν οι αριθμητικοί μέσοι είναι στατιστικά ίσοι, έναντι της εναλλακτικής που ορίζει πως οι μέσοι μεταξύ των δύο δειγμάτων είναι διάφοροι. Οι υποθέσεις που εξετάζονται είναι οι εξής:

Μηδενική Υπόθεση (H₀): $\mu_A = \mu_B$, έναντι της

Εναλλακτικής Υπόθεσης (H₁): $\mu_A \neq \mu_B$

2. Έλεγχος μέσων περισσότερων από δύο ανεξάρτητων δειγμάτων ως προς έναν παράγοντα (One Way ANOVA test)

Ελέγχει αν οι τιμές k ανεξάρτητων κανονικών πληθυσμών με ίσες διακυμάνσεις ως προς έναν παράγοντα A έχουν ίσους μέσους. Στην περίπτωση μας τα δείγματα των κατηγοριών είναι μεγάλα άρα η κανονικότητα των k δειγμάτων δεν είναι απαραίτητη. Στον έλεγχο One Way ANOVA ελέγχουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει πως οι μέσοι των k ανεξάρτητων δειγμάτων θεωρούνται στατιστικά ίσοι. Αν απορριφθεί η μηδενική υπόθεση οι μέσες τιμές μιας τουλάχιστον κατηγορίας διαφοροποιούνται από τις μέσες τιμές των υπόλοιπων. Εξετάζονται οι εξής υποθέσεις:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2$$

$$1 = \mu$$

$$2 = \dots = \mu_k, \text{ έναντι της εναλλακτικής}$$

$$H_1: \text{Τουλάχιστον δύο μέσοι διαφέρουν μεταξύ τους}$$

3. Μέτρηση συνοχής μεταξύ των ερωτήσεων - Άλφα του Cronbach

Οι παραπάνω έλεγχοι απαιτούν οι μεταβλητές που θέλουμε να δούμε αν διαφοροποιούνται οι μέσοι τους να είναι αριθμητικές μεταβλητές. Συνεπώς θέλουμε να καταλήξουμε σε ένα σκορ ικανοποίησης που θα αποτυπώνει με αριθμητικό πλέον τρόπο τις απαντήσεις που έδωσαν οι συμμετέχοντες στις ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας. Σε αυτό θα μας βοηθήσει ο συντελεστής Alpha του Cronbach.

Ο Alpha του Cronbach εξετάζει την αξιοπιστία μίας κλίμακας που περιέχει δύο ή περισσότερες ερωτήσεις. Πρακτικά εξετάζει πόσο αξιόπιστες θα παρέμεναν οι απαντήσεις των ατόμων στην ίδια κλίμακα αν μεταξύ των ερωτήσεων δεν μπλεκόνταν κανένας παράγοντας που μπορεί να επηρέαζε τις απαντήσεις. Η τιμή του Alpha Cronbach παίρνει τιμές από -1 έως 1 με τιμές πάνω από 0,7 να θεωρούνται αποδεκτές. Στην παρούσα εργασία χρησιμοποιούμε τον δείκτη Alpha Cronbach ώστε να δούμε αν δύο ή περισσότερες ερωτήσεις τύπου Likert (πενταβάθμιας) μπορούν να θεωρηθούν μαζί ως ένα αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της ίδιας έννοιας. Ομάδα ερωτήσεων με δείκτη Alpha του Cronbach μεγαλύτερο του 0,7 (υψηλή συνοχή) θεωρούνται αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης του ίδιου πράγματος. Συνεπώς, εφόσον έχει εξασφαλιστεί η υψηλή συνοχή μεταξύ των ερωτήσεων που απαρτίζουν μία ομάδα, έχουμε το δικαίωμα να αθροίσουμε τις απαντήσεις κάθε ατόμου στις επιμέρους ερωτήσεις που απαρτίζουν την ομάδα και να δημιουργήσουμε από αυτές ένα σκορ ικανοποίησης. Αυτό το σκορ πλέον μπορεί να χειριστεί ως ποσοτική πλέον μεταβλητή από άθροισμα ιεραρχικών κατηγορικών ποιοτικών που μετρούν το ίδιο πράγμα.

Στατιστικά εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν

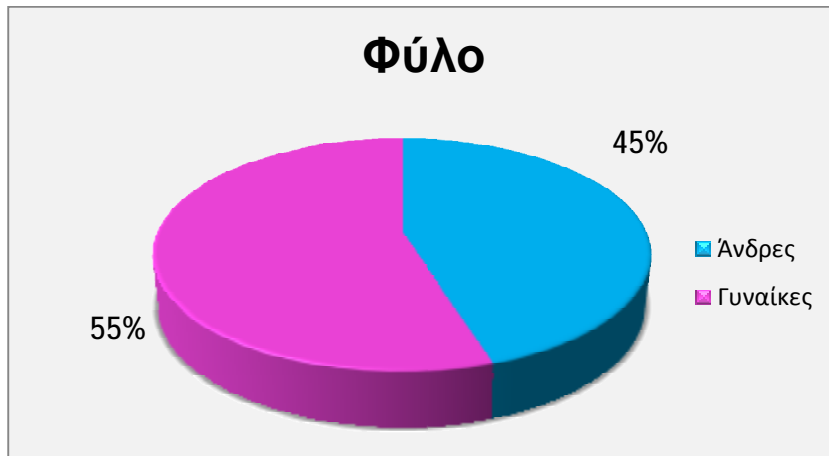
Η γραφική απεικόνιση των ερωτημάτων έγινε με τη χρήση του Microsoft Excel ενώ οι κατάλληλοι στατιστικοί έλεγχοι με το ανοιχτού κώδικα στατιστικό πρόγραμμα **R-studio**.

Α.Περιγραφική Στατιστική Ανάλυση

Α1. Δημογραφικά στοιχεία

Στο παρόν κομμάτι περιγράφουμε την «εικόνα» του δείγματός μας ως προς τα δημογραφικά στοιχεία τους. Είναι κρίσιμο πριν δούμε τι μας απάντησαν οι συμμετέχοντες, ως προς τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν στα δημόσια νοσοκομεία της Πάτρας, να δούμε το συνολικό προφίλ του δείγματός που συλλέξαμε.

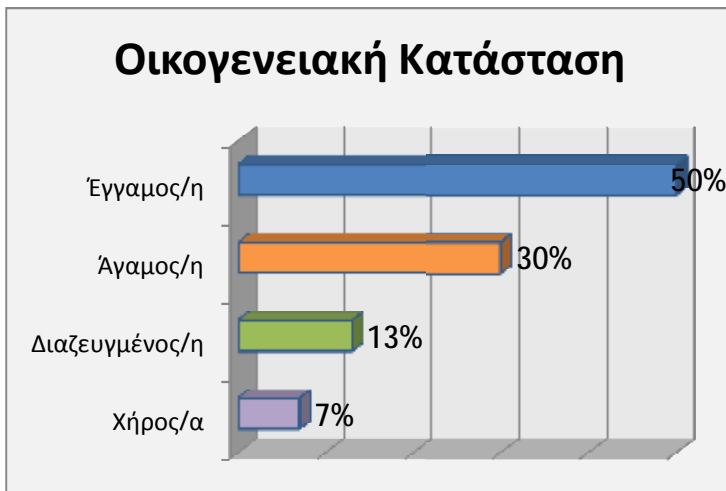
Q1. Φύλο



Διάγραμμα 1 Φύλο ερωτηθέντων

Όπως φαίνεται στο **Διάγραμμα 1**, το 45% των ερωτηθέντων που συμμετείχαν ήταν άνδρες και το 55% γυναίκες. Αρκετά αντιπροσωπευτικό ποσοστό ως προς το φύλο αν αναλογιστούμε πως η αναλογία ανδρών-γυναικών στον πληθυσμό της Πάτρας είναι 51% γυναίκες και 49% άνδρες.

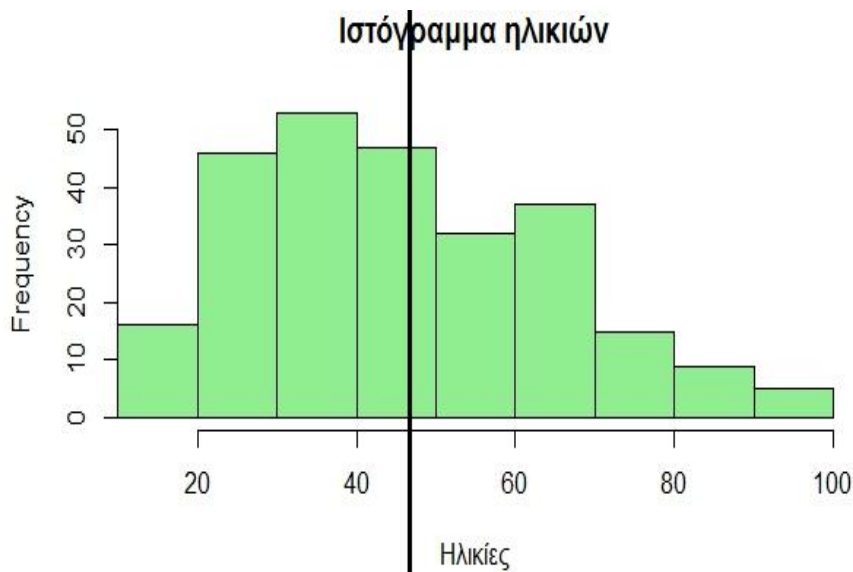
Q2. Οικογενειακή κατάσταση



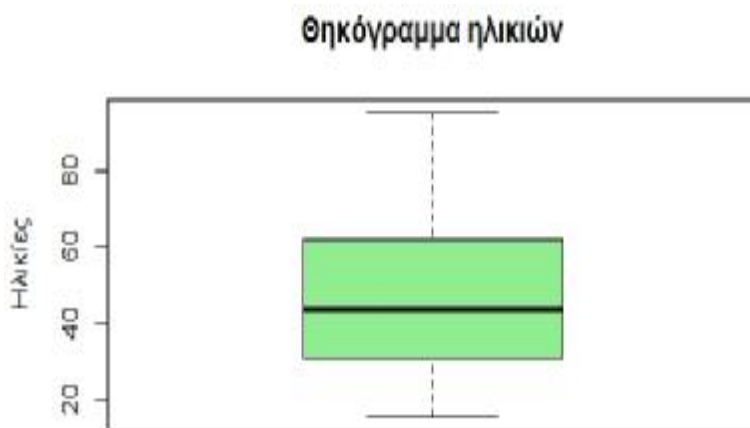
Διάγραμμα 2 Οικογενειακή κατάσταση ερωτηθέντων

Ως προς την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων, η εικόνα τους φαίνεται στο **Διάγραμμα 2**. Οι μισοί από τους συμμετέχοντες (50%) δήλωναν έγγαμοι/ες την στιγμή της έρευνας. Το 30% δήλωσαν άγαμοι/ες, το 13% διαζευγμένοι/ες και το 7% χήροι/ες

Q3. Ηλικία



Διάγραμμα 3 Ιστόγραμμα ηλικιών ερωτηθέντων



Διάγραμμα 4 Θηκόγραμμα ηλικιών

Ηλικίες					
Min	1 ^ο Τεταρτημόριο	Διάμεσος	Αρ. Μέσος	3 ^ο Τεταρτημόριο	Max
16	31	44	46.62	62	95

Πίνακας 1 Μέτρα θέσης ηλικιών

Στο **Διάγραμμα 3** φαίνεται το **ιστόγραμμα** των ηλικιών των συμμετεχόντων στην έρευνα. Η μαύρη γραμμή στο ιστόγραμμα μας δείχνει που βρίσκεται η μέση τιμή ως προς την κατανομή των ηλικιών. Το σχήμα της κατανομής των ηλικιών μοιάζει με κανονική κατανομή αλλά παρουσιάζει μία **θετική ασυμμετρία**. Από το υπολογισμό των βασικών περιγραφικών μέτρων που φαίνονται στον Πίνακας 1 συμπεραίνουμε πως η **μέση ηλικία** των συμμετεχόντων στην έρευνα είναι περίπου τα 47 έτη (46.62). Η **διάμεσος** των ηλικιών είναι τα 44 έτη. Δηλαδή το 50% των ερωτηθέντων ήταν μικρότεροι από 44 την στιγμή της έρευνας και το υπόλοιπο 50% μεγαλύτεροι από 44. Το ότι η διάμεσος είναι μικρότερη από τον αριθμητικό μέσο μας επιβεβαιώνει την θετική ασυμμετρία της κατανομής των ηλικιών η οποία ενδεχομένως να δημιουργείται από την ακραία τιμή των 95 ετών, αν και από το **θηκόγραμμα** (Διάγραμμα 4) δεν εμφανίζεται αυτή η ηλικία ως ακραία τιμή. Το **εύρος** των

ηλικιών (μεγαλύτερη – μικρότερη) είναι τα 79 έτη εφόσον ο μικρότερος σε ηλικία ήταν 16 και ο μεγαλύτερος 95. Τέλος αξιολογώντας το **πρώτο τεταρτημόριο** συμπεραίνουμε πως το 25% των ερωτηθέντων ήταν μικρότεροι από 31 ετών και συνεπώς το υπόλοιπο 75% μεγαλύτεροι από 31. Αντίστοιχα από το **τρίτο τεταρτημόριο** συμπεραίνουμε πως το 75% των ερωτηθέντων ήταν μικρότεροι από 62 ετών την στιγμή της έρευνας. Άρα το 50% του δείγματός μας είναι ανάμεσα στις ηλικίες από 31 έως 62 ετών και το υπόλοιπο μισό έξω από αυτό το διάστημα (**ενδοτεταρτημοριακό εύρος ηλικιών**).

Q4. Εργασιακή κατάσταση



Διάγραμμα 5 Εργασιακή κατάσταση

Η εργασιακή κατάσταση των συμμετεχόντων τη στιγμή της έρευνας αποτυπώνεται στο **Διάγραμμα 5**. Το 39% των ερωτηθέντων απάντησαν πως ήταν εργαζόμενοι, το 49% μη οικονομικά ενεργοί ενώ το 12% άνεργοι.

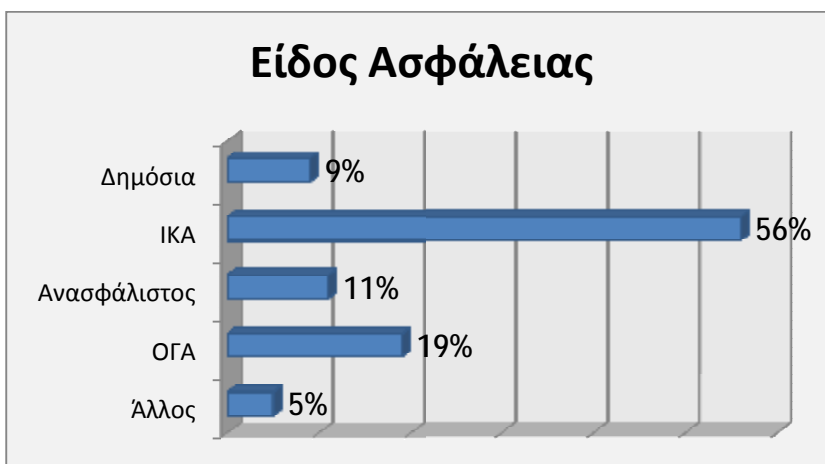
Q5. Τόπος διαμονής



Διάγραμμα 6 Τόπος διαμονής ερωτηθέντων

Όπως παρατηρούμε στο **Διάγραμμα 6** το 63% των συμμετεχόντων ζούσαν τη στιγμή της έρευνας στην πόλη της Πάτρας ενώ το υπόλοιπο 37% του δείγματος σε χωριά. Η ηλικία των ερωτηθέντων δεν διαφοροποίησε τον τόπο διαμονής τους στο δείγμα μας.

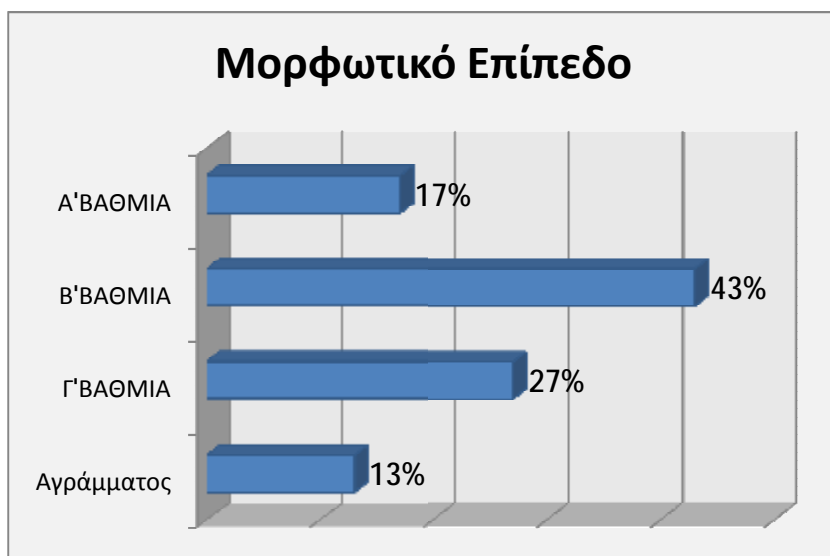
Q6. Τι είδους ασφάλεια έχετε;



Διάγραμμα 7 Είδος Ασφάλειας

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (56%) ήταν ασφαλισμένοι στο ΙΚΑ τη στιγμή της έρευνας. Το 9% ήταν ασφαλισμένοι στον φορέα του δημοσίου, το 19% στον ΟΓΑ, το 5% σε άλλον ασφαλιστικό φορέα ενώ το 11% των ερωτηθέντων δήλωσαν ανασφάλιστοι (**Διάγραμμα 7**).

Q7. Μορφωτικό επίπεδο

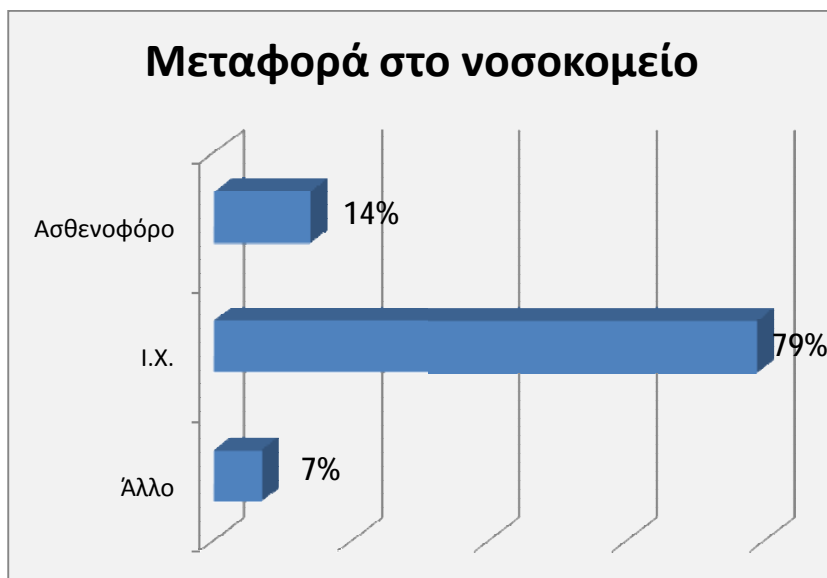


Διάγραμμα 8 Επίπεδο Εκπαίδευσης

Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων ήταν απόφοιτοι δευτεροβάθμιας εκπαίδευσης (43%). Το 27% είχαν ολοκληρώσει τις σπουδές τους στην τριτοβάθμια μέχρι τη στιγμή της έρευνας, το 17% ήταν απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και το 13% απάντησαν πως ήταν αγράμματοι (Διάγραμμα 8). Στον πληθυσμό της Ελλάδας το 9% είναι αγράμματοι (6% για τους άνδρες και 12% για τις γυναίκες).

Α2. Κύριο μέρος Ερωτήσεων

Q8. Με ποιον τρόπο έγινε η μεταφορά σας στο νοσοκομείο;



Διάγραμμα 9 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q8

Η συντριπτική πλειοψηφία των νοσηλευόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα δήλωσαν πως η μεταφορά τους έγινε με όχημα ιδιωτικής χρήσης. Το 13% μεταφέρθηκε με ασθενοφόρο και το 7% με άλλον τρόπο (Διάγραμμα 9).

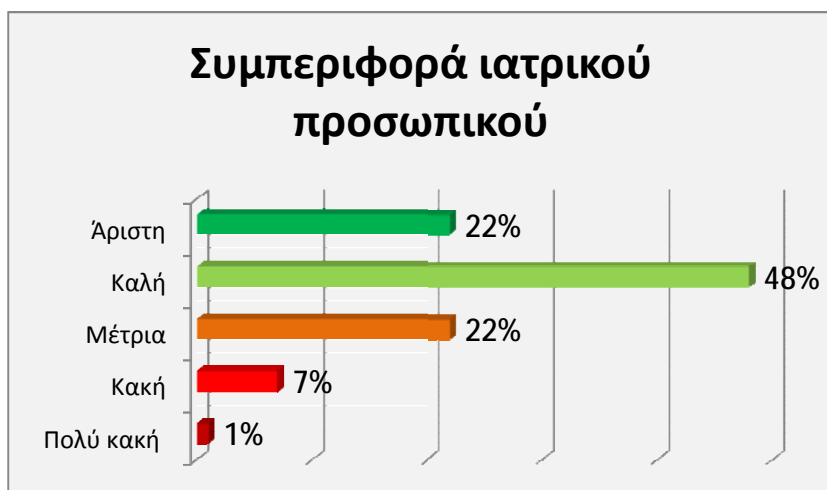
Q9. Η εξέτασή σας ήταν (άμεση/με αναμονή):



Διάγραμμα 10 Κυκλικό γράφημα ερώτησης Q9

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 10, επτά στους δέκα νοσηλευόμενους δήλωσαν πως η εξέτασή τους ήταν άμεση, ενώ το υπόλοιπο 30% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως καθυστέρησε η εξέταση.

Q10. Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν:



Διάγραμμα 11 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q10

Αθροίζοντας τις απαντήσεις «Άριστη» και «Καλή», το 70% ήταν ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Το 22% ερωτηθέντων δήλωσαν πως η συμπεριφορά ήταν μέτρια, το 7% κακή ενώ μόλις 1% δήλωσαν πως η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν πολύ κακή (Διάγραμμα 11).

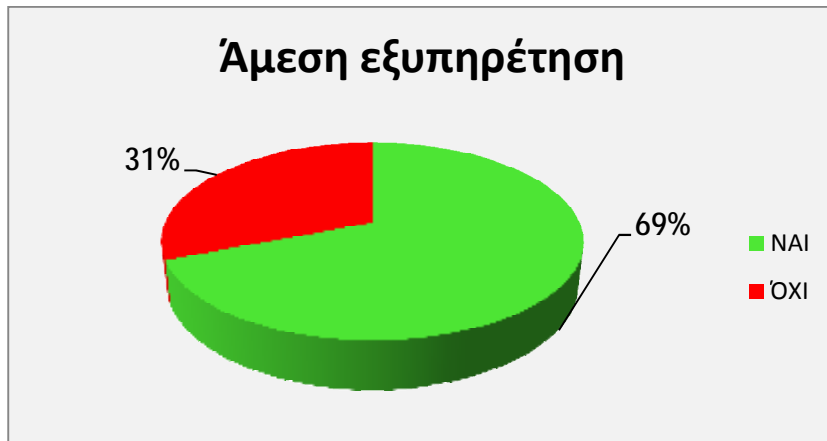
Q11. Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν:



Διάγραμμα 12 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q11

Το 74% των ερωτηθέντων θεώρησαν τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού άριστη και καλή. Το 20% την χαρακτήρισαν ως μέτρια ενώ μόλις το 7% ως κακή και πολύ κακή. Η ικανοποίηση της πλειοψηφίας των νοσηλευόμενων από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, μετατοπίζεται εμφανώς θετικά (προς καλή και άριστη) (Διάγραμμα 12).

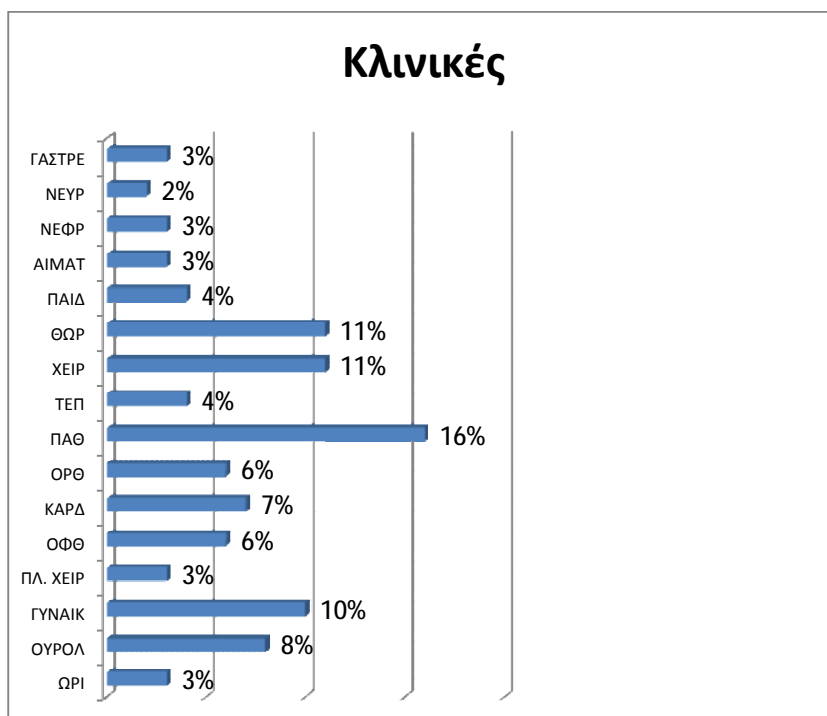
Q12. Η εξυπηρέτηση και ο χρόνος που χρειάστηκε για να γίνει η εισαγωγή σας στην κλινική ήταν άμεση;



Διάγραμμα 13 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q12

Το 69% των ερωτηθέντων νοσηλευόμενων εξυπηρετήθηκαν άμεσα, ενώ το 31% των νοσηλευόμενων όχι (Διάγραμμα 13).

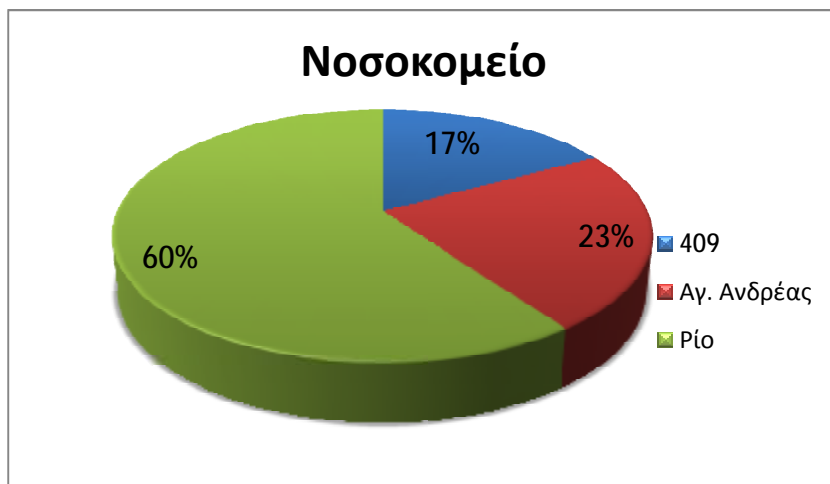
Q13. Κλινική



Διάγραμμα 14 Κλινικές

Στο **Διάγραμμα 14** παρατηρούμε τα ποσοστά των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα ως προς την κλινική στην οποία νοσηλεύονταν τη στιγμή της έρευνας.

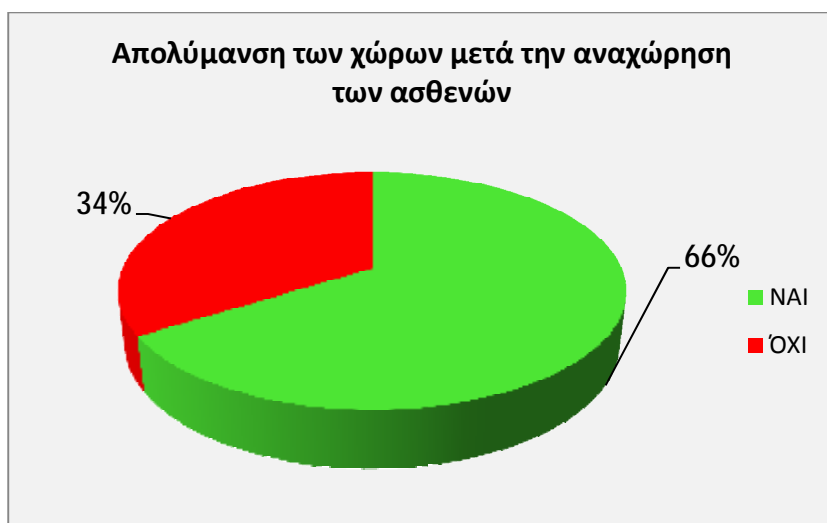
Q13b.Νοσοκομείο



Διάγραμμα 15 Νοσοκομείο

Η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων (60%), νοσηλεύονται στο νοσοκομείο του Ρίου. Το 23% των νοσηλευόμενων προέρχονται από το νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα ενώ τέλος το 17% από το 409 Στρατιωτικό Νοσοκομείο (Διάγραμμα 15).

Q14. Οι βοηθοί θαλάμων απολυμαίνουν το χώρο (γύρω) μετά την αναχώρηση του ασθενούς (κρεβάτι,σεντόνια,κομοδίνο);



Διάγραμμα 16 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q14

Περίπου 2 στους 3 (66%) δήλωσαν πως όντως οι βοηθοί θαλάμων απολυμένουν τους χώρους μετά την αναχώρηση του ασθενούς. Αντίθετα 1 στους 3 (34%) απάντησε πως δεν συνέβη αυτό κατά τη δική του εμπειρία (Διάγραμμα 16).

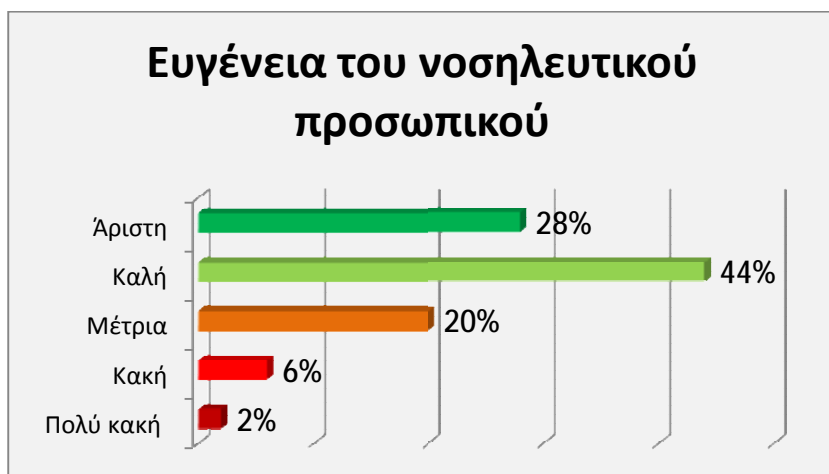
Q15. Η επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική ήταν:



Διάγραμμα 17 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q15

Στο **Διάγραμμα 17** αποτυπώνονται οι απαντήσεις των νοσηλευόμενων σχετικά με το πώς έκριναν την επικοινωνία που είχαν με το νοσηλευτικό προσωπικό. Η πλειοψηφία των απαντήσεων φαίνεται να μετατοπίζεται θετικά προς το καλή και το άριστη. Το 27% την έκριναν ως άριστη, το 48% την έκριναν ως καλή, το 18% ως μέτρια, ενώ μόλις το 5% ως κακή και το 2% ως πολύ κακή.

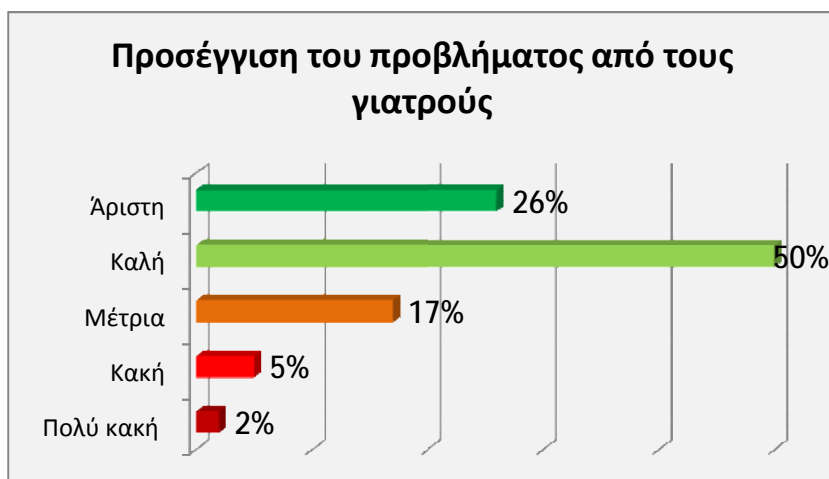
Q16. Η ευγένεια και ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική σας ήταν:



Διάγραμμα 18 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q16

Όπως φαίνεται και στο **Διάγραμμα 18** οι πλειοψηφία των συμμετεχόντων έκριναν την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ευγένεια ως καλή. Ακολουθούν σε ποσοστό 28% αυτοί που την έκριναν ως άριστη, το 20% που την έκριναν ως μέτρια και τέλος μόλις το 6% που την έκριναν ως κακή και 2% ως πολύ κακή.

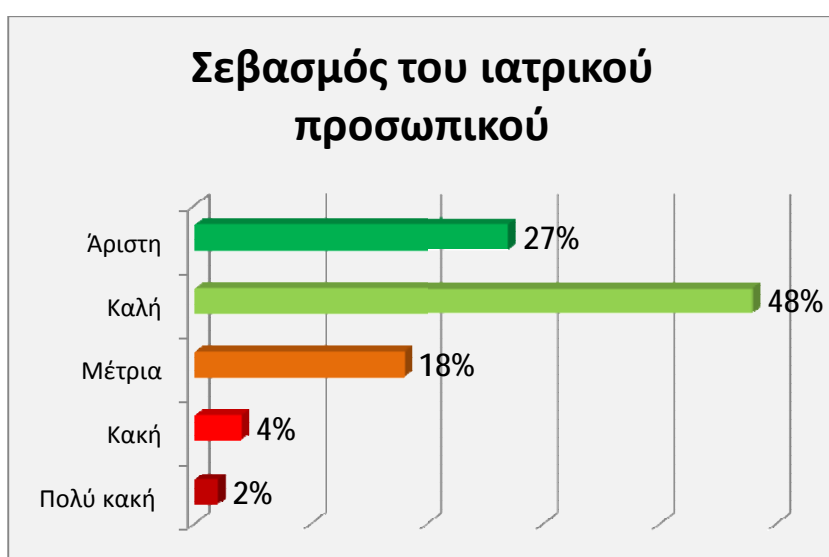
Q17. Ο τρόπος προσέγγισης τους προβλήματός σας εκ μέρους των γιατρών ήταν:



Διάγραμμα 19 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q17

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες στην έρευνα να αξιολογήσουν τον τρόπο με τον οποίο οι γιατροί προσέγγισαν το πρόβλημά τους. Οι μισοί από τους ερωτώμενους απάντησαν πως η προσέγγιση ήταν καλή, ενώ το 26% την έκριναν ως άριστη. Το 17% απάντησαν πως ήταν μέτρια ενώ μόλις το 7% του δείγματος απάντησαν πως ήταν κακή και πολύ κακή (Διάγραμμα 19).

Q18. Ο σεβασμός του ιατρικού προσωπικού απέναντί σας ήταν:



Διάγραμμα 20 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q18

Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ως προς τον σεβασμό που έδειξαν στους συμμετέχοντες της έρευνας εμφανίζεται στο Διάγραμμα 20. Το 48% των ερωτηθέντων την χαρακτήρισαν ως καλή ενώ το 27% ως άριστη. Το 18% κρίνανε την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού σχετικά με το σεβασμό που τους δείξαν ως μέτρια, ενώ μόλις το 6% την χαρακτήρισαν ως κακή και πολύ κακή.

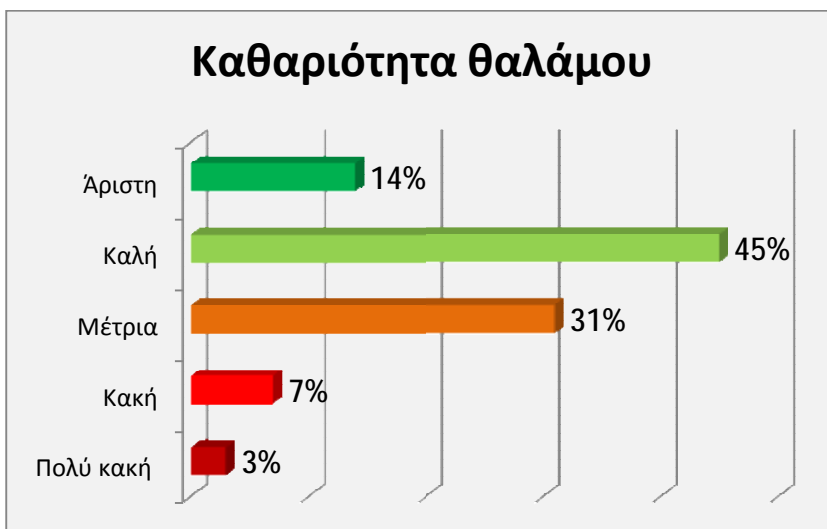
Q19. Χρειάστηκε να ξοδέψετε επιπλέον χρήματα σε προσωπικό επίπεδο πέρα αυτών που καλύπτει ο ασφαλιστικός σας φορέας;



Διάγραμμα 21 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q19

Περίπου 3 στους 4 νοσηλεύόμενους που συμμετείχαν στην έρευνα δεν χρειάστηκαν να ξοδέψουν επιπλέον χρήματα σε προσωπικό επίπεδο πέραν αυτών που κάλυπτε ο ασφαλιστικός τους φορέας. Ενώ αντίθετα, 1 στους 4 δήλωσε πως χρειάστηκε (Διάγραμμα 21).

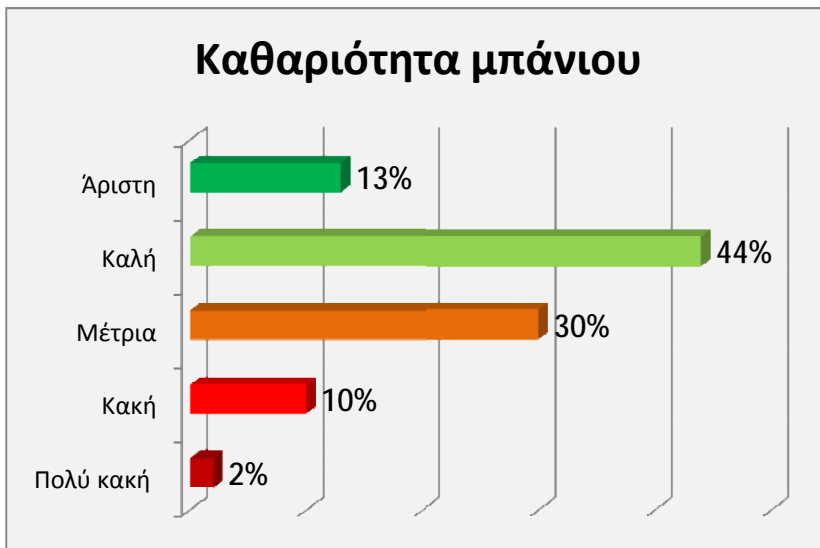
Q20. Η καθαριότητα του θαλάμου είναι:



Διάγραμμα 22 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q20

Ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να σχολιάσουν την καθαριότητα του θαλάμου που διέμεναν. Η πλειοψηφία αυτών την χαρακτήρισαν ως καλή. Το 31% την χαρακτήρισαν ως μέτρια, το 14% ως άριστη ενώ τέλος το 7% ως κακή και μόλις το 3% ως πολύ κακή (Διάγραμμα 22).

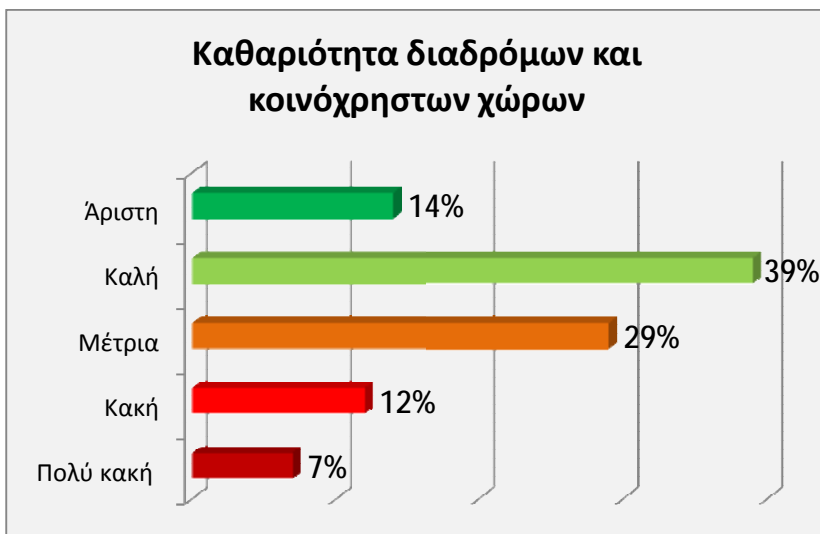
Q21. Η καθαριότητα του μπάνιου είναι:



Διάγραμμα 23 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q21

Η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα έκρινε την καθαριότητα του μπάνιου ως καλή (44%) και το 13% ως άριστη. Το 30% την έκρινε ως μέτρια. Τέλος το 10% απάντησαν πως η καθαριότητα του μπάνιου ήταν κακή και μόλις 2% την έκρινε ως πολύ κακή (Διάγραμμα 23).

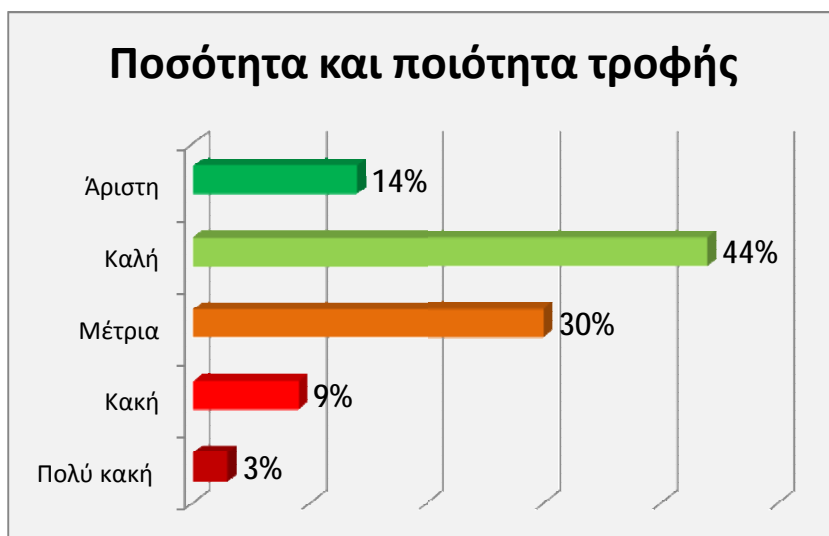
Q22. Η καθαριότητα των διαδρόμων και των κοινόχρηστων χώρων του νοσοκομείου είναι:



Διάγραμμα 24 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q22

Οι απαντήσεις που δόθηκαν από τους συμμετέχοντες ως προς τη καθαριότητα των διαδρόμων και των κοινόχρηστων χώρων μετατοπίζονται θετικά από μία πρώτη ματιά του διαγράμματος 21. Το 39% των ερωτηθέντων την έκριναν ως καλή ενώ επιπρόσθετα το 14% την έκριναν ως άριστη. Το 29% των ερωτηθέντων την έκριναν ως μέτρια. Τέλος, το 12% την έκριναν ως κακή ενώ μόλις το 7% την έκριναν ως πολύ κακή (Διάγραμμα 24).

Q23. Η ποσότητα και η ποιότητα (θερμοκρασία) της τροφής είναι:



Διάγραμμα 25 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q23

Το 44% των ερωτηθέντων θεωρεί καλή την ποσότητα και την ποιότητα της τροφής που τους παρείχαν κατά την νοσηλεία τους και επιπρόσθετα το 14% την χαρακτήρισαν ως άριστη. Το 30% των ερωτηθέντων έκριναν την ποιότητα και ποσότητα τροφής ως μέτρια. Τέλος, το 9% την χαρακτήρισαν ως κακή ενώ μόνο το 3% την χαρακτήρισε ως πολύ κακή (Διάγραμμα 25).

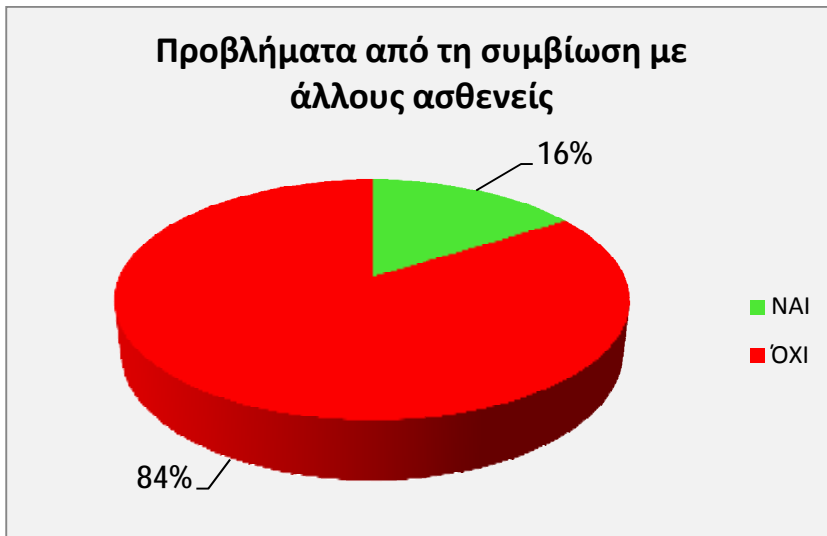
Q24. Υπάρχει ποικιλία τροφής;



Διάγραμμα 26 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q24

Ρωτήσαμε τους νοσηλευόμενους συμμετέχοντες στην έρευνα αν υπήρχε ποικιλία τροφής κατά την νοσηλεία τους. Στο Διάγραμμα 26 απεικονίζονται οι απαντήσεις των ερωτηθέντων. Το 68% δήλωσαν πως υπήρχε ποικιλία τροφής, ενώ το υπόλοιπο 32% πως δεν υπήρχε.

Q25. Δημιουργούνται προβλήματα από τη συμβίωσή σας με τους υπόλοιπους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο;



Διάγραμμα 27 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q25

Μόλις το 16% των συμμετεχόντων στην έρευνα δήλωσαν πως δημιουργήθηκαν προβλήματα από τη συμβίωσή τους με τους υπόλοιπους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο. Το υπόλοιπο 84% δήλωσαν πως δεν τους δημιουργήθηκε κανένα πρόβλημα (Διάγραμμα 27).

Q26. Ποιο είναι το σύστημα της κλινικής όσον αφορά το επισκεπτήριο;



Διάγραμμα 28 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q26

Το 63% των νοσηλευόμενων ερωτηθέντων απάντησαν πως το σύστημα του επισκεπτηρίου στην κλινική που νοσηλεύοντουσαν ήταν χρονικά απεριόριστο. Το υπόλοιπο 37% δήλωσαν πως ήταν χρονικά περιορισμένο (Διάγραμμα 28).

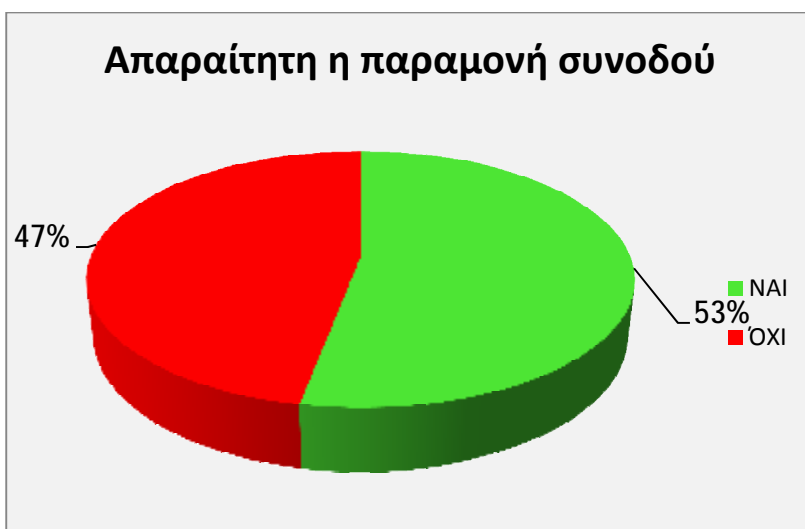
Q.27 Η ώρα του επισκεπτηρίου σας δημιουργεί πρόβλημα;



Διάγραμμα 29 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q27

Μόλις το 17% των νοσηλευόμενων συμμετεχόντων απάντησαν πως τους δημιούργησε πρόβλημα η ώρα του επισκεπτηρίου. Το υπόλοιπο 83% δεν είχαν κανένα πρόβλημα με αυτό (Διάγραμμα 29).

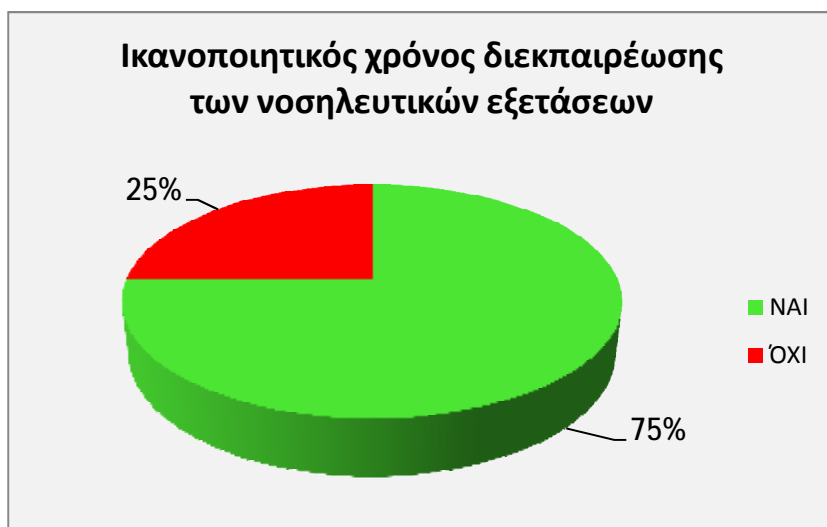
Q28. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του νοσοκομείου;



Διάγραμμα 30 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q28

Λίγοι περισσότεροι από τους μισούς (53%) πίστευαν πως είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του νοσοκομείου. Το υπόλοιπο 47% πίστευαν το αντίθετο (Διάγραμμα 30).

Q29. Ο χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο;



Διάγραμμα 31 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q29

Ένας στους τέσσερις (25%) συμμετέχοντες στην έρευνα δεν ήταν ικανοποιημένος ως προς τον χρόνο διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων. Αντίθετα τρεις στους τέσσερις (75%) απάντησαν πως οι εξετάσεις έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο (Διάγραμμα 31).

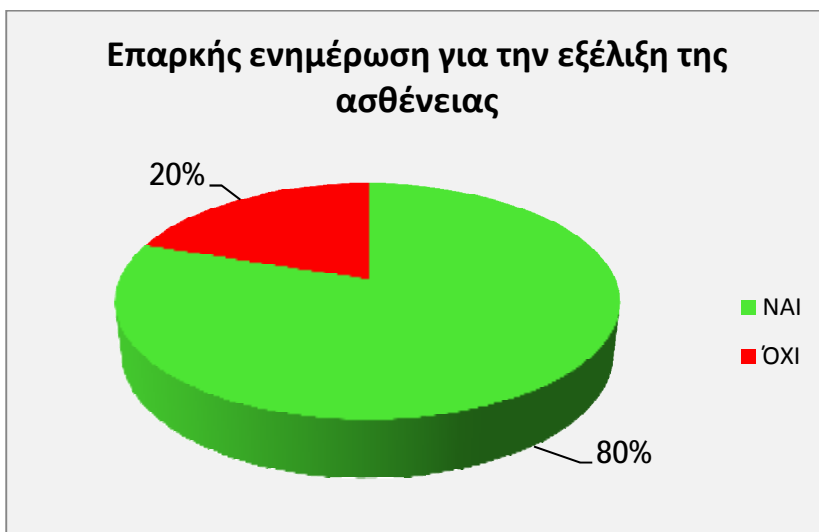
Q30. Κυριότερες καθυστερήσεις για διαγνωστικό έλεγχο συμβαίνουν από:



Διάγραμμα 32 Ραβδόγραμμα συχνοτήτων ερώτησης Q30

Η απάντηση «Άλλο» ήταν αυτοί που δόθηκε από τους ερωτώμενους με τη μεγαλύτερη συχνότητα σχετικά με τις κυριότερες καθυστερήσεις που συμβαίνουν κατά τον διαγνωστικό έλεγχο. Δεύτερο κατά σειρά σε συχνότητα ως αίτιο απαντήθηκε από τους ερωτώμενους οι νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Μετά από τις ιατρικές παρεμβάσεις, ακολουθούν οι ακτινογραφίες και τέλος με την μικρότερη συχνότητα δόθηκε η απάντηση πως καθυστερούν οι τραυματιοφορείς (Διάγραμμα 32).

Q31. Πιστεύετε ότι έχετε την επαρκή ενημέρωση της εξέλιξης της ασθένειάς σας;



Διάγραμμα 33 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q31

Οχτώ στους δέκα ερωτώμενους (80%) απάντησαν πως είχαν επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειάς τους. Δύο στους δέκα (20%) διαφώνησαν ως προς αυτό (Διάγραμμα 33).

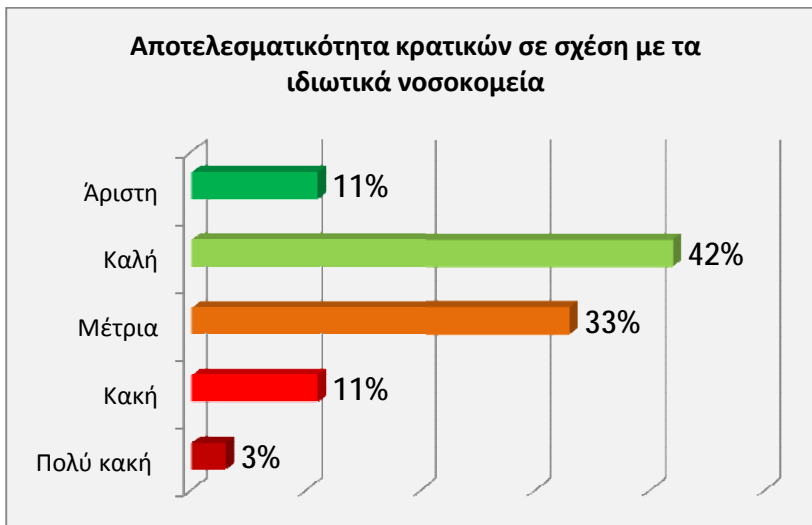
Q32. Διαπιστώσατε την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου;



Διάγραμμα 34 Κυκλικό διάγραμμα ερώτησης Q32

Σύμφωνα με το Διάγραμμα 35, ένας στους τέσσερις (25%) των ερωτώμενων αντιλήφθηκαν την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στον χώρο του νοσοκομείου.

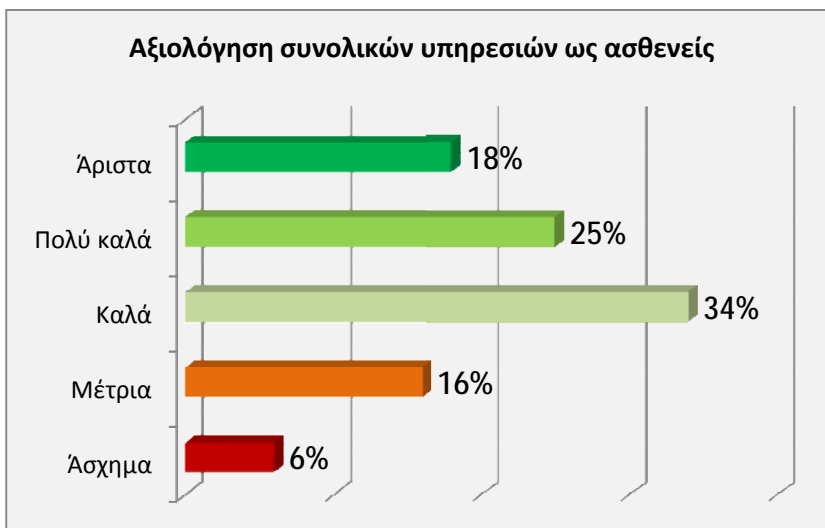
Q33. Πιστεύετε ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών είναι:



Διάγραμμα 35 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q33

Ζητήσαμε από τους συμμετέχοντες να αξιολογήσουν την αποτελεσματικότητα των κρατικών νοσοκομείων σε σχέση με τα ιδιωτικά. Το 42% των ερωτηθέντων αξιολογούν την αποτελεσματικότητα ως καλή. Επιπρόσθετα το 11% την χαρακτήρισαν ως άριστη. Περίπου ένας στους τρεις (33%) έκριναν την αποτελεσματικότητα ως μέτρια, το 11% ως κακή ενώ μόλις το 3% πολύ κακή (Διάγραμμα 35).

Q34. Βαθμολογήστε συνολικά τις υπηρεσίες ως ασθενής:



Διάγραμμα 36 Ραβδόγραμμα ερώτησης Q34

Στο Διάγραμμα 36 αποτυπώνεται η βαθμολογία των συμμετεχόντων ως προς τις υπηρεσίες υγείας συνολικά στους ασθενείς. Οι απαντήσεις των ερωτηθέντων μετατοπίζονται θετικά. Το 34% αξιολόγησαν συνολικά τις υπηρεσίες ως καλές, το 25% ως πολύ καλές και το 18% ως άριστες. Αντίθετα, το 16% τις έκριναν ως μέτριες και μόλις το 6% τις έκριναν ως κακές.

A3. Περαιτέρω μελέτη ικανοποίησης αξιολογώντας τις ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας

Θέσαμε στο ερωτηματολόγιο κάποιες ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας ώστε να μετρήσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από τις υπηρεσίες υγείας των κρατικών νοσοκομείων της Πάτρας. Οι ερωτήσεις αυτές είναι οι:

1. Q10: Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν:
2. Q11: Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν:
3. Q15: Η επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό στην κλινική σας ήταν:
4. Q16: Η ευγένεια και ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού στην κλινική σας ήταν:
5. Q17: Ο τρόπος προσέγγισης του προβλήματός σας εκ μέρους των γιατρών ήταν:
6. Q18: Ο σεβασμός του ιατρικού προσωπικού απέναντί σας ήταν:
7. Q20: Η καθαριότητα του θαλάμου είναι:
8. Q21: Η καθαριότητα του μπάνιου είναι:
9. Q22: Η καθαριότητα των διαδρόμων των κοινόχρηστων χώρων του νοσοκομείου είναι:
10. Q23: Η ποσότητα και η ποιότητα (θερμοκρασία) της τροφής είναι:
11. Q33: Πιστεύετε ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών είναι:
12. Q34: Βαθμολογήστε συνολικά τις υπηρεσίες ως ασθενής:

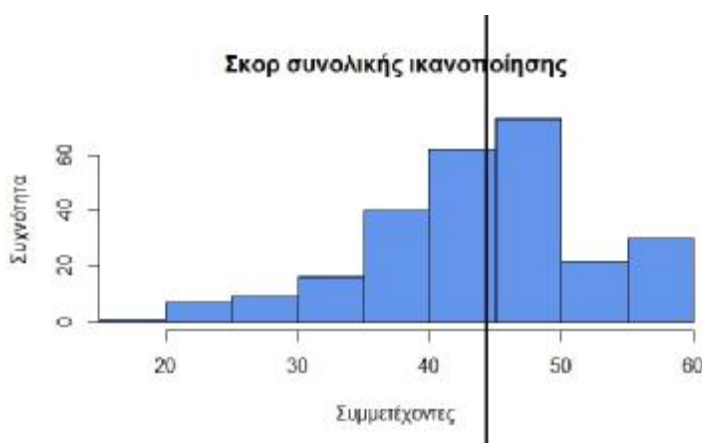
Και οι 12 ερωτήσεις αναφέρονται στην ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που έλαβαν κατά τη νοσηλεία τους. Υπάρχουν όμως και επιμέρους ομάδες ερωτήσεων πενταβάθμιας κλίμακας, που εξετάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τη συμπεριφορά που εξέλαβαν αλλά και τη προσέγγιση του προβλήματός τους από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των νοσοκομείων. Επιπλέον, τρεις πενταβάθμιας κλίμακας ερωτήσεις εξετάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα των χώρων των νοσοκομείων. Στον πίνακα που ακολουθεί φαίνεται πως επιμερίζονται οι ερωτήσεις σε τρεις εννοιολογικές ομάδες ερωτήσεων.

Ομάδες ερωτήσεων (Σκορ Ικανοποίησης)	CronbachAlpha

Συνολική ικανοποίηση: Q10,Q11,Q15,Q16,Q17,Q18,Q20,Q21,Q22,Q23,Q33,Q34	0.93
Συμπεριφορά: Q10,Q11,Q15,Q16,Q17,Q18	0.94
Καθαριότητα: Q20,Q21,Q22	0.90

Συνολική ικανοποίηση

Αρχικά εξετάσαμε τη συνοχή και των 12 ερωτήσεων πενταβάθμιας κλίμακας δημιουργώντας την ομάδα ερωτήσεων με όνομα **Συνολική Ικανοποίηση**. Ο συντελεστής CronbachAlpha για αυτή την ομάδα των ερωτήσεων υπολογίστηκε 0.93 ο οποίος είναι μεγαλύτερος από το επιθυμητό 0.70. Άρα οι 12 ερωτήσεις μπορούν να θεωρηθούν ως αξιόπιστο εργαλείο μέτρησης της συνολικής ικανοποίησης των νοσηλευομένων από τις υπηρεσίες υγείας. Αυτό μας δίνει το δικαίωμα, εφόσον όλες είναι διατάξιμες ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας, να ορίσουμε μία νέα μεταβλητή η οποία θα μετράει συνολικά την ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες υγείας ποσοτικά πλέον. Για κάθε έναν από τους ερωτώμενους αθροίζουμε τις απαντήσεις που έδωσαν σε αυτές τις 12 ερωτήσεις. Έτσι προκύπτει ένα σκορ συνολικής ικανοποίησης για τον καθέναν με μέγιστη τιμή το 60 και ελάχιστη το 12. Την νέα αυτή μεταβλητή έχουμε το δικαίωμα να την χειριστούμε και να την αξιοποιήσουμε ως αριθμητικό εργαλείο ποσοτικής μέτρησης της συνολικής ικανοποίησης.



Διάγραμμα 37 Ιστόγραμμα Συνολικής Ικανοποίησης

Πίνακας 2 Μέτρα θέσης Συνολικής Ικανοποίησης

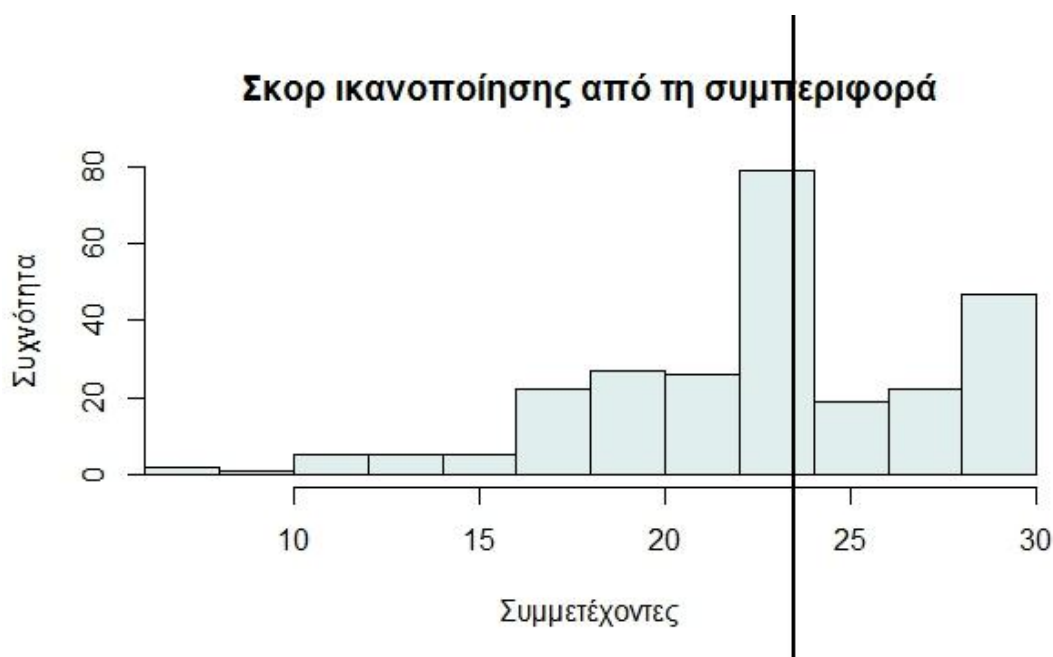
Σκορ συνολικής ικανοποίησης					
Min	1° Τεταρτημόριο	Διάμεσος	Αρ. Μέσος	3° Τεταρτημόριο	Max
18	39.75	45	44.40	48	60

Με μέγιστο σκορ το 60 και ελάχιστο το 12, παρατηρούμε το ιστόγραμμα συχνοτήτων για το σκορ της συνολικής ικανοποίησης από τις 12 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας. Η αρνητική ασυμμετρία (μετατόπιση προς τα δεξιά) της κατανομής μας δείχνει ότι η ικανοποίηση των ερωτηθέντων είναι μετατοπισμένη προς μεγάλα σκορ ικανοποίησης, συνεπώς ως γενικό συμπέρασμα μπορούμε να αντιληφθούμε πως οι νοσηλευόμενοι είναι αρκετά ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που έλαβαν κατά τη νοσηλεία τους. Η μαύρη κάθετη γραμμή ορίζει τη θέση του αριθμητικού μέσου ο οποίος εμφανίζεται κοντά στο σκορ συνολικής ικανοποίησης 45 (**Διάγραμμα 37**).

Στον **Σφάλμα! Το αρχείο προέλευσης της αναφοράς δεν βρέθηκε.** παρατηρούμε πως η μέση τιμή του σκορ συνολικής ικανοποίησης είναι 44.40 μονάδες. Η διάμεσος ορίζει πως το 50% των ερωτηθέντων είχαν σκορ ικανοποίησης μικρότερο από 45 και το υπόλοιπο 50% σκορ ικανοποίησης μεγαλύτερο από 45.

Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού απέναντι στους νοσηλευόμενους

Επίσης, οι ερωτήσεις Q10, Q11, Q15, Q16, Q17, Q18 ομαδοποιούνται σε μία ευρύτερη εννοιολογική ομάδα ερωτήσεων που αφορά την ικανοποίηση των ερωτηθέντων από την στάση και τη συμπεριφορά που εξέλαβαν κατά τη νοσηλεία τους. Εφόσον οι 6 αυτές ερωτήσεις έχουν ισχυρή συνοχή ($0.94 > 0.7$) μπορούμε να δημιουργήσουμε μία νέα μεταβλητή η οποία θα μετράει ως σκορ, την ικανοποίηση που σχετίζεται με την **συμπεριφορά** απέναντι στους ασθενείς. Το σκορ ικανοποίησης προκύπτει αν για κάθε έναν ερωτώμενο αθροίσουμε τις απαντήσεις του στις έξι αυτές ερωτήσεις. Έτσι στην προκειμένη περίπτωση το μέγιστο της μεταβλητής-σκορ που δημιουργείται είναι το 30 και το ελάχιστο το 6 για κάθε έναν ερωτώμενο. Και αυτή την νέα μεταβλητή πλέον μπορούμε να την χειριστούμε ως μία νέα αριθμητική μεταβλητή και να κάνουμε διάφορους ελέγχους πάνω σε αυτή όπως και στη μεταβλητή της συνολικής ικανοποίησης.



Διάγραμμα 38 Ιστόγραμμα σκορ ικανοποίησης από συμπεριφορά

Πίνακας 3 Μέτρα θέσεις σκορ ικανοποίησης από συμπεριφορά

Σκορ ικανοποίησης από συμπεριφορά					
Min	1 ^ο Τεταρτημόριο	Διάμεσος	Αρ. Μέσος	3 ^ο Τεταρτημόριο	Max
6	20	24	23.47	27	30

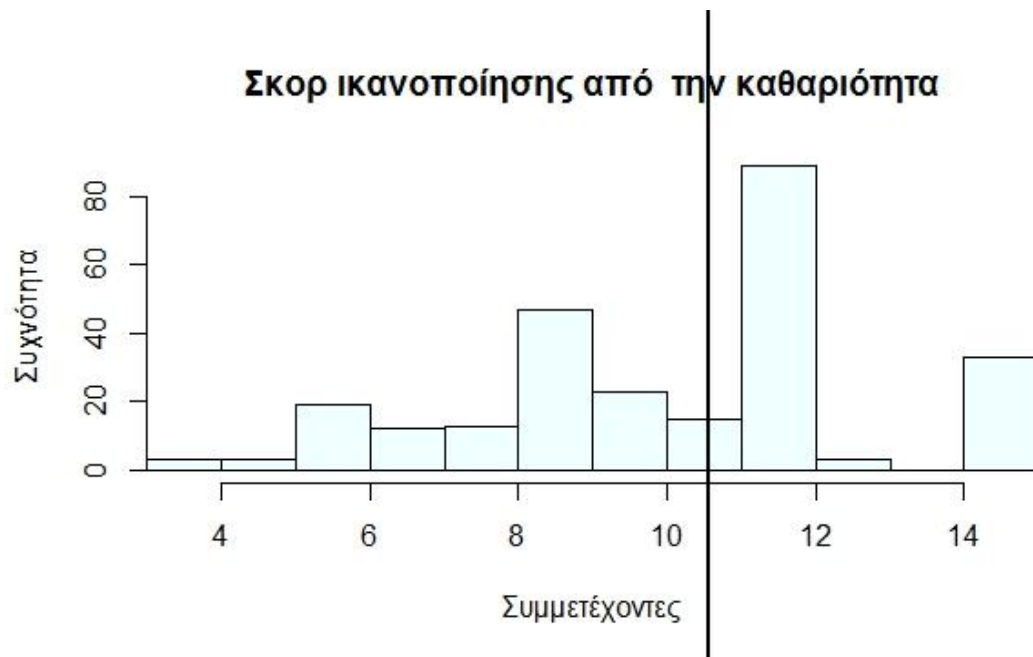
Στο **Διάγραμμα 38** παρατηρούμε την κατανομή του σκορ ικανοποίησης των νοσηλευόμενων σχετικά με τη συμπεριφορά και στάση που εξέλαβαν από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Ο μέσος έχει τοποθετεί αρκετά δεξιά που σημαίνει ότι γενικότερα είναι αρκετά ικανοποιημένοι οι συμμετέχοντες. Με μέγιστο σκορ το 30, το 50% των ερωτηθέντων είναι σκορ πάνω από 24, ενώ το μέσο σκορ ικανοποίησης είναι 23.47. Το 75% των νοσηλευόμενων είχαν σκορ ικανοποίησης μεγαλύτερο από 20 (**Πίνακας 3**).

Ικανοποίηση από την καθαριότητα

Παρόμοια μπορούμε να ομαδοποιήσουμε τις ερωτήσεις Q20, Q21 και Q22 οι οποίες σχετίζονται και οι τρεις με την **καθαριότητα**. Η συνοχή των τριών αυτών ερωτήσεων είναι επίσης ισχυρή ($0.90 > 0.70$). Συνεπώς μπορούμε να δημιουργήσουμε μία τρίτη ποσοτική μεταβλητή η οποία θα μετράει, και αυτή ως σκορ, την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα των δημόσιων νοσοκομείων. Στην προκειμένη περίπτωση της νέας μεταβλητής αθροίζουμε για κάθε ερωτώμενο τις απαντήσεις που έδωσε στις ερωτήσεις Q20, Q21, Q22. Το μέγιστο σκορ της μεταβλητής αυτής είναι το 15 ενώ το ελάχιστο το 3 (3 ερωτήσεις πενταβάθμιας κλίμακας).

Οι νέες αριθμητικές μεταβλητές της μέτρησης της ικανοποίησης από τη συμπεριφορά και τη στάση του προσωπικού απέναντι στους νοσηλευόμενους και της ικανοποίησης από την καθαριότητα

εντάσσονται στην μεταβλητή μέτρησης της συνολικής ικανοποίησης. Ο σαφής όμως εννοιολογικός διαχωρισμός τους από τις υπόλοιπες μας παρακινεί να τις εξετάσουμε και αυτούσιες.



Σκορ ικανοποίησης από καθαριότητα					
Min	1 ^ο Τεταρτημόριο	Διάμεσος	Αρ. Μέσος	3 ^ο Τεταρτημόριο	Max
3	9	11	10.57	12	15

B. Διμεταβλητή Στατιστική Ανάλυση

Στο δεύτερο κομμάτι της στατιστικής ανάλυσης εξετάσαμε πως επηρεάζονται οι απαντήσεις των νοσηλευόμενων που συμμετείχαν στην έρευνα από κάποιους παράγοντες. Εξετάστηκαν 13 παράγοντες που ενδεχομένως να επηρεάζουν την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τις υπηρεσίες που τους παρείχαν στο δημόσιο νοσοκομείο. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Το φύλο των ερωτώμενων (Q1)
2. Η οικογενειακή κατάστασή τους (Q2)
3. Η ηλικία τους (Q3 σε κατηγορίες)
4. Η εργασιακή τους κατάσταση (Q4)
5. Ο τόπος διαμονής τους (Q5)
6. Το είδος της ασφάλειάς τους (Q6)
7. Το μορφωτικό επίπεδο (Q7)
8. Άμεση ή με καθυστέρηση εξέταση (Q9)
9. Χρόνος κατά την εισαγωγή στην κλινική (Q12)
10. Κλινική στην οποία νοσηλεύονταν οι συμμετέχοντες (Q13)
11. Νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύονταν οι συμμετέχοντες (Q13b)
12. Αν ξόδεψαν επιπλέον χρήματα κατά την νοσηλεία τους (Q19)
13. Επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειας (Q31)

Εξετάσαμε αν διαφοροποιούνται **το σκορ συνολικής ικανοποίησης, το σκορ ικανοποίησης από τη συμπεριφορά και το σκορ ικανοποίησης από την καθαριότητα** των ερωτώμενων, που περιγράψαμε πως προέκυψαν στο Μέρος A3.

Η διαφοροποίηση των μέσων σκορ ως προς τους παράγοντες φύλο, τόπο διαμονής, χρόνο εξέτασης και χρόνο εισαγωγής εξετάστηκαν ως προς τον παραμετρικό έλεγχο μέσω δύο ανεξάρτητων δειγμάτων t.test. Η διαφοροποίηση των απαντήσεων ως προς τους υπόλοιπους παράγοντες ελέγχθηκε με την χρήση του παραμετρικού ελέγχου ανάλυσης διακύμανσης (ANalysis Of Variance – ANOVA).

B1. Συνολικό σκορ Ικανοποίησης

Στο παρόν κομμάτι θα εξετάσουμε το πώς οι 13 παράγοντες διαφοροποιούν την συνολική ικανοποίηση των νοσηλευόμενων. Η συνολική ικανοποίηση για κάθε νοσηλευόμενο προήλθε από το άθροισμα των απαντήσεων σε 12 πενταβάθμιες ερωτήσεις όπου το 1 ορίζει το «πολύ κακό» και το 5 το «Άριστο». Συνεπώς το ελάχιστο του συνολικού σκορ ικανοποίησης είναι το 12 και το μέγιστο το 60.

1. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς το φύλο (Έλεγχος t-test)

Αρχικά θέτουμε την μηδενική υπόθεση πως η μέση συνολική ικανοποίηση των ανδρών είναι ίση με τη μέση συνολική ικανοποίηση των γυναικών έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης πως οι δύο μέσοι είναι διάφοροι.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Άνδρες	45,57
Γυναίκες	43,45

Η μέση ικανοποίηση των ανδρών είναι το 45,57 ενώ των γυναικών 43,45. Διαφέρουν οι δύο μέσοι στατιστικά σημαντικά; Αυτό θα μας το απαντήσει ο έλεγχος t-test που ακολουθεί. Αν η p-value είναι μικρότερη από το επιθυμητό σφάλμα του ελέγχου (0.05 εφόσον ο βαθμός εμπιστοσύνης είναι 95%).

```
> t.test(sat.m,sat.f)

welch Two sample t-test

data:  sat.m and sat.f
t = 1.9817, df = 248.34, p-value = 0.04862
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 0.01293445 4.22125032
sample estimates:
mean of x mean of y
 45.5678   43.4507
```

Το p-value του ελέγχου είναι 0.0486, οριακά μικρότερο από το επιθυμητό σφάλμα 0.05. Συνεπώς έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει ότι το μέσο σκορ συνολικής ικανοποίησης των ανδρών είναι στατιστικά ίσο με αυτό των γυναικών. Εφόσον απορρίπτουμε την μηδενική υπόθεση μπορούμε να γενικεύσουμε πως οι άνδρες έχουν κατά μέσο όρο υψηλότερη συνολική ικανοποίηση σε σχέση με τις γυναίκες.

2. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Θέλω να ελέγξω την μηδενική υπόθεση πως οι μέσοι όροι συνολικής ικανοποίησης που δημιουργούνται από τον παράγοντα οικογενειακή κατάσταση (έγγαμοι, άγαμοι, διαζευγμένοι) είναι όλοι ίσοι, έναντι της εναλλακτικής πως τουλάχιστον δύο από τους τρεις διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Έγγαμοι/ες	45,02
Άγαμοι/ες	43,23
Διαζευγμένοι/ες	45,06

Η μέση ικανοποίηση των έγγαμων είναι 45,02, των άγαμων 43,23 ενώ των διαζευγμένων 45,06. Για να ελέγξουμε αν αυτοί οι τρεις μέσοι θεωρούνται στατιστικά ίσοι ή διάφοροι εκτελέσαμε έλεγχο ANOVA.

```
> anova(aov(sat~q2))
Analysis of Variance Table

Response: sat
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q2     1   16.9   16.884   0.2268 0.6343
Residuals 258 19210.1   74.458
```

Η p-value του ελέγχου είναι $0.6343 > 0.05$. Συνεπώς δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα η μέση ικανοποίηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων δεν διαφοροποιείται στατιστικά σημαντικά. Ο παράγοντας οικογενειακή κατάσταση δεν επιδρά στον τρόπο με τον οποίο τα άτομα απαντούν στις ερωτήσεις ικανοποίησης.

3. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς τον παράγοντα ηλικία (t.test)

Χωρίζαμε τους συμμετέχοντες στην έρευνα ως προς την ηλικία τους σε δύο κατηγορίες. Σε αυτούς που ήταν μεγαλύτεροι από 43 και αυτούς που ήταν μικρότεροι και ίσοι με 43. Ο διαχωρισμός αυτός έγινε με τη χρήση της διαμέσου της ηλικίας. Το 50% των συμμετεχόντων ήταν μικρότεροι ή ίσοι με 43 και το υπόλοιπο 50% μεγαλύτεροι από 43.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

<=43	44,26
>43	44,57

Θέλουμε να ελέγξουμε αν η μέση ικανοποίηση των ατόμων που ήταν μεγαλύτεροι από 43 είναι ίση με τη μέση ικανοποίηση των ατόμων που ήταν μικρότεροι από 43 τη στιγμή της έρευνας.

```
welch Two Sample t-test

data:  sat.y and sat.o
t = -0.2925, df = 257.317, p-value = 0.7702
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -2.418511  1.793038
sample estimates:
mean of x mean of y
 44.25758  44.57031
```

Η p-value είναι αρκετά μεγάλη 0.77, σίγουρα μεγαλύτερη από το 0.05. Συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα η συνολική ικανοποίηση δεν διαφοροποιείται από τον παράγοντα ηλικία. Η μέση ικανοποίηση των νεότερων νοσηλευόμενων θεωρείται στατιστικά ίση με αυτή των μεγαλύτερων σε ηλικία.

4. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς την εργασιακή κατάσταση (ANOVA)

Θέλουμε να εξετάσουμε αν η εργασιακή κατάσταση επηρεάζει την συνολική ικανοποίηση των ερωτηθέντων. Θέλουμε να δούμε αν η μέση συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων θεωρείται στατιστικά ίση ανάμεσα στους εργαζόμενους, τους μη οικονομικά ενεργούς και τους ανέργους ή αν τουλάχιστον δύο από τις κατηγορίες αυτές διαφοροποιούνται ως προς τον παράγοντα εργασιακής κατάστασης

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Έργαζόμενοι	43,75
Μη ενεργοί	45,24
Άνεργοι	43,13

Η μη οικονομικά ενεργοί φαίνεται από τον παραπάνω πίνακα να έχουν την μεγαλύτερη μέση συνολική ικανοποίηση. Εκτελούμε έλεγχο ANOVA για να δούμε αν αυτοί οι μέσοι στατιστικά θεωρούνται ίσοι ή ανά δύο τουλάχιστον διάφοροι.

```
> anova(aov(sat~q4))
Analysis of Variance Table

Response: sat
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q4      1    7.8   7.835  0.1052 0.746
Residuals 258 19219.1  74.493
```

Η p-value είναι $0.746 > 0.05$ συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση. Η συνολική ικανοποίηση των συμμετεχόντων δεν επηρεάζεται από τον παράγοντα εργασιακή κατάσταση.

5. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς τον τόπο διαμονής (t.test)

Θέλουμε να ελέγξουμε αν τα άτομα που κατοικούν στην πόλη έχουν ίση μέση συνολική ικανοποίηση (μηδενική υπόθεση) έναντι της εναλλακτικής να έχουν διαφορετική.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Πόλη	44,74
Χωριό	43,87

Η μέση συνολική ικανοποίηση των ατόμων που κατοικούν σε πόλη είναι 44,74 ενώ αυτών σε που μένουν σε χωριό 43,87. Εκτελώ έλεγχο t-test για να ελέγξω αν αυτοί οι δύο μέσοι είναι ίσοι (μηδενική υπόθεση) έναντι του αν οι δύο μέσοι διαφέρουν (εναλλακτική υπόθεση).

```
> t.test(sat~q5)

welch Two sample t-test

data:  sat by q5
t = 0.807, df = 217.767, p-value = 0.4206
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -1.255184  2.995618
sample estimates:
mean in group 1 mean in group 2
 44.73620      43.86598
```

Η p-value είναι $0.4206 > 0.05$ συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Ο παράγοντας τύπου διαμονής δεν διαφοροποιεί την συνολική ικανοποίηση των ερωτώμενων.

6. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς το είδος ασφάλειας (ANOVA)

Θέλω να εξετάσω την μηδενική υπόθεση αν οι παρακάτω πέντε μέσοι είναι στατιστικά ίσοι έναντι της εναλλακτικής τουλάχιστον δύο από αυτούς να διαφέρουν. Εκτελώ έλεγχο ANOVA για αν το διαπιστώσω.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Δημοσίου	42,67
ΙΚΑ	44,73
Ανασφάλιστος	41,79
ΟΓΑ	45,61
ΑΛΛΟ	45,50

```
> anova(aov(sat~q6))
Analysis of Variance Table

Response: sat
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q6     1    53.3   53.341  0.7178 0.3977
Residuals 258 19173.6  74.316
```

Εφόσον η p-value είναι $0.3977 > 0.05$ δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση. Συνεπώς το είδος ασφάλειας δεν επιδρά στο σκορ συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων.

7. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς το μορφωτικό επίπεδο (ANOVA)

Θέλω να εξετάσω την μηδενική υπόθεση αν οι παρακάτω τέσσερις μέσοι είναι στατιστικά ίσοι έναντι της εναλλακτικής τουλάχιστον δύο από αυτούς να διαφέρουν.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Α'βάθμια	45,32
Β'βάθμια	43,22
Γ'βάθμια	45,13
Αγράμματος	45,19

Εκτελώ έλεγχο ANOVA για να το διαπιστώσω.

```
> anova(aov(sat~q7))
Analysis of Variance Table

Response: sat
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q7      1     54   54.020   0.7269  0.3947
Residuals 258  19173   74.314
```

Εφόσον η p-value είναι $0.3947 > 0.05$ δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση. Συνεπώς το μορφωτικό επίπεδο δεν επιδρά στο σκορ συνολικής ικανοποίησης των συμμετεχόντων.

8. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς τον χρόνο εξέτασης (t.test)

Θέλω να ελέγξω αν η μέση συνολική ικανοποίηση των ατόμων που είχαν άμεση εξέταση διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την μέση συνολική ικανοποίηση αυτών που εξετάστηκαν μετά από αναμονή.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Άμεση	45,89
Αναμονή	40,96

Παρατηρούμε μεγάλη διαφορά στους μέσους των δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Το αν αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική θα μας το επιβεβαιώσει ο έλεγχος t.test που ακολουθεί.

```
> t.test(sat.i,sat.d)

welch Two Sample t-test

data: sat.i and sat.d
t = 4.8625, df = 188.565, p-value = 2.436e-06
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 2.929128 6.928014
sample estimates:
mean of x mean of y
45.89011 40.96154
```

Η p-value είναι πολύ μικρή τιμή, πρακτικά ίση με το μηδέν. Είναι σίγουρα μικρότερη από 0.05. Συνεπώς έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα τα άτομα, ανάλογα με το αν είχαν άμεση εξέταση ή ύστερα από αναμονή έχουν διαφορετική μέση συνολική ικανοποίηση. Τα άτομα που εξετάστηκαν άμεσα εμφανίστηκαν ξεκάθαρα πιο ικανοποιημένοι από αυτούς των οποίων η εξέταση καθυστέρησε.

9. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς τον χρόνο εξυπηρέτησης και εισαγωγής (έλεγχος t-test).

Θέλω να ελέγξω αν η μέση συνολική ικανοποίηση των ατόμων που είχαν άμεση εξυπηρέτηση κατά την εισαγωγή τους, διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την μέση συνολική ικανοποίηση αυτών που εξυπηρετήθηκαν μετά από αρκετό χρόνο.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Άμεση	46,39
Χρονοβόρα	38,55

Παρατηρούμε μεγάλη διαφορά στους μέσους των δύο ανεξάρτητων δειγμάτων. Το αν αυτή η διαφορά είναι στατιστικά σημαντική θα μας το επιβεβαιώσει ο έλεγχος t.test που ακολουθεί.

```
> t.test(sat.i2,sat.d2)

welch Two Sample t-test

data: sat.i2 and sat.d2
t = 4.3621, df = 38.385, p-value = 9.364e-05
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 4.204214 11.481134
sample estimates:
mean of x mean of y
46.39106 38.54839
```

Η p-value είναι πολύ μικρή τιμή, πρακτικά ίση με το μηδέν. Είναι σίγουρα μικρότερη από 0.05. Συνεπώς έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα τα άτομα, ανάλογα με το αν είχαν άμεση εξυπηρέτηση κατά την εισαγωγή τους ή πέρασαν μία χρονοβόρα διαδικασία, έχουν διαφορετική μέση συνολική ικανοποίηση. Τα άτομα που εξυπηρετήθηκαν άμεσα εμφανίστηκαν ξεκάθαρα πιο ικανοποιημένα από αυτούς των οποίων η εξέταση καθυστέρησε.

10. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς την κλινική που νοσηλεύονται ο κάθε νοσηλευόμενος.

Θέλω να ελέγξω αν το μέσο σκορ ικανοποίησης των νοσηλευόμενων διαφοροποιείται ανάλογα με την κλινική στην οποία νοσηλεύονταν τη στιγμή της έρευνας.

```
> anova(aov(sat~q13))
Analysis of Variance Table

Response: sat
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q13    1   55.3   55.278   0.7439 0.3892
Residuals 258 19171.7   74.309
```

Ο έλεγχος μου δίνει p-value=0.3892 > 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση. Άρα οι μέσοι της συνολικής ικανοποίησης στις διάφορες κλινικές θεωρούνται στατιστικά ίσοι. Συνεπώς η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων δεν διαφοροποιήθηκε ως προς τη κλινική στην οποία νοσηλεύονταν τη στιγμή της έρευνας.

11. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύτηκαν οι συμμετέχοντες (ANOVA).

Θέλουμε να εξετάσουμε την μηδενική υπόθεση πως η μέση ικανοποίηση των ατόμων που νοσηλεύτηκαν στο 409 είναι στατιστικά ίση με τη μέση ικανοποίηση αυτών που νοσηλεύτηκαν στο νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα και ταυτόχρονα να είναι ίση με τη μέση ικανοποίηση αυτών που νοσηλεύτηκαν στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
409	44,07
Αγ. Ανδρέας	43,41
Παν. Ν. Ρίου	44,89

Εκτελώ έλεγχο ANOVA για να δω αν απορρίπτεται ή όχι η μηδενική υπόθεση.

```
> anova(aov(sat~hos))
Analysis of Variance Table

Response: sat
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
hos     1   53.1   53.105   0.7146 0.3987
Residuals 258 19173.9   74.317
```

Το p-value είναι $0.3987 > 0.05$ συνεπώς δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση. Άρα η μέση ικανοποίηση των νοσηλευομένων στα τρία νοσοκομεία θεωρείται στατιστικά ίση. Κανένα από τα τρία νοσοκομεία δεν παρέχει περισσότερη ή λιγότερη από τα υπόλοιπα.

12. Διαφοροποίηση συνολικής ικανοποίησης ως προς το αν ξόδεψαν οι νοσηλευόμενοι παραπάνω χρήματα από αυτά που τους παρείχε ο ασφαλιστικός τους φορέας (t-test).

Αυτοί που ξόδεψαν επιπλέον χρήματα κατά τη νοσηλεία τους είχαν μέση ικανοποίηση 42,23 ενώ αυτοί που δεν ξόδεψαν 45,09. Θέλουμε να ελέγξουμε αν αυτή η διαφορά στους μέσους είναι στατιστικά σημαντική. Η μηδενική υπόθεση ορίζει πως οι δύο μέσοι στατιστικά είναι ίσοι ενώ η εναλλακτική πως είναι διάφοροι.

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
NAI	42,23
OXI	45,09

Εκτελώ έλεγχο t-test για να ελέγξω τον παραπάνω έλεγχο υπόθεσης.

```
> t.test(sat.x,sat.w)

welch two sample t-test

data:  sat.x and sat.w
t = -2.3656, df = 107.27, p-value = 0.0198
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -5.2668705 -0.4642577
sample estimates:
mean of x mean of y
 42.22581  45.09137
```

Η p-value του ελέγχου είναι $0.0198 < 0.05$, συνεπώς έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα με το αν τα άτομα ξόδεψαν επιπλέον χρήματα ή όχι κατά τη νοσηλεία τους, έχουν και διαφορετική μέση ικανοποίηση. Αυτός ο παράγοντας επιδρά στατιστικά σημαντικά στην συνολική τους ικανοποίηση.

13. Διαφοροποίηση ως προς την επαρκή ενημέρωση

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

ΝΑΙ	45,34
ΟΧΙ	39,78

Οι νοσηλεύόμενοι που δήλωσαν πως είχαν επαρκή ενημέρωση ήταν ξεκάθαρα πιο ικανοποιημένοι από αυτούς που δήλωσαν πως δεν είχαν. Η διαφορά των δύο μέσων επιβεβαιώνεται και με τον έλεγχο t-test που ακολουθεί, του οποίου η p-value είναι μικρότερη από 0.05 και συνεπώς απορρίπτεται η μηδενική του υπόθεση που ορίζει πως οι δύο μέσοι είναι στατιστικά ίσοι.

```
> t.test(sat.1,sat.2)
welch two sample t-test

data: sat.1 and sat.2
t = 4.0266, df = 68.897, p-value = 0.0001434
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 2.904370 8.608342
sample estimates:
mean of x mean of y
45.54067 39.78431
```

B2. Σκορ ικανοποίησης από τη συμπεριφορά και τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού.

Στο παρόν κομμάτι αναλύουμε το πώς διαφοροποιείται η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού (B2) από την επίδραση των ίδιων 13 παραγόντων που εξετάσαμε για την συνολική ικανοποίηση. Το σκορ προήλθε από την συνοχή 6 ερωτήσεων πενταβάθμιας κλίμακας, συνεπώς το ελάχιστο σκορ για κάποιον από τους συμμετέχοντες είναι το 6 ενώ το άριστα το 30.

1. Διαφοροποίηση ως προς τον παράγοντα φύλο

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Άνδρες	23,80
Γυναίκες	23,19

Θέλουμε να ελέγξουμε αν η μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς τη συμπεριφορά που εισέπραξαν κατά τη νοσηλεία τους διαφοροποιείται ως προς τον παράγοντα φύλο. Η μέση ικανοποίηση των ανδρών ήταν 23,80 ενώ των γυναικών 23,19.

```
> t.test(beh.m,beh.f)
```

```
welch Two Sample t-test
```

```
data: beh.m and beh.f  
t = 1.0394, df = 254.369, p-value = 0.2996  
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0  
95 percent confidence interval:  
-0.5426057 1.7555444  
sample estimates:  
mean of x mean of y  
23.79661 23.19014
```

Η διαφορά των δύο μέσων ανάμεσα στα δύο φύλα δεν είναι στατιστικά σημαντική όπως φαίνεται και από το αποτέλεσμα του ελέγχου t-test. Η p-value του ελέγχου είναι $0.2996 > 0.05$ συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου που ορίζει ότι οι δύο μέσοι είναι μεταξύ τους στατιστικά ίσοι σε επίπεδο σημαντικότητας 95%.

2. Διαφοροποίηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Έγγαμοι/ες	23,94
Άγαμοι/ες	22,84
Διαζευγμένοι/ες	23,30

Η μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την συμπεριφορά του προσωπικού στο νοσοκομείο και του τρόπου που προσέγγισαν το πρόβλημά τους αποτυπώνεται παραπάνω, ανάλογα με την οικογενειακή κατάσταση του κάθε συμμετέχοντα. Οι έγγαμοι δήλωσαν κατά μέσο όρο 23,94 ικανοποιημένοι, οι άγαμοι 22,84 και οι διαζευγμένοι 23,30. Από το αποτέλεσμα όμως του ελέγχου ANOVA που ακολουθεί συμπεραίνουμε πως οι διαφορές ανάμεσα στους τρεις μέσους δεν είναι στατιστικά σημαντικές καθώς η p-value είναι $0.2805 > 0.05$ και δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση που ορίζει ότι οι μέσοι είναι στατιστικά ίσοι.

```
> anova(aov(beh~q2))
Analysis of Variance Table

Response: beh
          Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q2         1  26.0   25.968  1.1695 0.2805
Residuals 258 5728.7  22.204
```

3. Διαφοροποίηση ως προς την ηλικία

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

<=43	23,24
>43	23,70

Θέλουμε να ελέγξουμε αν η ηλικία επιδρά ως παράγοντας στις απαντήσεις που δόθηκαν ως προς την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τη συμπεριφορά και στάση του προσωπικού στο νοσοκομείο. Οι μικρότεροι από 43 ετών κατά μέσο όρο ήταν ικανοποιημένοι 23,24 ενώ οι μεγαλύτεροι 23,70. Η p-value του t-test δεν μας επιτρέπει να θεωρήσουμε τους δύο αυτούς μέσους διάφορους καθώς είναι μεγαλύτερη από 0.05 και δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση.

```
> t.test(beh.y, beh.o)
```

```
welch Two sample t-test
```

```
data: beh.y and beh.o
```

```
t = -0.8009, df = 257.877, p-value = 0.4239
```

```
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0  
95 percent confidence interval:
```

```
-1.6195944 0.6830414
```

```
sample estimates:
```

```
mean of x mean of y
```

```
23.23485 23.70312
```

4. Διαφοροποίηση ως προς την εργασιακή κατάσταση

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Έργαζόμενοι	23,26
Μη ενεργοί	23,85
Άνεργοι	22,50

Η κατηγορία των μη ενεργών νοσηλευόμενων ήταν αυτοί με την μεγαλύτερη μέση ικανοποίηση (23,85), ακολουθούν οι εργαζόμενοι με 23,26 ενώ την μικρότεροι είχαν οι άνεργοι με 22,50. Οι διαφορές στους τρεις αυτούς μέσους όμως δεν είναι στατιστικά σημαντικές καθώς η p-value ($0.8651 < 0.05$) δεν αρκεί ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα ο παράγοντας εργασιακή κατάσταση δεν επηρεάζει στατιστικά σημαντικά την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων.

```
> anova(aov(beh~q4))
```

```
Analysis of Variance Table
```

```
Response: beh
```

```
          Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)  
q4         1    0.6   0.6436  0.0289 0.8652  
Residuals 258 5754.0 22.3025
```

5. Διαφοροποίηση ως τόπο διαμονής

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Πόλη	23,67
Χωριό	23,11

Τα άτομα που διέμεναν σε πόλη απάντησαν κατά μέσο όρο 23,67 ικανοποιημένοι με άριστα το 30, ενώ αυτοί που ζουν σε χωριό 23,11. Η διαφορά των δύο αυτών μέσων δεν είναι στατιστικά σημαντική καθώς η p-value του ελέγχου t-test είναι $0.3482 > 0.05$ και συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση.

```
> t.test(beh.t, beh.v)
```

```
welch Two Sample t-test
```

```
data: beh.t and beh.v
```

```
t = 0.9401, df = 209.74, p-value = 0.3482
```

```
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
```

```
95 percent confidence interval:
```

```
-0.6158283 1.7387174
```

```
sample estimates:
```

```
mean of x mean of y
```

```
23.67485 23.11340
```

6. Διαφοροποίηση ως προς το είδος ασφάλειας

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Δημοσίου	23,58
ΙΚΑ	23,60
Ανασφάλιστος	21,31
ΟΓΑ	24,06
ΑΛΛΟ	24,33

Στον παραπάνω πίνακα βλέπουμε τη μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ανάλογα με το είδος ασφάλειάς τους. Με μία πρώτη ματιά ίσως να φαίνονται μεγάλες οι διαφορές ανάμεσα σε κάποιες από τις κατηγορίες, όμως οι διαφορές δεν είναι στατιστικά σημαντικές αν κοιτάξουμε το αποτέλεσμα του ελέγχου ANOVA. Η p-value του ελέγχου είναι $0.7597 > 0.05$ και συνεπώς δεν μπορούμε να θεωρήσουμε κάποιον από τους μέσους διάφορους εφόσον δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση.

```
> anova(aov(beh~q6))
Analysis of Variance Table
```

```
Response: beh
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q6      1    2.1  2.0908  0.0938 0.7597
Residuals 258 5752.6 22.2969
```

7. Διαφοροποίηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Α'βάθμια	24,09
Β'βάθμια	22,99
Γ'βάθμια	23,71
Αγράμματος	23,53

Το μορφωτικό επίπεδο ήταν άλλος ένας παράγοντας ο οποίος ενδεχομένως να επηρέαζε την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων. Εκτελώντας έλεγχο ANOVA εξετάσαμε αν οι μέσοι όροι ικανοποίησης των τεσσάρων κατηγοριών εκπαίδευσης διαφέρουν στατιστικά μεταξύ τους. Το p-value του ελέγχου είναι $0.8438 > 0.05$ και συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση. Άρα το μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευόμενων δεν διαφοροποίησε τις απαντήσεις τους.

```
> anova(aov(beh~q7))
Analysis of Variance Table
```

```
Response: beh
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q7      1    0.9  0.8677  0.0389 0.8438
Residuals 258 5753.8 22.3016
```

8. Διαφοροποίηση ως προς τον χρόνο εξέτασης

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
Άμεση	23,96
Αναμονή	22,31

Παρατηρούμε μία σημαντική διαφορά ανάμεσα στη μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων που εξετάστηκαν άμεσα σε σχέση με αυτούς που εξετάστηκαν μετά από αναμονή. Η διαφορά των δύο μέσων είναι στατιστικά σημαντική σύμφωνα με τον έλεγχο t-test που εκτελέσαμε καθώς η p-value του ελέγχου είναι $0.007616 < 0.05$ και συνεπώς υπάρχουν επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση. Τα άτομα που εξετάστηκαν

άμεσα εμφάνισαν στατιστικά μεγαλύτερη ικανοποίηση από αυτούς που εξετάστηκαν μετά από αναμονή.

```
> t.test(beh.i,beh.d)
```

```
welch Two Sample t-test
```

```
data: beh.i and beh.d  
t = 2.7037, df = 156.539, p-value = 0.007616  
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0  
95 percent confidence interval:  
 0.4455819 2.8621104  
sample estimates:  
mean of x mean of y  
23.96154 22.30769
```

9. Διαφοροποίηση ως προς τον χρόνο εξυπηρέτησης κατά τη διαδικασία εισαγωγής

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Άμεσα	24,24
Χρονοβόρα	20.03

Την ίδια εικόνα με τον παράγοντα του χρόνου εξέτασης βλέπουμε και στην κατηγοριοποίηση ως προς τον χρόνο εξυπηρέτησης κατά τη διαδικασία εισαγωγής των νοσηλευόμενων. Οι νοσηλευόμενοι που εξυπηρετήθηκαν άμεσα ήταν σαφώς περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που εξυπηρετήθηκαν μετά από σημαντικό χρόνο. Τη σημαντική διαφορά στους μέσους την επιβεβαιώνει και έλεγχος t-test που χρησιμοποιήσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι $0.0001547 < 0.05$, συνεπώς η μηδενική υπόθεση του ελέγχου απορρίπτεται. Άρα οι μέσοι των δύο κατηγοριών διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

```
> t.test(beh.i2,beh.d2)
```

```
welch Two Sample t-test
```

```
data: beh.i2 and beh.d2  
t = 4.2072, df = 37.514, p-value = 0.0001547  
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0  
95 percent confidence interval:  
 2.182335 6.233596  
sample estimates:  
mean of x mean of y  
24.24022 20.03226
```

10. Διαφοροποίηση ως προς την κλινική

Οι νοσηλευόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα, νοσηλεύονταν τη στιγμή της έρευνας σε 16 διαφορετικές κλινικές. Εξετάσαμε αν η ικανοποίηση τους από την συμπεριφορά του προσωπικού στις κλινικές διαφοροποιήθηκε ανάλογα από ποια κλινική ήταν ο συμμετέχοντας. Εκτελέσαμε έλεγχο ANOVA ανάμεσα στο σκορ ικανοποίησης θέτοντας ως παράγοντες τις 16 κλινικές. Η p-value του ελέγχου είναι $0.9921 > 0.05$ συνεπώς δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση. Άρα η μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την συμπεριφορά του προσωπικού, δεν διέφερε ανάμεσα στις κλινικές.

```
> anova(aov(beh~q13))
Analysis of Variance Table

Response: beh
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q13    1   0.0  0.0022  1e-04 0.9921
Residuals 258 5754.7 22.3050
```

11. Διαφοροποίηση ως προς το νοσοκομείο

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
409	23,64
Αγ. Ανδρέας	23,68
Παν. Ν. Ρίου	23,33

Εξετάσαμε επίσης αν η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την συμπεριφορά του προσωπικού του νοσοκομείου διαφοροποιείται ανάλογα με το νοσοκομείο στο οποίο είχε νοσηλευτεί ο κάθε συμμετέχοντας τη στιγμή της έρευνας. Η μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ανάμεσα στα τρία νοσοκομεία είναι πολύ κοντά η μία στην άλλη κάτι που επιβεβαιώνει και ο έλεγχος ANOVA που εκτελέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι $0.6247 > 0.05$ συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση. Άρα η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ανάμεσα στα τρία νοσοκομεία δεν είναι στατιστικά σημαντική.

```
> anova(aov(beh~hos))
Analysis of Variance Table

Response: beh
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
hos    1   5.3  5.3464  0.2399 0.6247
Residuals 258 5749.3 22.2843
```


12. Διαφοροποίηση ως προς το αν ξοδεύτηκαν παραπάνω χρήματα

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

NAI	22,38
OXI	23,80

Οι νοσηλευόμενοι που συμμετείχαν στην έρευνα και δεν ξόδεψαν επιπλέον χρήματα από αυτά που τους κάλυπτε ο ασφαλιστικός τους φορέας ήταν εντονότερα ικανοποιημένοι σε σχέση με αυτούς που ξόδεψαν επιπλέον χρήματα. Την διαφορά στους μέσους των δύο κατηγοριών επιβεβαιώνει και ο έλεγχος t-test που εκτελέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι $0.03884 < 0.05$ συνεπώς έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση. Εφόσον την απορρίπτω οι δύο μέσοι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

```
> t.test(beh.x, beh.w)

welch Two Sample t-test

data:  beh.x and beh.w
t = -2.0924, df = 104.041, p-value = 0.03884
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -2.75593263 -0.07393474
sample estimates:
mean of x mean of y
 22.38710  23.80203
```

13. Διαφοροποίηση ως προς την επαρκή ενημέρωση

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

NAI	24,19
OXI	20,51

Υπάρχει διαφοροποίηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ανάλογα με το αν είχαν ή όχι επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειάς τους. Οι νοσηλευόμενοι που δήλωσαν πως είχαν επαρκή ενημέρωση είναι εμφανώς πιο ικανοποιημένοι από αυτούς που δεν είχαν επαρκή ενημέρωση. Το p-value του ελέγχου είναι μικρότερο από 0.05 άρα απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση. Συνεπώς, όντως οι δύο μέσοι διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

```
> t.test(beh.1, beh.2)

welch Two Sample t-test

data:  beh.1 and beh.2
t = 4.4579, df = 64.915, p-value = 3.352e-05
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 2.029539 5.324059
sample estimates:
mean of x mean of y
 24.1866  20.5098
```

B3. Σκορ ικανοποίηση από την καθαριότητα των κρατικών νοσοκομείων

Στο τρίτο και τελευταίο κομμάτι της διμεταβλητής ανάλυσης εξετάσαμε το πώς διαφοροποιείται η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων, ως προς την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου, από τους 13 παράγοντες που εξετάσαμε και στις άλλες δύο μεταβλητές σκορ. Το σκορ ικανοποίησης ως προς την καθαριότητα προέκυψε από το άθροισμα τριών σχετικών ερωτήσεων πενταβάθμιας κλίμακας, άρα το ελάχιστο σκορ είναι το 3 και το μέγιστο το 15.

1. Διαφοροποίηση ως προς τον παράγοντα φύλο

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Άνδρες	11.08
Γυναίκες	10.13

Οι άνδρες κατά μέσο όρο ήταν ικανοποιημένοι από την καθαριότητα 11,08 ενώ οι γυναίκες 10,13. Αυτή η διαφορά στους μέσους των δύο δειγμάτων ήταν στατιστικά σημαντική σύμφωνα με το αποτέλεσμα του ελέγχου t-test που εκτελέσαμε. Η p-value του ελέγχου είναι $0.004087 < 0.05$ και συνεπώς έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου που ορίζει πως οι μέσοι όροι είναι στατιστικά ίσοι. Άρα ο παράγοντας φύλο στην προκειμένη επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα.

```
> t.test(c1n.m,c1n.f)
```

```
welch Two Sample t-test
```

```
data: c1n.m and c1n.f
```

```
t = 2.8979, df = 252.126, p-value = 0.004087
```

```
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
```

```
95 percent confidence interval:
```

```
0.3046786 1.5972073
```

```
sample estimates:
```

```
mean of x mean of y
```

```
11.08475 10.13380
```

2. Διαφοροποίηση ως προς την οικογενειακή κατάσταση

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Έγγαμοι/ες	10,67
Άγαμοι/ες	10,31
Διαζευγμένοι/ες	11

Η μέση ικανοποίηση από την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου δεν διαφοροποιήθηκε ως προς τον παράγοντα οικογενειακή κατάσταση. Η p-value του ελέγχου ANOVA που εκτελέσαμε είναι

0.7168 > 0.05 συνεπώς δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση. Άρα οι τρεις μέσοι μπορούν να θεωρηθούν στατιστικά ίσοι.

```
> anova(aov(c1n~q2))
Analysis of Variance Table

Response: c1n
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q2      1    0.95  0.9503  0.1319 0.7168
Residuals 258 1858.94  7.2052
```

3. Διαφοροποίηση ως προς την ηλικία

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

<=43	10,71
>43	10,41

Ούτε στο σκορ ικανοποίησης ως προς την καθαριότητα η ηλικία επιδρά στατιστικά σημαντικά ως παράγοντας. Η μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων, τόσο αυτών που ήταν μικρότεροι από 43 όσο και αυτών που ήταν μεγαλύτεροι είναι στατιστικά ίση. Αυτό το επιβεβαιώνει η p-value του ελέγχου t-test που εκτελέσαμε καθώς είναι μεγαλύτερη από 0.05 και συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου.

```
> t.test(c1n.y,c1n.o)

welch Two Sample t-test

data:  c1n.y and c1n.o
t = 0.8953, df = 255.326, p-value = 0.3715
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -0.3575498  0.9536672
sample estimates:
mean of x mean of y
 10.71212  10.41406
```

4. Διαφοροποίηση ως προς την εργασιακή κατάσταση

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Έργαζόμενοι	10,42
Μη ενεργοί	10,79
Άνεργοι	10,10

Η εργασιακή κατάσταση ως παράγοντας δεν διαφοροποίησε την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων σχετικά με την καθαριότητα. Οι μέσοι των τριών κατηγοριών, σύμφωνα με τον έλεγχο ANOVA που

εκτελέσαμε είναι στατιστικά ίσοι εφόσον η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05 και συνεπώς δεν μπορούμε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση.

```
> anova(aov(cln~q4))
Analysis of Variance Table

Response: cln
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q4      1    0.0  0.0045   6e-04 0.9802
Residuals 258 1859.9  7.2089
```

5. Διαφοροποίηση ως προς τον τόπο διαμονής

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Πόλη	10,71
Χωριό	10,33

Η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από την καθαριότητα των χώρων δεν διαφοροποιήθηκε ως προς τον τόπο διαμονής τους. Η μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων που ζούσαν σε πόλη είναι στατιστικά ίση με τη μέση ικανοποίηση αυτών που ζούσαν σε χωριό. Αυτό το επιβεβαιώνει ο έλεγχος καθώς η p-value του ελέγχου είναι $0.275 > 0.05$ και συνεπώς δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Άρα οι μέσοι των δύο κατηγοριών είναι στατιστικά ίσοι.

```
> t.test(cln.t,cln.v)

welch two sample t-test

data:  cln.t and cln.v
t = 1.0946, df = 202.525, p-value = 0.275
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -0.3010038  1.0522530
sample estimates:
mean of x mean of y
 10.70552  10.32990
```

6. Διαφοροποίηση ως προς το είδος ασφάλειας

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Δημοσίου	9,33
ΙΚΑ	10,79
Ανασφάλιστος	10,21
ΟΓΑ	10,71
ΑΛΛΟ	10,50

Ούτε η ασφάλεια που είχε ο κάθε νοσηλευόμενος επηρέασε τις απαντήσεις τους ως προς την ικανοποίηση που αφορά την καθαριότητα. Η μέση ικανοποίηση των νοσηλευόμενων δεν διαφοροποιήθηκε ως προς τους 5 παράγοντες. Η p-value του ελέγχου είναι $0.4868 > 0.05$ και συνεπώς δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση του ελέγχου. Οι πέντε μέσοι των κατηγοριών θεωρούνται στατιστικά ίσοι.

```
> anova(aov(c1n~q6))
Analysis of Variance Table

Response: c1n
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q6      1    3.49   3.4904  0.4851 0.4868
Residuals 258 1856.40   7.1953
```

7. Διαφοροποίηση ως προς το μορφωτικό επίπεδο

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

A'βάθμια 10,56

B'βάθμια 10,25

Γ'βάθμια 10,83

Αγράμματος 10,92

Εξετάσαμε αν η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων διαφοροποιείται από το μορφωτικό τους επίπεδο. Ο έλεγχος ANOVA με παράγοντα το μορφωτικό επίπεδο επέστρεψε p-value $0.158 > 0.05$, συνεπώς δεν έχω επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψω την μηδενική υπόθεση. Άρα οι μέσοι μεταξύ των τεσσάρων κατηγοριών είναι στατιστικά ίσοι.

```
> anova(aov(c1n~q7))
Analysis of Variance Table

Response: c1n
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q7      1  14.34  14.3387  2.0045 0.158
Residuals 258 1845.55   7.1533
```

8. Διαφοροποίηση ως προς τον χρόνο εξέτασης

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Άμεση 11,16

Αναμονή 9,17

Η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την ικανοποίησή τους από την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου διαφοροποιήθηκε ως προς τον χρόνο εξέτασής τους. Αυτοί που εξετάστηκαν άμεσα ήταν σαφώς περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που εξετάστηκαν μετά από αναμονή. Ο

έλεγχος t-test που εκτελέσαμε μας δείχνει ότι οι δύο μέσοι των δύο κατηγοριών είναι στατιστικά διάφοροι εφόσον η p-value του ελέγχου είναι πολύ μικρή, κοντά στο μηδέν, και απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση.

```
> t.test(c1n.i,c1n.d)
```

```
welch Two sample t-test
```

```
data: c1n.i and c1n.d
```

```
t = 5.8984, df = 148.358, p-value = 2.386e-08
```

```
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
```

```
95 percent confidence interval:
```

```
1.328747 2.667590
```

```
sample estimates:
```

```
mean of x mean of y
```

```
11.164835 9.166667
```

9. Διαφοροποίηση ως προς τον χρόνο εξυπηρέτησης κατά τη διαδικασία εισαγωγής

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

Άμεση	11,26
Χρονοβόρα	9,55

Παρόμοια διαφοροποίηση της ικανοποίησης ανάμεσα στους νοσηλευόμενους παρατηρείται και από το αν αυτοί εξυπηρετήθηκαν άμεσα ή όχι κατά τη διαδικασία εισαγωγής τους στο νοσοκομείο. Οι νοσηλευόμενοι που εξυπηρετήθηκαν άμεσα ήταν σαφώς περισσότερο ικανοποιημένοι από αυτούς που καθυστέρησαν. Οι μέσοι των δύο κατηγοριών είναι στατιστικά διαφορετικοί αφού η p-value του ελέγχου είναι αρκετά μικρότερη από 0.05 και απορρίπτεται η μηδενική του υπόθεση.

```
> t.test(c1n.i2,c1n.d2)
```

```
welch Two sample t-test
```

```
data: c1n.i2 and c1n.d2
```

```
t = 3.8898, df = 43.95, p-value = 0.0003359
```

```
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
```

```
95 percent confidence interval:
```

```
0.8233054 2.5938869
```

```
sample estimates:
```

```
mean of x mean of y
```

```
11.256983 9.548387
```

10. Διαφοροποίηση ως προς την κλινική

Εξετάσαμε αν η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα των χώρων του νοσοκομείου διαφοροποιήθηκε ανάλογα με την κλινική στην οποία νοσηλεύονταν ο κάθε συμμετέχοντας. Από τον έλεγχο ANOVA βλέπουμε πως η p-value του ελέγχου είναι 0.004164 <0.05 και συνεπώς έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση. Από Post Hoc που εκτελέσαμε μετά την απόρριψη του ελέγχου ANOVA διαπιστώσαμε διαφορά της κλινικής Θώρακος ως προς τις κλινικές Ωτορινολαρυγγολογικής, της Γυναικολογικής και

Παθολογικής. Οι νοσηλευόμενοι της κλινικής Θώρακος ήταν ξεκάθαρα περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νοσηλευόμενους των άλλων τριών κλινικών.

```
> anova(aov(c1n~q13))
Analysis of Variance Table

Response: c1n
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
q13    1  58.37   58.369   8.3592 0.004164 **
Residuals 258 1801.52    6.983
---
signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

11. Διαφοροποίηση ως προς το νοσοκομείο

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων

409	9,75
-----	------

Αγ. Ανδρέας	9,71
-------------	------

Παν. Ν. Ρίου	11,12
--------------	-------

Η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα διαφοροποιήθηκε και ως προς το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύονταν ο κάθε ένας συμμετέχοντας. Η p-value του ελέγχου ANOVA που εκτελέσαμε είναι πολύ μικρή, μικρότερη από 0.05 και συνεπώς αυτό φανερώνει ότι οι μέση ικανοποίηση μεταξύ των τριών νοσοκομείων δεν είναι η ίδια. Από Post Hoc έλεγχο που εκτελέσαμε είδαμε ότι οι νοσηλευόμενοι στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείου του Ρίου ήταν σαφώς εντονότερα ικανοποιημένοι σε σχέση με τους νοσηλευόμενους στα άλλα δύο νοσοκομεία. Οι νοσηλευόμενοι στο 409 Στρατιωτικό Νοσοκομείο και αυτοί του νοσοκομείου του Αγίου Ανδρέα εμφανίστηκαν κατά μέσο όρο το ίδιο ικανοποιημένοι.

```
> anova(aov(c1n~hos))
Analysis of Variance Table

Response: c1n
      Df Sum Sq Mean Sq F value Pr(>F)
hos    1  98.88   98.877  14.486 0.0001764 ***
Residuals 258 1761.01    6.826
---
signif. codes:  0 '***' 0.001 '**' 0.01 '*' 0.05 '.' 0.1 ' ' 1
```

```
> TukeyHSD(fit, conf.level=.95)
Tukey multiple comparisons of means
95% family-wise confidence level

Fit: aov(formula = c1n ~ as.factor(hos))

$`as.factor(hos)`
      diff      lwr      upr      p adj
2-1 -0.04369115 -1.2573831  1.170001  0.9960376
3-1  1.36623932  0.3285830  2.403896  0.0059987
3-2  1.40993047  0.4726815  2.347179  0.0013447
```

12. Διαφοροποίηση ως προς το αν ξοδεύτηκαν παραπάνω χρήματα

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
NAI	10,06
OXI	10,73

Οι μέσοι όροι ικανοποίησης, σύμφωνα με τον έλεγχο t-test που εφαρμόσαμε, δεν διαφοροποιήθηκαν στατιστικά σημαντικά ως προς το αν οι νοσηλευόμενοι ξόδεψαν επιπλέον χρήματα από αυτά που τους κάλυπτε ο ασφαλιστικός τους φορέας κατά τη νοσηλεία τους. Η p-value του ελέγχου είναι οριακά μεγαλύτερη από 0.05 αλλά και πάλι δεν έχουμε επαρκή στατιστικά στοιχεία ώστε να απορρίψουμε την μηδενική υπόθεση του ελέγχου σε βαθμό εμπιστοσύνης 95%.

```
> t.test(c1n.x, c1n.w)

welch Two sample t-test

data: c1n.x and c1n.w
t = -1.8937, df = 124.654, p-value = 0.06059
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -1.35261326  0.02986887
sample estimates:
mean of x mean of y
 10.06452  10.72589
```

13. Διαφοροποίηση ως προς την επαρκή ενημέρωση

Αριθμητικοί Μέσοι Ανεξάρτητων Δειγμάτων	
NAI	10,06
OXI	10,73

Δεν υπάρχει διαφοροποίηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα, ανάλογα με το αν είχαν ή όχι επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειάς τους. Οι νοσηλευόμενοι που δήλωσαν πως είχαν επαρκή ενημέρωση είναι εμφανώς ικανοποιημένοι από αυτούς που δεν είχαν επαρκή ενημέρωση. Η διαφορά της μέσης ικανοποίησης μεταξύ των δύο κατηγοριών δεν είναι στατιστικά σημαντική. Η p-value του ελέγχου είναι μεγαλύτερη από 0.05, άρα

δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση. Συνεπώς όντως οι δύο μέσοι δεν διαφέρουν στατιστικά σημαντικά.

```
> t.test(c1n.1,c1n.2)

welch Two Sample t-test

data: c1n.1 and c1n.2
t = 1.8958, df = 81.181, p-value = 0.06154
alternative hypothesis: true difference in means is not equal to 0
95 percent confidence interval:
 -0.03721321  1.54148191
sample estimates:
mean of x mean of y
10.712919  9.960784
```

Πίνακας 4 Συνοπτικός πίνακας διαφοροποίησης ικανοποίησης ως προς τους 12 παράγοντες

	Συνολική	Συμπεριφορ ά	Καθαριότητα
Φύλο*	ü	ü	ü
Οικογενειακή Κατάσταση	ü	ü	ü
Ηλικία	ü	ü	ü
Εργασιακή Κατάσταση	ü	ü	ü
Τόπος Διαμονής	ü	ü	ü
Είδος Ασφάλισης	ü	ü	ü
Μορφωτικό Επίπεδο	ü	ü	ü
Χρόνος Εξέτασης*	ü	ü	ü
Χρόνος Εξυπηρέτησης*	ü	ü	ü
Κλινική*	ü	ü	ü
Νοσοκομείο*	ü	ü	ü
Επιπλέον Χρήματα*	ü	ü	ü
Επαρκής Ενημέρωση*	ü	ü	ü

Όπως γίνεται φανερό από τον Πίνακα 4 ο παράγοντας φύλο επηρέασε στατιστικά σημαντικά τη συνολική ικανοποίηση των νοσηλευόμενων και την ικανοποίηση σχετικά με την καθαριότητα. Ο χρόνος εξέτασης και ο χρόνος εξυπηρέτησης των νοσηλευόμενων κατά την εισαγωγή επηρέασαν και τα τρία σκορ ικανοποίησης στατιστικά σημαντικά. Η κλινική και το νοσοκομείο στο οποίο νοσηλεύονταν οι συμμετέχοντες επηρέασε την ικανοποίησή τους μόνο ως προς την καθαριότητα. Τέλος, τα επιπλέον χρήματα που ξόδεψαν οι νοσηλευόμενοι καθώς και η ενημέρωση που τους παρείχαν για την εξέλιξη της ασθένειάς τους ήταν δύο παράγοντες που επηρέασαν τις απαντήσεις των ερωτώμενων και ως προς την συνολική ικανοποίηση αλλά και ως προς την ικανοποίησή τους από τη συμπεριφορά, επικοινωνία και προσέγγισή τους από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να μελετήσουμε την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τις υπηρεσίες υγείας των κρατικών νοσοκομείων στην πόλη της Πάτρας. Συλλέχθηκαν και αναλύθηκαν 260 έγκυρα ερωτηματολόγια σταθμισμένα ως προς το φύλο και την ηλικία, σύμφωνα με τον πληθυσμό αναφοράς. Το 55% του δείγματός μας ήταν γυναίκες ενώ το 45% άνδρες. Η ηλικίες των συμμετεχόντων κατανέμονταν κανονικά. Οι συμμετέχοντες ήταν νοσηλευόμενοι τη στιγμή της έρευνας στα τρία μεγάλα κρατικά νοσοκομεία της Πάτρας, το Στρατιωτικό Νοσοκομείο 409, το Νοσοκομείο του Αγίου Ανδρέα και το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου. Οι συμμετέχοντες νοσηλευόμενοι επίσης προήλθαν από 16 διαφορετικές κλινικές.

Οι περισσότεροι των νοσηλευόμενων μεταφέρθηκαν στο νοσοκομείο με ασθενοφόρο και 7 στους 10 δήλωσαν πως εξετάστηκαν άμεσα. Η διαδικασία κατά την εισαγωγή τους ήταν άμεση για το 69% των ερωτηθέντων. Τρεις στους τέσσερις (75%) έκριναν τον χρόνο διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών τους εξετάσεων ως ικανοποιητικό. Περίπου ένας στους τέσσερις νοσηλευόμενους (24%) χρειάστηκε να ξοδέψει επιπλέον χρήματα από αυτά που του κάλυπτε ο ασφαλιστικός του φορέας. Μόλις για το 16% των νοσηλευόμενων δημιουργήθηκαν προβλήματα από τη συμβίωσή τους με τους υπόλοιπους ασθενείς. Το 80% των νοσηλευόμενων απάντησαν πως είχαν επαρκή ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειάς τους.

Η συμπεριφορά του προσωπικού, ιατρικού και νοσηλευτικού, των κρατικών νοσοκομείων κρίθηκε από τη πλειοψηφία των νοσηλευόμενων είτε ως καλή είτε ως άριστη. Το 70% δήλωσαν ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ενώ ταυτόχρονα το 74% δήλωσαν ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. Θετικός ήταν και ο βαθμός ικανοποίησης των νοσηλευόμενων από την επικοινωνία που είχαν με το νοσηλευτικό προσωπικό (76%) και την ευγένεια και σεβασμό που αντιμετώπισαν από το νοσηλευτικό προσωπικό (72%). Το 76% των νοσηλευόμενων εμφανίστηκαν ικανοποιημένοι ως προς τον τρόπο προσέγγισής του προβλήματός τους εκ μέρους των γιατρών ενώ ήταν πολύ ικανοποιημένοι και από τον σεβασμό που τους έδειξε το ιατρικό προσωπικό (75%).

Η πλειοψηφία των νοσηλευόμενων έκρινε την καθαριότητα του θαλάμου θετικά. Το 45% την έκριναν ως καλή και επιπρόσθετα το 14% ως άριστη. Παρόμοια ήταν και η άποψη των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα του μπάνιου. Το 44% την έκριναν ως καλή και το 13% ως άριστη. Λιγότερο θετική, αλλά και πάλι θετική ήταν η άποψη των νοσηλευόμενων ως προς την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων του νοσοκομείου, με το 39% να την κρίνει ως καλή και το 14% ως άριστη. Μόλις το 12% την έκριναν ως κακή ή πολύ κακή ενώ το υπόλοιπο 30% την έκριναν ως μέτρια.

Ικανοποιημένοι επίσης εμφανίστηκαν οι νοσηλευόμενοι από την τροφή που τους παρείχε το νοσοκομείο κατά τη νοσηλεία τους. Το 68% των ερωτηθέντων δήλωσαν πως υπήρχε ποικιλία τροφής, ενώ το 44% έκρινε την ποσότητα και την ποιότητα ως καλή. Επιπρόσθετα το 14% έκριναν την ποιότητα και την ποσότητα τροφής ως άριστη.

Το 63% των νοσηλευόμενων δήλωσαν πως το σύστημα επισκεπτηρίου της κλινικής που νοσηλεύονταν ήταν απεριόριστο ενώ το υπόλοιπο 37% περιορισμένο. Επίσης στο 83% των νοσηλευόμενων το επισκεπτήριο δεν τους δημιούργησε κάποιο πρόβλημα. Περισσότεροι από τους μισούς (53%) θεωρούν πως είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του νοσοκομείου.

Το 75% των νοσηλευόμενων δεν αντιλήφθηκαν την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου.

Το 42% των ερωτηθέντων αξιολόγησαν την αποτελεσματικότητα των κρατικών νοσοκομείων ως καλή, σε σχέση με την αποτελεσματικότητα των ιδιωτικών. Το 11% την χαρακτήρισαν ως άριστη, ενώ μόλις το 14% την έκριναν ως κακή ή πολύ κακή. Συνολικά τις υπηρεσίες υγείας, το 18% των νοσηλευόμενων τις έκρινε ως άριστες, το 25% ως πολύ καλές, το 34% ως καλές, το 16% ως μέτριες και τέλος μόλις το 6% ως κακές.

Η συνολική ικανοποίηση των νοσηλευόμενων μετρήθηκε με ένα σκορ στην παρούσα εργασία. Οι απαντήσεις που δόθηκαν ως προς την συνολική ικανοποίηση επηρεάστηκαν από 5 παράγοντες. Από το φύλο, τον χρόνο εξέτασης, τον χρόνο εξυπηρέτησης κατά την διαδικασία εισαγωγής, αν ξόδεψαν επιπρόσθετα χρήματα και το αν υπήρχε ή όχι επαρκής ενημέρωση ως προς την εξέλιξη της ασθένειας. Οι άντρες νοσηλευόμενοι εμφανίστηκαν πιο ικανοποιημένοι συνολικά σε σχέση με τις γυναίκες. Επιπλέον οι νοσηλευόμενοι οι οποίοι εξετάστηκαν άμεσα ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με αυτούς που εξετάστηκαν μετά από κάποια αναμονή. Το ίδιο παρατηρήθηκε και από ανάμεσα στο διαχωρισμό των νοσηλευόμενων ως προς τον χρόνο που εξυπηρετήθηκαν κατά την διαδικασία εισαγωγής τους. Επίσης τα άτομα που δεν ξόδεψαν επιπλέον χρήματα κατά την νοσηλεία τους ήταν περισσότερο ικανοποιημένα σε σχέση με αυτούς που ξόδεψαν επιπλέον χρήματα. Τέλος τα άτομα που δήλωσαν πως είχαν επαρκή ενημέρωση ως προς την εξέλιξη της υγείας τους ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με αυτούς που δήλωσαν πως δεν είχαν επαρκή ενημέρωση.

Η ικανοποίηση από τη συμπεριφορά και τη στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού επηρεάστηκε από τους παράγοντες χρόνου εξέτασης, χρόνου εξυπηρέτησης, επιπλέον χρημάτων και επαρκή ενημέρωση.

Τέλος η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων σχετικά με την καθαριότητα των νοσοκομείων επηρεάστηκε από τον παράγοντα του φύλου, του χρόνου εξέτασης, του χρόνου εξυπηρέτησης, της κλινικής και του νοσοκομείου. Οι νοσηλευόμενοι στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο του Ρίου ήταν σαφώς περισσότερο ικανοποιημένοι από την καθαριότητα σε σχέση με τους νοσηλευόμενους στα άλλα δύο νοσοκομεία.

ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

- Αρχικά θα ήτανε καλό τα ίδια τα Νοσοκομεία ανά τρείς μήνες να κάνουνε έρευνα για να διαπιστώνουν κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς από τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Έτσι το κάθε Νοσοκομείο να προσαρμόζει τις υπηρεσίες του στο καλύτερο δυνατό, ώστε η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων υψηλότερη γίνεται, ανάλογα και με τα μέσα που διαθέτει το κάθε Νοσοκομείο.
- Επιπλέον, μετά από κάποιο χρονικό διάστημα να γινότανε μία Διπλωματική Σύγκριση της παρούσας εργασίας με μια προγενέστερη ώστε να ανακαλύπταμε αν η οικονομική κρίση επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών.
- Τέλος, να λάμβανε χώρα μια καινούργια έρευνα, με καλύτερη στάθμη ως προς το μορφωτικό επίπεδο, που υπάρχει πιθανότητα να επηρεάξε τις απαντήσεις των νοσηλευόμενων.

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αλεξιάδης ΑΔ. (1999). Εισαγωγή στο δίκαιο της υγείας. Επίτομος, Εκδόσεις Δημοπούλου Μ., Θεσσαλονίκη.

Αντεριώτη Π., Αντωνίου Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), 62-67.

Βαταρόγλου Ι. (2010). Συγκριτική εκτίμηση της ικανοποίησης ασθενών σε Ιδιωτικά και Τακτικά εξωτερικά ιατρεία στο Γ.Ν. Παπαγεωργίου, Διπλωματική Εργασία, Μακεδονία.

Βενιού Α, Τεντολούρης Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.mednet.gr/archives/2013-%205/pdf/613.pdf>

Δετοράκης Ι. (2003). Βασικές Αρχές της Υγιεινής. Επίτομος, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα.

Θεόδωρου Μ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ. (1997). Συστήματα Υγείας και Ελληνική Πραγματικότητα. Επίτομος, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Κέπεντζης Σ., Γκογκόσης Κ., Νιάκας Δ. (2004). «Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής.» Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας. Επιμέλεια Νιάκας Δ., Επίτομος, Εκδόσεις Mediforce (Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας), Αθήνα.

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

Κουνέλη Α. (2009). Οι ΤΠ&Ε Στα Ελληνικά Νοσοκομεία, Τα Προβλήματα της Εκπαίδευσης και οι όροι εφαρμογής τους σε θεωρητικό αλλά και πρακτικό επίπεδο. Διπλωματική Εργασία, Αθήνα

Κυριόπουλος Γ. (1995). Η πολιτική υγείας στην Ελλάδα: στο σταυροδρόμι των επιλογών. Επίτομος, Εκδόσεις Θεμέλιο και Ακαδημία Επαγγελματιών Υγείας, Αθήνα.

Κυριόπουλος Γ., Οικονόμου Χ., Σουλιώτης Κ. (2003). Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια. Επίτομος, Εκδόσεις Παπαζήσης, Αθήνα.

Λαδά- Χαντζοπούλου Α. (1978). Η δημόσια υγεία-περίθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη - σημερινά προβλήματα. Επίτομος, Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα.

Μανιού Μ., Ιακωβίδου Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. *Το βήμα του Ασκληπιού*, 8(4), 382-399.

Μποστανίτης Ι., Τσαλίδου Μ. (2010). Προσδιοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης ασθενών: Οι σχέσεις ιατρών-ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 2(1), 15-19

Παυλίδης Κ. (2012). Υγεία - Δημόσια Υγεία - Ιατρική Πράξη. Διαδικτυακή Σελίδα: <http://www.politicaldoubts.com/public-health/item/57-ygeia-dimosia-ygeia-iatriki-praksi>

Πολυκανδριώτη Μ, Κουτελέκος Ι. (2013). Ανάγκες ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2), 73-83.

Ραφτόπουλος Β., Οικονομοπούλου Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Δελτίο ελληνικής μικροβιολογικής εταιρείας, 48(2), 84-94.

Τούντας Γ. (2001). Κοινωνία και Υγεία. Επίτομος, Δεύτερη Έκδοση, Εκδόσεις Οδυσσέας, Αθήνα.

Τούντας Γ. (2008). Υπηρεσίες Υγείας. Επίτομος, Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, Αθήνα.

Τούντας Ι. (2014). Η οικονομική κρίση απειλεί για την υγεία. Το Βήμα, Διαδιακτακή Σέλιδα: <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=556103>

Τσιάντου Β., Μαρκάκη Α., Δόλγεραι Α., Λιονής Χ., Κυριόπουλος Γ. (2007). Ανοικτά Δίκτυα Προστασίας της Υγείας: Μια πρόταση για τη θέση της αυτοδιοίκησης στην εθνική υγειονομική πολιτική Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. 19(4), 178-186.

Υφαντόπουλος Ι. (1986). Κοινωνικοοικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Τόμος 1, Εκδόσεις Ιατρική, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Ν. Γ. (2006). Τα Οικονομικά της Υγείας Θεωρία και Πολιτική. Επίτομος, Εκδόσεις Τηλωθήτω – Γιώργος Δαρδάνος, Αθήνα.

Φαράντζιαν Μ.Α. (2007). Στρατηγική & Ποιότητα Μονάδων & Υπηρεσιών Υγείας, Διπλωματική Εργασία, Πειραιά.

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Barnett PB. (2001). Rapport and the hospitalist. The American Journal of Medicine, 111(9B), 31-35.

Bredart A., Coens C., Aaronson N, Chie W-C., Efficace F., Conroy T., Blazeby JM., Hammerlid E., Costantini M., Joly F., Schraub S., Sezer O., Arraras JI., Rodary C., Costantini A., Mehltz M., Razavi D., Bottomley A. (2007). Determinants of patient satisfaction in oncology settings from European and Asian countries: Preliminary results based on the EORTC IN-PATSAT32 questionnaire. European Journal of Cancer, 43(2), 323 - 330.

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

Davis LA. (2010). Patient-provider communication and low-income adults: Age, race, literacy, and optimism predict communication satisfaction. Patient Educ Couns, 79, 30–359.

Deeks PA., Byatt K. (2000). Are patients who self-administer their medicines in hospital more satisfied with their care ?. Journal of Advanced Nursing. 31(2),395-400

Donadedian A. (1988). The Quality of Care: How Can It Be Assessed?. *The Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.

Edelman CL., Mandle CL. (2009). Προαγωγή της Υγείας Σε όλο το εύρος της ζωής, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Μπαμπάτσικου Φ., Πολυχρονόπουλος Ε.,Κουτής Χ, Επίτομος, Έκτη Έκδοση, Επιστημονικές Εκδόσεις Παρισιάνου ΑΕ, Αθήνα.

Ervin NE. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality ?. *The Journal of Nursing Administration*, 36(3), 126-30.

Fottler, M., Ford R., Roberts V., Ford E. (2000). Creating a healing environment: The importance of the service setting in the new consumer-oriented healthcare system. *Journal of Healthcare Management*, 45(2), 91-106.

Hall J., Dornan M. (1990). Patient socio-demographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: A meta-analysis. *Social Science & Medicine* 30(7), 811-818.

Hall J.A., Milburn M.A. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care?. Tests for two explanatory models. *Health Psychology*, 17(1), 70-75.

Hatch AM, Tapley A. (1982). A self-administration system for elderly patients at Highbury Hospital. *Nursing Times*, 78(42), 1773-74.

Heikkinen T., Kvist T., Partanen P., Vehviläinen-Julkunen K., Aalto P. (2008). Patient satisfaction as a positive nursing outcome. *J Nurs Care Qual*, 23(1), 58-65

Matis GK., Birbilis TA., Chrysou OI. (2009). Patient satisfaction questionnaire and quality achievement in hospital care: the case of a Greek public university hospital. *Health Serv Manage Res*, 22(24), 191-196.

Miaoulis G. Jr., Gutman J., Snow MM. (2009). Closing the gap: The patient-physician disconnect. *Health Mark Q*, 26(1), 56–68.

Mossialos E., Allin S., Davaki K. (2005). Analyzing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. *Health Economics*, 14(1), 151-168.

Nelson G.,Niederberger I. (1990). Patient satisfaction surveys: An opportunity for Total Quality Improvement. *Hospital and Health Services Administration*, 35(3), 409-427.

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

Papanikolaou V., Ntani Sp. (2008). “Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care”. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 558-561.

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.

Quintana J.M., González N., Bilbao A., Aizpuru F., Escobar A., Esteban C., San-Sebastián JA., Emilio de-la-Sierra, Thompson A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Services Research*, 6,102.

Simon SR., Peters AS., Christiansen CL., Fletcher RH. (2000). Effect of medical student teaching on patient satisfaction in a managed care setting. *Journal of General Internal Medicine* 15(7), 457-461.

Sjetne IS., Veenstra M. Staven K. (2007). The Effect of Hospital Size and Teaching Status on Patient Experiences with Hospital Care: A Multilevel Analysis. *Medical Care* 45(3), 252-258.

Stanhope M., Lancaster J. (2009). Κοινωνική Νοσηλευτική. Γενική Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Γκεσούλη-Βολτυράκη Ε., Νούλα Μ., Τόμος 1, Εκδόσεις Π.Χ Πασχαλίδη, Αθήνα.

Taylor C., Lillis C., Le Mone Pr. (2002). Θεμελιώδεις αρχές της Νοσηλευτικής. Επίτομος, Επιμέλεια Ελληνικής Έκδοσης: Λεμονίδου Χρ., Πατηράκη-Κουρμπάνη Ε. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα.

Tountas Y., Karnaki P., Pavi E., Soulotis K. (2005). The unexpected growth of the private health sector in Greece. *Health Policy*, 74(2), 167-180.

Williams B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept?. *Social Science and Medicine*, 38(4), 509-516.

York NL., Darosa DA., Markwell SJ., Niehaus AH., Folse R. (1995). Patients attitudes towards the involvement of medical students in their care. *The American Journal of Surgery*, 169(4), 421-423

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ: ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΟ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΔΙΑΒΑΣΤΕ ΠΡΟΣΕΚΤΙΚΑ

Αγαπητοί νοσηλεύόμενοι,

Είμαστε προπτυχιακοί φοιτητές στο τμήμα Νοσηλευτικής του Τ.Ε.Ι Δυτικής Ελλάδας.

Το ερωτηματολόγιο που έχετε στα χέρια σας είναι μέρος της πτυχιακής μας εργασίας υπό την επίβλεψη του Δρ. Νικόλαου Στεφανόπουλου. Περιλαμβάνει δημογραφικά στοιχεία και ερωτήσεις, έτσι ώστε να διαπιστώσουμε την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία της Πάτρας.

Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις**, διαλέγοντας **μία** μόνο επιλογή.

Οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Εάν χρειαστείτε οποιαδήποτε πληροφορία ή διευκρίνιση, μη διστάσετε να μας ρωτήσετε.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΗ ΒΟΗΘΕΙΑ ΣΑΣ

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

A) ΦΥΛΟ

ΑΝΤΡΑΣ ΓΥΝΑΙΚΑ

B) ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

ΕΓΓΑΜΟΣ ΑΓΑΜΟΣ ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ ΧΗΡΟΣ

Γ) ΗΛΙΚΙΑ _____

Δ) ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ _____

E) ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

ΠΟΛΗ ΧΩΡΙΟ

ΣΤ) ΤΙ ΕΙΔΟΥΣ ΑΣΦΑΛΕΙΑ ΕΧΕΤΕ;

ΔΗΜΟΣΙΑ ΙΚΑ ΑΝΑΣΦΑΛΙΣΤΟΣ ΟΓΑ ΑΛΛΟ

Z) ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ

Α'ΒΑΘΜΙΑ Β'ΒΑΘΜΙΑ Γ'ΒΑΘΜΙΑ ΑΓΡΑΜΜΑΤΟΣ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1. Με ποιο τρόπο έγινε η μεταφορά σας στο νοσοκομείο:

Ασθενοφόρο Ι.Χ. Άλλο

2. **Η εξέταση σας ήταν:**

-
- Άμεση Αναμονή

3. **Η συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού ήταν:**

-
- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

4. **Η συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν:**

-
- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

5. **Η εξυπηρέτηση και ο χρόνος που χρειάστηκε για να γίνει η εισαγωγή σας στη κλινική ήταν άμεση:**

-
- Ναι Όχι Χρονοβόρο Άλλο

6. **Κλινική** _____

7. **Οι βοηθοί θαλάμων απολυμαίνουν το χώρο (γύρω) μετά την αναχώρηση του ασθενούς (κρεβάτι, σεντόνια, κομοδίνο);**

-
- Ναι Όχι

8. **Η επικοινωνία σας με το νοσηλευτικό προσωπικό στη κλινική σας ήταν:**

-
- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

9. **Η ευγένεια και ο σεβασμός του νοσηλευτικού προσωπικού στη κλινική σας ήταν:**

-
- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

10. **Ο τρόπος προσέγγισης του προβλήματος σας εκ μέρους των γιατρών ήταν:**

-
- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

11. **Ο σεβασμός του ιατρικού προσωπικού απέναντι σας ήταν:**

-
- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

12. Χρειάστηκε να ξοδέψετε επιπλέον χρήματα σε προσωπικό επίπεδο πέρα αυτών που καλύπτει ο ασφαλιστικός σας φορέας;

Ναι Όχι

Αν ναι γιατί;

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

13. Η καθαριότητα του θαλάμου είναι:

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

14. Η καθαριότητα του μπάνιου είναι:

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

15. Η καθαριότητα των διαδρόμων και των δημόσιων χώρων του νοσοκομείου είναι:

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

16. Η ποσότητα και η ποιότητα (θερμοκρασία) της τροφής είναι:

Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

17. Υπάρχει ποικιλία τροφής;

Ναι Όχι

18. Δημιουργούνται προβλήματα από τη συμβίωση σας με τους υπόλοιπους ασθενείς στον ίδιο θάλαμο;

Ναι Όχι

19. Ποιό είναι το σύστημα της κλινικής όσον αφορά το επισκεπτήριο;

Περιορισμένο Απεριόριστο

20. Η ώρα του επισκεπτηρίου σας δημιουργεί πρόβλημα;

- Ναι Όχι

21. Πιστεύετε ότι είναι απαραίτητη η παραμονή συνοδού στο χώρο του νοσοκομείου;

- Ναι Όχι

Αν ναι γιατί;

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

22. Ο χρόνος διεκπεραίωσης των νοσηλευτικών εξετάσεων έγιναν σε ικανοποιητικό χρόνο;

- Ναι Όχι

23. Κυριότερες καθυστερήσεις για διαγνωστικό έλεγχο συμβαίνουν από:

- Τραυματιοφορείς Ακτινογραφίες Νοσηλευτικών παρεμβάσεων Ιατρικών παρεμβάσεων

- Άλλο

24. Πιστεύετε ότι έχετε την επαρκή ενημέρωση της εξέλιξης της ασθένειας σας;

- Ναι Όχι

25. Διαπιστώσατε την ύπαρξη κοινωνικής υπηρεσίας στο χώρο του νοσοκομείου;

- Ναι Όχι

26. Πιστεύετε ότι η αποτελεσματικότητα των ελληνικών κρατικών νοσοκομείων έναντι των ιδιωτικών είναι:

- Πολύ κακή Κακή Μέτρια Καλή Άριστη

27. Βαθμολογίστε συνολικά τις υπηρεσίες ως ασθενής:

1	2	3	4	5
<i>άσχημα</i>	<i>μέτρια</i>	<i>καλά</i>	<i>πολύ καλά</i>	<i>άριστα</i>