

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ: Σ.Ε.Υ.Π

ΤΜΗΜΑ: ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ**

Σπουδάστριες:

Ντζούφρα Βασιλική

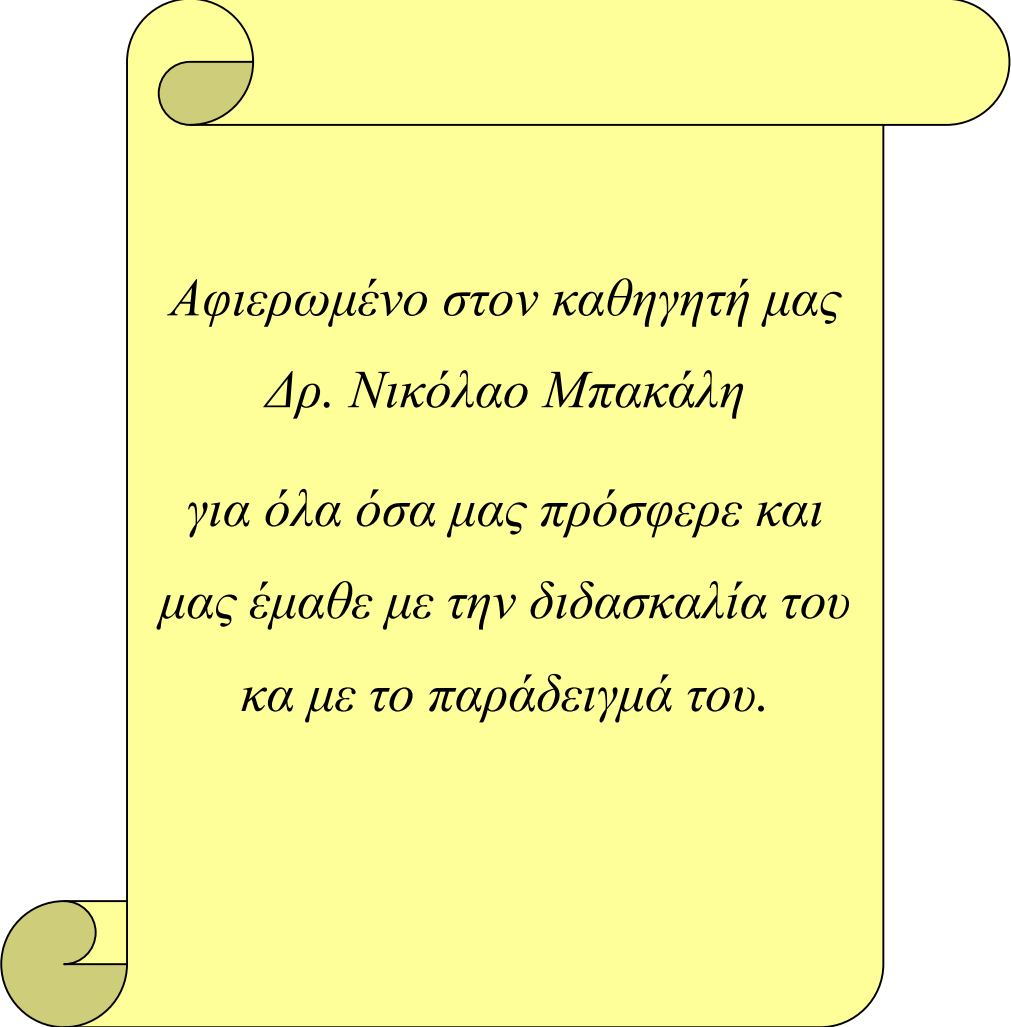
Ξενάκη Δήμητρα

Παντελή Αικατερίνη

Εποπτεύων:

Δρ. Μπακάλης Νικόλαος

Πάτρα, 2015



Αφιερωμένο στον καθηγητή μας

Δρ. Νικόλαο Μπακάλη

*για όλα όσα μας πρόσφερε και
μας έμαθε με την διδασκαλία του
κα με το παράδειγμά του.*

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας, θα θέλαμε να εκφράσουμε τις θερμές μας ευχαριστίες στους ανθρώπους που στάθηκαν αρωγοί σε αυτή μας την προσπάθεια:

- Τους γονείς μας, οι οποίοι μας στήριξαν ψυχολογικά και οικονομικά αυτά τα τέσσερα χρόνια της φοιτητικής μας πορείας.
- Τον καθηγητή μας κ. Δρ. Μπακάλη Νικόλαο, που με την πολύτιμη βοήθεια του καταφέραμε να ολοκληρώσουμε επιτυχώς την πτυχιακή μας εργασία παρά τις δυσκολίες που αντιμετωπίσαμε όλο αυτό το χρονικό διάστημα.
- Όλους τους καθηγητές του νοσηλευτικού τμήματος για τις γνώσεις που μας προσέφεραν όλο αυτό το διάστημα της τετραετούς φοίτησης μας.
- Όλους τους προϊσταμένους/-ες, τους νοσηλευτές και τους ασθενείς και τους συγγενείς τους στα νοσοκομεία, όπου διανείμαμε το ερωτηματολόγιό μας, που συνέβαλαν εποικοδομητικά στην εκπόνηση αυτής της έρευνας, αφιερώνοντας αρκετό από τον πολύτιμο χρόνο τους.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Αν και το κράτος δεσμεύεται από τον νόμο για την παροχή ιατρικής περίθαλψης, ο τρόπος της παροχής καθώς και η ποιότητα της φροντίδας δεν αναφέρονται δεσμευτικά. Η ποιότητα προσδιορίζεται από παράγοντες όπως η προσβασιμότητα, η αποτελεσματικότητα και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, καθώς και με την αποτελεσματικότητα του ανθρώπινου δυναμικού, αλλά και με την συνθήκη του φυσικού περιβάλλοντος.

Σκοπός: Να διερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παροχή ιατρονοσηλευτικής φροντίδας στα Δημόσια Νοσοκομεία της χώρας.

Δείγμα και Μέθοδος Μελέτης: Χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο με 27 ερωτήσεις. Το δείγμα (n=445) περιλάμβανε ασθενείς από Δημόσια Νοσοκομεία από 2 πόλεις της Ελλάδας. Η στατιστική ανάλυση έγινε με το πρόγραμμα SPSS 20.

Αποτελέσματα: **Σε σχέση με τους νοσηλευτές/-τριες**, οι ασθενείς σε ποσοστό (78%) θεωρούν ότι οι τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό, κατά (74,6%) θεωρούν πως τους άκουσαν με προσοχή, κατά (68,1%) πως τους εξηγούσαν πάντα τα πράγματα με κατανοητό τρόπο. **Σε σχέση με το ιατρικό προσωπικό**, οι ασθενείς σε ποσοστό (78%) θεωρούν ότι οι ιατροί τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό, κατά (71,9%) τους άκουσαν με προσοχή και κατά (67,2%) τους εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο. **Σε σχέση με το περιβάλλον του νοσοκομείου**, οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό (78,0%) πως η καθαριότητα στο χώρο του δωματίου και του λουτρού ήταν επαρκής κατά την διαμονή τους στο νοσοκομείο. **Σε σχέση με την συνολική εντύπωσή τους για το νοσοκομείο**, οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό (43,4%) θετικά ενώ κατά (44,9%) αρνητικά. Επιπλέον, οι ερωτηθέντες σε ποσοστό (27,6%) αξιολόγησαν τα νοσοκομεία με 8, κατά (18,2%) τα αξιολόγησαν με 10, ενώ σε ποσοστό (58,2%) θα σύστηναν σίγουρα το νοσοκομείο σε φίλους ή συγγενείς.

Συμπεράσματα: Πρέπει να καθιερωθεί σε όλο το Σύστημα Υγείας η αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, με μετρήσεις του αποτελέσματος της φροντίδας σε τακτά χρονικά διαστήματα σε κάθε νοσοκομείο, οι οποίες να αντανακλούν, όχι μόνο τις απόψεις των επαγγελματιών υγείας, αλλά και των ασθενών.

ABSTRACT

Introduction: The state is bound by law to provide medical care, the way of delivery and the quality of care are not mentioned binding. The quality is determined by factors such as accessibility, effectiveness and availability of health services, as well as the effectiveness of human resources and also the condition of the natural surround.

Purpose: To investigate the views of patients on the supply of medical and nursing care in public hospitals in the country.

Sample and Study Method: A questionnaire with 27 questions was answered. The sample (n = 445) included patients from public hospitals from 2 cities. Statistical analysis was performed with the SPSS 20 program.

Results: With regard to the nurses, patients at a percentage of (78%) consider that they treated them with courtesy and respect, by (74.6%) believe that they heard them with attention, by (68.1%) that they always were explaining things in an understandable way. With regard to the medical staff, patients at a rate (78%) feel that the physicians treated them with courtesy and respect, by (71.9%) listened to them with attention and by (67.2%) explained things in an understandable way. In relation to the environment of the hospital, the patients answered at a percentage of (78.0%) that the cleanliness in the space of the room and the bath was sufficient during their stay at the hospital. In relation to the overall impression for the hospital, the patients answered at a percentage of (43.4%) positive, while by (44.9%) were negative. Moreover, the participants evaluated hospitals with 8 out of 10 by (27.6%), against (18.2%) who evaluated with 10, while by (58.2%) would definitely recommend the hospital to friends or relatives.

Conclusions: The assessment of the quality of the offered services should be established throughout the health system, through the measurement of care results at regular intervals in each hospital, which will reflect not only the views of health professionals, but also the opinions of the patients.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ	iii
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	1
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	3
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1.....	5
1.1 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών.....	5
1.1.1 Εννοιολογικός Ορισμός.....	5
1.1.2 Λειτουργικός Ορισμός	5
1.2 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	6
1.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών	9
1.4 Χρησιμότητα Ικανοποίησης.....	11
1.5 Ποιότητα φροντίδας	11
1.5.1 Φροντίδα και Νοσηλευτική Φροντίδα	12
1.6 Ποιοι συνιστούν την Νοσηλευτική Φροντίδα	13
1.7 Κινήσεις ώστε να βελτιωθεί το Σύστημα Υγείας	14
1.8 Δημόσια Νοσοκομεία	15
1.8.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας	15
1.8.2 Φροντίδα Υγείας - Διάκριση Μονάδων Φροντίδας Υγείας	16
1.8.3 Δημόσια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	16
1.8.3.1 Κέντρα Υγείας	17
1.8.4 Ιδιωτικοί Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας.....	17
1.8.5 Δευτεροβάθμια / Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας	17
1.8.6 Νοσοκομεία	17
1.8.6.1 Διάκριση των Νοσοκομείων	18
1.8.6.2 Διάκριση των Υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου	18
1.8.6.3 Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείων	18
1.8.7 Χρηματοδότηση - Οικονομικά του Συστήματος.....	19
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	21
2.1 Σχεδιασμός.....	21
2.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων	22
2.3 Δείγμα.....	24
2.4 Διαδικασία	24

2.5 Στατιστική Ανάλυση	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ	26
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος	26
3.2 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την φροντίδα που παρασχέθηκε από τις/τους Νοσηλεύτριες/τες	28
3.3 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την φροντίδα που παρασχέθηκε από τους ιατρούς	30
3.4. Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου	32
3.5 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τις εμπειρίες σας από αυτό το νοσοκομείο.....	33
3.6 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την έξοδο από το νοσοκομείο	37
3.7 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την συνολική κατάταξη του νοσοκομείου	37
3.8 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τους ασθενείς.....	39
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4.....	42
4.1 Συζήτηση	42
4.2 Συμπεράσματα- Προτάσεις	43
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	46
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι	54
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ	55
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ	59

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1.1 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών

1.1.1 Εννοιολογικός Ορισμός

Το γεγονός πως η έννοια της ικανοποίησης είναι ευρέως διαδεδομένη και εύκολα αντιληπτή από το μέσο άνθρωπο έχει λειτουργήσει ως τροχοπέδη στην προσπάθεια διατύπωσης ενός συγκεκριμένου και κοινώς αποδεκτού ορισμού για την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση, εξάλλου, εδράζεται κάθε φορά στις διαφορετικές προσπίπτουσες και εμπειρίες του κάθε ατόμου και γι' αυτόν ακριβώς το λόγο είναι σε μεγάλο βαθμό υποκειμενική και έχει διαφορετικό περιεχόμενο, όπως τόνισαν ήδη από το 1975 οι Wriglesworth και Williams (Μερκούρης, 1996).

Ο Donabedian (1966) σε μια προσπάθεια να ορίσει την ικανοποίηση των ασθενών τόνισε πως πρόκειται για την υποκειμενική αντίληψη από τους ασθενείς, την οποία οι πάροχοι φροντίδας πρέπει να αντιληφθούν ως πραγματικότητα. Δεν έχει σημασία εάν ο ασθενής έχει δίκιο ή άδικο. Αυτό που μετράει είναι το πώς νιώθει ακόμη κι αν η αντίληψη της πραγματικότητας των παροχών είναι διαφορετική. Σε παρόμοιο μήκος κύματος φαίνεται να κινείται και ο Petersen (1988), ο οποίος προσπάθησε να ορίσει την ικανοποίηση των ασθενών ως την αντίληψη των ασθενών ως προς το πώς τους έχουν παράσχει φροντίδα, εξαιρώντας το αποτέλεσμα της κατάστασης της υγείας τους ή την καταλληλότητα της θεραπείας.

Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως την αντίδραση του ασθενή στους τομείς της δομής, των διαδικασιών και αποτελεσμάτων από τη διαδικασία της παροχής υπηρεσιών υγείας. Η αντίδραση αυτή υπογράμμισε πως είναι εσωτερική και μοναδική για κάθε ασθενή και μπορεί να γίνει αντιληπτή από τις μεταβολές της συμπεριφοράς του Μερκούρης (1996).

Ο Bowers και συν (1994) με τη σειρά του επεσήμανε πως τα συνολικά επίπεδα της ικανοποίησης ασθενών φαίνεται να έχουν επηρεαστεί πιο δυνατά και άμεσα από την γενική αίσθηση της επιβεβαίωσης των προσδοκιών παρά από τις αξιολογήσεις των ασθενών για συγκεκριμένες περιοχές της νοσοκομειακής απόδοσης. Στο σημείο αυτό, αξίζει να τονιστεί πως οι προσδοκίες είναι άλλος ένας σημαντικός τομέας που έχει απασχολήσει πολύ στην προσπάθεια δημιουργίας ενός ορισμού για την ικανοποίηση των ασθενών. Ο Petersen (1988) τόνισε πως με τον όρο προσδοκίες αναφερόμαστε σε εκείνες τις προκατασκευασμένες σκέψεις που οι ασθενείς έχουν σχετικά με το είδος της φροντίδας που πρέπει να λάβουν. Έτσι, δυο άτομα κάτω από τις ίδιες καταστάσεις μπορούν να προσλάβουν το επίπεδο της ικανοποίησης διαφορετικά ανάλογα με τις προσδοκίες που είχε διαμορφώσει ο καθένας ξεχωριστά. Οι προσδοκίες αποτελούν ένα βασικό τομέα για την ικανοποίηση των ασθενών αφού ήδη από τα 1957 οι Adbellah και Levine τις επισήμαναν ως το βασικό παράγοντα που ρυθμίζει την ικανοποίηση ή μη των ατόμων από τις νοσηλευτικές φροντίδες. Οι προσδοκίες ωστόσο δεν είναι καλά σχηματισμένες πριν την είσοδο των ασθενών αλλά αναπτύσσονται και τροποποιούνται κατά την διάρκεια της παραμονής στο νοσοκομείο καθώς και με την είσοδο άλλων ασθενών στο νοσοκομείο (Bleich και συν, 2009). Συχνά, όμως παρατηρείται μικρή σχέση μεταξύ των εκφρασμένων προσδοκιών και της μετέπειτα ικανοποίησης. Οποιαδήποτε προσπάθεια μέτρησης της ικανοποίησης πρέπει να βασίζεται στον καθορισμό του τι οι ασθενείς προσδοκούν και τότε να ταυτοποιείται ο βαθμός ικανοποίησης στο κατά πόσο οι προσδοκίες έγιναν (Fitzpatrick, 1991).

1.1.2 Λειτουργικός Ορισμός

Ο λειτουργικός ορισμός μιας έννοιας περιγράφει τον τρόπο που αυτή μετρείται, στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης έρευνας ή δραστηριότητας σύμφωνα με τον Wilson (1989). Έχουν προταθεί διάφορες διαστάσεις ή περιοχές για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

από τις υπηρεσίες υγείας. Το κύριο ερώτημα που γεννάται είναι αν, και κατά πόσο και σε ποιές περιοχές της φροντίδας υγείας μπορούν να περιγράψουν ή να διακρίνουν οι ασθενείς. Τα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν την έλλειψη ερευνών ποιοτικού τύπου για την μελέτη του ερωτήματος αυτού. Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει κυρίως ποσοτικές μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Τα αποτελέσματα των ερευνών ποικίλουν. Τρεις είναι οι βασικοί λειτουργικοί ορισμοί που έχουν κυριαρχήσει: των Abramowitz και συν (1987), των Meterko και συν (1990) και των Carey και Seiber (1993).

Σύμφωνα με τον Abramowitz και συν (1987), οι βασικές περιοχές ικανοποίησης είναι δέκα: ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, το βοηθητικό προσωπικό, τους βοηθούς νοσηλευτές, την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και τις θεραπείες και ζητήματα όπως η καθαριότητα, το φαγητό, οι υπηρεσίες συνοδών και τέλος τις προσδοκίες για την ποιότητα καθώς και το είδος των υπηρεσιών.

Στον ορισμό που διαμόρφωσαν ο Meterko και συν (1990) οι βασικές περιοχές της ικανοποίησης των ασθενών περιορίζονται σε οχτώ: την υποδοχή των ασθενών, την καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, τη νοσηλευτική φροντίδα, την ιατρική φροντίδα, το υπόλοιπο προσωπικό, το περιβάλλον του νοσοκομείου και τις συνθήκες διαβίωσης και τέλος τις διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Ο τελευταίος ορισμός των Carey και Seibert (1993) αναφέρει κι αυτός οχτώ διαφορετικές περιοχές για την ικανοποίηση των ασθενών: την ευγένεια, το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το φαγητό, το άνετο περιβάλλον και την καθαριότητα, τις διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης, τις θρησκευτικές ανάγκες και τα αποτελέσματα της ιατρικής φροντίδας.

Το μεγάλο μειονέκτημα των λειτουργικών ορισμών που διατυπώθηκαν παραπάνω είναι πως δε στηρίζονται σε κάποιο θεωρητικό πλαίσιο και σε βρίσκονται σε αντιστοιχία με κάποιον εννοιολογικό ορισμό. Η διατύπωσή τους είναι αποτέλεσμα εμπειρικών δεδομένων και στατιστικής ανάλυσης. Για το λόγο αυτό οι λειτουργικοί ορισμοί δεν έχουν κάποια ουσιαστική χρησιμότητα και αναφέρονται όλοι σε παρόμοιες, βασικές περιοχές.

Ανατρέχοντας στη βιβλιογραφική ανασκόπηση, ο παλαιότερος λειτουργικός ορισμός αναφορικά με το ζήτημα της ικανοποίησης των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό είναι των Abdallah και Levine (1957), σύμφωνα με τον οποίο υπάρχουν επτά διαστάσεις για το συγκεκριμένο ζήτημα: η ανάπαυση, οι διαιτητικές συνήθειες, η τουαλέτα, η προσωπική υγιεινή και η υποστηρικτική φροντίδα, η αντίδραση στη θεραπεία και η επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο συγκεκριμένος ορισμός, όμως, είναι δεσμευτικός καθώς πρέπει να λαμβάνεται πάντα υπόψη ο τρόπος με τον οποίο η νοσηλευτική οργανώνεται και ορίζεται μια δεδομένη χρονική περίοδο σε ένα συγκεκριμένο χώρο.

Άλλοι ορισμοί που διατυπώθηκαν σε αρχικό στάδιο είναι αυτοί της Risser (1975) και της LaMonica και συν (1986). Ο ορισμός της Risser (1975) αφορούσε έξω-νοσοκομειακούς ορισμούς και αναγνώριζε τρεις περιοχές ικανοποίησης: τεχνική-επαγγελματική, διαπροσωπική-εκπαιδευτική και διαπροσωπική-εμπιστοσύνης. Τέλος, οι LaMonica και συν (1986), έχοντας ως βάση το εργαλείο που δημιούργησε η Risser, έπειτα από παραγοντική ανάλυση οδηγήθηκαν στη διατύπωση τριών διαστάσεων: δυσαρέσκεια, υποστήριξη σε διαπροσωπικό επίπεδο και καλή εντύπωση.

1.2 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Το μεγάλο πρόβλημα στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έγκειται στη γενική φύση των ερωτήσεων καθώς οι έρευνες που έχουν γίνει γι' αυτό το ζήτημα αποσκοπούν στη συνολική αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών στους νοσηλεύμενους ασθενείς (Ferguson και Ferguson, 1983). Αξίζει ακόμα να τονιστεί πως ο αριθμός των ερευνών που έχουν γίνει γι' αυτό το ζήτημα σε νοσοκομειακούς ασθενείς υστερεί κατά πολύ σε σχέση με τον αντίστοιχο για έξω-νοσοκομειακούς. (Doering 1983, Meterko και συν 1990). Η συγκεκριμενοποίηση στη μέτρηση ορισμένων διαστάσεων των νοσοκομειακών υπηρεσιών κρίνεται απαραίτητη από πολλούς ερευνητές (Cleary και McNeil 1988, Meterko και συν 1990).

Δυο είναι τα βασικά ερωτήματα που δημιουργούνται από τη γενική φύση της αξιολόγησης μέσω αυτών των ερευνών: α) Το κατά πόσο οι ασθενείς μπορούν να διακρίνουν και να αξιολογήσουν διαφορετικές διαστάσεις των νοσοκομειακών περιοχών και β) η σπουδαιότητα της κάθε περιοχής για τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Έχουν γίνει πολλές προσπάθειες για την αξιολόγηση της σπουδαιότητας της κάθε περιοχής για τον ασθενή μέσα από πολλές διαφορετικές μεθόδους. Οι τρεις βασικότερες μέθοδοι είναι: η απευθείας ερώτηση των ασθενών για το τι θεωρούν σημαντικό, ο υπολογισμός συντελεστών με παραγοντική ανάλυση και η συσχέτιση κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία ή με κάποια ερώτηση για τη συνολική βαθμολογία (Hall και Dornan, 1988). Αυτό που αξίζει να επισημανθεί σε αυτές τις περιπτώσεις είναι πως η ιεράρχηση δεν παραμένει σταθερή αλλά είναι άμεσα συναρτώμενη με την ψυχολογική διάθεση των ασθενών και τη σωματική τους κατάσταση (Oberst, 1984). Η χρησιμότητα αυτών των αποτελεσμάτων αμφισβητείται έντονα, όμως, εξαιτίας της ίσης σπουδαιότητας που αποδίδεται σε όλες τις ερωτήσεις.

Οι έρευνες που σχετίζονται με το ζήτημα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία μπορούν να ταξινομηθούν ανάλογα με το θεωρητικό και το μεθοδολογικό τους πλαίσιο σε ποιοτικές και ποσοτικές (Hall και Dornan, 1988). Τα αποτελέσματα των ερευνών που βασίζονται μόνο σε ποσοτικές έρευνες έχουν δεχτεί σκληρή κριτική, γιατί αφενός δεν παρέχουν τη δυνατότητα περαιτέρω πληροφόρησης σχετικά με τους λόγους που οι ασθενείς δεν έχουν μείνει ευχαριστημένοι και αφετέρου δεν μπορούν να προτείνουν τρόπους βελτίωσης (Shields και συν, 1988). Από την άλλη μεριά, η ποιοτική ανάλυση μπορεί να δώσει τη δυνατότητα για μεγαλύτερο εύρος πληροφοριών, χωρίς όμως να επιτρέπει την ανάλυση και τη σύγκριση μεταξύ των ερευνών (Hall και Dornan, 1988).

Στο σημείο αυτό πρέπει να τονιστεί πως η βαθμολογία των ασθενών και οι αναφορές των ασθενών σ' αυτή είναι δυο εντελώς διαφορετικά πράγματα. Όπως έχουν τονίσει οι Waltz και συν (1991) οι βαθμολογήσεις των ασθενών που χρησιμοποιήθηκαν σε έρευνα βασίζονται στο θεωρητικό πρότυπο της μέτρησης με βάση κάποιο πρότυπο (non-referenced), όπου κύριος στόχος είναι η διάκριση των ατόμων που διαφέρουν ως προς το υπό μελέτη χαρακτηριστικό. Οι βαθμολογήσεις είναι περισσότερο υποκειμενικές από τις αναφορές, καθώς αντανakλούν τις προσωπικές εμπειρίες και προσδοκίες των ατόμων. Ακόμα και στην περίπτωση που η ικανοποίηση των ασθενών είναι μεγάλη θα υπάρχει πάντα ένας βαθμός διαφοροποίησης, ο οποίος θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να εξετάζεται, για να συγκεκριμενοποιούνται οι παράγοντες στους οποίους ευθύνεται (Fleming, 1979).

Δυο είναι οι βασικοί λόγοι που μπορούν να αιτιολογήσουν το παραπάνω γεγονός. Αφενός, στη στάση των ασθενών απέναντι στους γιατρούς, αφού τους επιλέγουν και νιώθουν την ανάγκη να δημιουργήσουν μια σχέση εμπιστοσύνης και πίστης μαζί τους και συχνά εμφανίζουν την τάση να τους αποδεσμεύουν από το νοσοκομείο (Abramowitz και συν, 1987). Αφετέρου, είναι λογικό οι ασθενείς να ασκούν κριτική σε περιοχές της φροντίδας που έχουν τη δυνατότητα να κατανοήσουν περισσότερο (Doering, 1983).

Στην Ελλάδα, έχουν διεξαχθεί τέσσερις μεγάλες έρευνες για τη διερεύνηση του ζητήματος της ικανοποίησης των ασθενών. Στην πρώτη έρευνα που διεξήχθη από την Αντωνοπούλου και συν (1991) για τη μελέτη του θέματος της ικανοποίησης των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία σε ημέρα εφημερίας (τυχαίο δείγμα, 200 ατόμων). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας δυο ήταν οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών: α) η επικοινωνία με τους ιατρούς β) οι λόγοι για τους οποίους επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου.

Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τον Κυριόπουλο (1993) σε νοσοκομεία στην περιοχή των Αθηνών, σε δείγμα 467 ατόμων, βρέθηκε πως οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα (72%), λιγότερο από τη νοσηλευτική φροντίδα (61%), ενώ ο τομέας που συγκέντρωσε πολύ μικρό ποσοστό ικανοποίησης (33%) είναι η διαμονή στο νοσοκομείο. Αυτό που αξίζει να τονιστεί είναι πως ένα σημαντικό ποσοστό ατόμων παρουσίασε μια στάση ουδετερότητας όταν ρωτήθηκε για τη διαμονή στο νοσοκομείο (30,2%), ενώ όσον αφορά το ζήτημα της ξενοδοχειακής υποδομής και των χώρων υγιεινής η πλειοψηφία είχε αρνητική εντύπωση (59,6%).

Επιπλέον, τα αποτελέσματα έρευνας των Παπανικολάου και Σιγάλα (1995) σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (σε δείγμα 831 ατόμων) ήταν παρόμοια για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, κυμαίνονταν όμως σε λίγο χαμηλότερα επίπεδα (49,6% και 34,6% αντίστοιχα). Στην έρευνα αυτή ως πιο συχνά προβλήματα αναδείχθηκαν οι λειτουργικές ελλείψεις, η καθαριότητα και η έλλειψη επικοινωνίας.

Μια πρόσφατη έρευνα, που διεξήχθη από την Καλογεροπούλου (2011) και έλαβε χώρα σε έξι δημόσια νοσοκομεία της Αθήνας, είχε σκοπό τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, καθώς και την εκτίμηση του χάσματος μεταξύ των προσδοκιών τους και της πραγματικής αποδοτικότητας των νοσοκομείων. Επιλέχθηκε δείγμα 300 ατόμων, η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν στρωματοποιημένη τυχαίας δειγματοληψίας. Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της τριτοβάθμιας κλίμακας Likert. Σύμφωνα με την έρευνα το (57,3%) των ασθενών εμφανίστηκε ικανοποιημένο από τον χρόνο εισαγωγής στο νοσοκομείο, ενώ το (84,1%) παρουσιάστηκε δυσαρεστημένο από τις συνθήκες καθαριότητας. Το (74,8%) των ασθενών εμφανίστηκε δυσαρεστημένο από την συμπεριφορά του προσωπικού.

Όσον αφορά τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης οι McDonnell και Nash (1990) σε έρευνά τους σχετικά με το ζήτημα αυτό σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση των εργαλείων στο διάστημα 1970-1990 συγκέντρωσαν 21 δημοσιευμένα εργαλεία μέτρησης, εκ των οποίων μόνο τα 9 ήταν έγκυρα και αξιόπιστα με βάση την επιστημονική διαδικασία.

Όσον αφορά τις αναφορές των ασθενών για τη φροντίδα τους, όπως έχει επισημανθεί από τους Waltz και συν (1991) αυτές βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μέτρησης με βάση κάποιο κριτήριο (criterion-referenced). Οι αναφορές σχετίζονται με γεγονότα που έχουν συμβεί είτε όχι και είναι περισσότερο αντικειμενικές καθώς μπορούν να επιβεβαιωθούν από κάποιον εξωτερικό παρατηρητή (OTA, 1998). Στην περίπτωση αυτή, το μειονέκτημα είναι πως το συμπέρασμα για το αν ένας ασθενής είναι ικανοποιημένος ή όχι προκύπτει έμμεσα από το αν ένας αριθμός συμβάντων ή συνθηκών ικανοποιούνται. Μ' αυτόν τον τρόπο όμως, δεν λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές και η σπουδαιότητα που το κάθε συμβάν έχει για τον κάθε άρρωστο.

Τα αποτελέσματα των περισσότερων ερευνών δείχνουν έναν πολύ υψηλό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία (Roberts και Tugwell 1987, Guzman και συν 1988, Meterko και συν 1990, Leino-Kilpi και Vuorenheimo 1992). Οι τομείς που υστερούν είναι αυτοί του φαγητού, του θορύβου και της παροχής πληροφόρησης (Houston και Pasanen 1972, Shields και συν 1988, Steven 1991). Ο μεγάλος αυτός βαθμός ικανοποίησης αιτιολογείται σε διάφορους παράγοντες, όπως η επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, η διστακτικότητα για έκφραση αρνητικών απόψεων. Σε κάθε περίπτωση πάντως ακόμα και αυτό το μικρό κομμάτι των μη ικανοποιημένων από την παρεχόμενη φροντίδα αξίζει να ερευνηθεί.

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται πρωτίστως από τη νοσηλευτική φροντίδα, όπως καταδεικνύει μια πληθώρα ερευνών (Carey και Posavac 1981, Oberest 1984, Abramowitz και συν 1987). Οι μόνες έρευνες που θέτουν στην κορυφή της επιρροής την ιατρική φροντίδα διεξήχθησαν στο Ισραήλ (Rubin, 1990). Η διαφορά αυτή μπορεί να αποδοθεί στις διαφορές σε πολιτισμικό επίπεδο, στην οργάνωση της φροντίδας καθώς και στον τρόπο που αναγνωρίζεται η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα στη χώρα αυτή. Υπάρχουν βέβαια και άλλοι παράγοντες που επιδρούν καταλυτικά στην ικανοποίηση των ασθενών, όπως η ξενοδοχειακή υποστήριξη, το φαγητό και ο θόρυβος (Carey και Posavac, 1981). Τα επίπεδα που παρουσιάζουν μεγάλο ποσοστό δυσαρέσκειας οι ασθενείς είναι τα ακόλουθα: η παροχή της πληροφόρησης, η επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών (Doering, 1983).

Οι διαφορές που παρουσιάζονται ανάμεσα στις μεθοδολογίες και τα εργαλεία μέτρησης αποτελούν τροχοπέδη στην οποιαδήποτε προσπάθεια σύγκρισης αποτελεσμάτων και ανάπτυξης θεωριών για την εγκυρότερη μεθοδολογική προσέγγιση του ζητήματος (Meterko και συν, 1990). Τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης πρέπει να αποκτήσουν αποδεκτά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας προκειμένου να αξιοποιηθούν όλες οι σχετικές έρευνες (Ware και συν, 1978).

1.3 Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών

Στην βιβλιογραφία (Irish Society for Quality και Safety in Healthcare, 2003) υπάρχουν αρκετές αναφορές στους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών και βοηθούν στην ερμηνεία των αποτελεσμάτων των μετρήσεων. Οι κυριότεροι παράγοντες που συμβάλλουν στην ικανοποίηση των ασθενών από τη χρήση των υπηρεσιών είναι οι εξής:

- *Σχέση μεταξύ επαγγελματιών υγείας και ασθενούς.* Η επικοινωνία μεταξύ ιατρού και ασθενή φαίνεται να είναι ο πιο σημαντικός παράγοντας για τη πρόγνωση της ικανοποίησης. Διαπιστώνεται πως όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην εξέταση και στην ενημέρωση του ασθενούς, τόσο αυξάνει η ικανοποίηση του δεύτερου. Ακόμα έρευνες αναφέρουν πως η ικανοποίηση είναι μεγαλύτερη στους ασθενείς που έχουν αναπτύξει μια διαρκή σχέση εμπιστοσύνης με το θεράποντα ιατρό τους (Τσελέπη, 2002).
- *Κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά.* Εάν και αρκετοί ερευνητές έχουν διαμορφώσει θεωρίες σύμφωνα με τις οποίες τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, η ηλικία, το επάγγελμα, το μορφωτικό επίπεδο, η θρησκεία και το εισόδημα επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, δεν υπάρχει ομοφωνία στη βιβλιογραφία (Fitzpatrick 1991, Straser 2002, Ραφτόπουλος 2002).
- *Προσδοκίες των ασθενών από τις υπηρεσίες.* Έρευνες αποδεικνύουν ότι 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. Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες: Πρώτον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των υπηρεσιών που προσφέρονται. Δεύτερον, στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών και των προδιαγραφών. Τρίτον, στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών υγείας και των προτύπων παροχής υπηρεσιών και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει. Τέταρτον, στη διαφορά μεταξύ υπηρεσιών τις οποίες υπόσχεται η υπηρεσία υγείας στους ασθενείς και των υπηρεσιών που τελικά προσφέρει (Williams, 1994).
- *Αποτελεσματικότητα θεραπείας.* Διαπιστώνεται πως η συσχέτιση μεταξύ αποτελέσματος της θεραπείας και του βαθμού ικανοποίησης είναι πολύ ισχυρή ειδικά όταν η έκβαση της θεραπείας δεν είναι πετυχημένη, οπότε συνήθως προκύπτει δυσαρέσκεια (Hall και Milburn, 1998).
- *Περιβάλλον περίθαλψης.* Έχει αποδειχθεί πως όταν το περιβάλλον παροχής της ιατρικής περίθαλψης είναι καθαρό, άνετο και κατάλληλα διαμορφωμένο οι ασθενείς εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι (Scotto και συν, 2009).
- *Προσβασιμότητα.* Όσο πιο εύκολη θεωρείται η πρόσβαση στην υπηρεσία παροχής υγειονομικής περίθαλψης τόσο αυξάνεται ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών (Camacho και συν, 2006).

Μια άλλη ευρεία κατηγοριοποίηση των παραπάνω παραγόντων διακρίνεται σε δυο ευρείες κατηγορίες:

- Οι παράγοντες που σχετίζονται με το άτομο για παράδειγμα ηλικία, τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, η σωματική ψυχική υγεία, η συμπεριφορά και οι προσδοκίες (Cleary, 1988).
- Οι εξωτερικές αντικειμενικές συνθήκες φροντίδας που εμπεριέχουν θέματα σχετικά με τους παρόχους υγείας, το νοσοκομείο, τη μονάδα και τον αριθμό των κλινών (Grondahl, 2012).

Ειδικότερα, όσον αφορά τους ατομικούς παράγοντες, εκτός από αυτά που αναφέρθηκαν ήδη, αξίζει να σημειωθούν τα ακόλουθα:

Ηλικία: Σε όλες σχεδόν τις έρευνες, τα ηλικιωμένα άτομα σε σχέση με τα νεότερα εκφράζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης και πολλές φορές επαινούν το προσωπικό υγείας (Megiven, 1992). Πιθανώς οφείλεται στο γεγονός ότι έχουν χαμηλότερες προσδοκίες, λόγω έλλειψης εμπειριών ή έχουν μεγάλη ανοχή στην έκφραση της δυσαρέσκειας τους, λόγω αυξημένης εξάρτησης από τον ιατρό, όπως λόγω χάρη σε χρόνιες παθήσεις.

Φύλο: Δεν έχει αποσαφηνιστεί αν επηρεάζει άμεσα ή έμμεσα την ικανοποίηση. Πολλές μελέτες, δείχνουν ότι οι γυναίκες σε σχέση με τους άνδρες επισκέπτονται συχνότερα τους ιατρούς, νοσηλεύονται και εκφράζουν γενικά υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Pappa και Niakas, 2006). Σύμφωνα με την έρευνα του Grondahl και συν (2011), δεν εντοπίστηκε καμία διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, όσον αφορά την φροντίδα σε πραγματικά επεισόδια αλλά οι γυναίκες τείνουν να δίνουν υψηλότερη υποκειμενική σημασία σε διαφορετικές πτυχές της φροντίδας σε σχέση με τους άνδρες.

Κατάσταση Υγείας: Ορισμένες μελέτες συμπέραναν ότι η κατάσταση της υγείας του ασθενούς σχετίζεται με την αντίληψή τους για την προσλαμβανόμενη φροντίδα, αφού οι ασθενείς που βρίσκονται σε καλύτερη κατάσταση υγείας αξιολογούν θετικά την ποιότητα της φροντίδας εν αντιθέσει με τους ασθενείς που δεν χαίρουν καλής υγείας (Jenkinson και συν, 2002).

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Το μορφωτικό επίπεδο και η εκπαίδευση διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών και παρουσιάζουν σημαντικό αντίκτυπο στην αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα της περίθαλψης. Είναι φανερό πως ηλικιωμένοι ασθενείς με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης παρουσιάζουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με νεότερους ασθενείς που έχουν υψηλό επίπεδο μόρφωσης, πιθανώς οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των πρώτων και υψηλότερων προσδοκιών των δεύτερων (Niakas και συν 2004, Gwozdz και Poza 2009).

Επάγγελμα: Σύμφωνα με τους Crow και συν (2002), Quintana και συν (2006) το επάγγελμα των ασθενών φαίνεται να μην επηρεάζει την ικανοποίηση.

Οικογενειακή Κατάσταση: Έρευνα (Κεπεντζής και συν, 2004) ανέδειξε ότι οι έγγαμοι ασθενείς εν αντιθέσει με τους άγαμους ή διαζευγμένους ή χήρους δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Προηγούμενη εμπειρία περίθαλψης: Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένος με την εμπειρία προγενέστερης παροχής υπηρεσιών, αλλά και με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και των προσδοκιών τους (Crow και συν, 2003).

Θρησκεία: Πολλοί ερευνητές έχουν καθιερώσει δημογραφικούς παράγοντες οι οποίοι συσχετίζονται με την ικανοποίηση, παρόλα αυτά έχει δοθεί λιγότερη προσοχή σε ψυχοκοινωνικούς και πολιτισμικούς παράγοντες. Ο Benjamins (2006) ύστερα από έρευνα που διεξήγαγε συμπέρανε πως τα υψηλότερα επίπεδα θρησκευτικών πεποιθήσεων, σχετίζονται σε σημαντικό βαθμό με την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών για την φροντίδα υγείας.

Στους εξωτερικούς παράγοντες συγκαταλέγονται τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά του οργανισμού: η διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, η καλή ποιοτική δομή των εγκαταστάσεων, η καθαριότητα του νοσοκομείου, η προσφορά άνετης διανομής, η διαδικασία αναχώρησης, είναι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σύμφωνα με τους Scotto και συν (2009).

Συμπεραίνεται λοιπόν, ότι η ικανοποίηση των ασθενών πέρα από το ότι είναι σύνθετη έννοια, εξαρτάται και επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες που αλληλεπιδρούν μεταξύ τους. Η σύσταση κατάλληλων και αξιόπιστων εργαλείων καταγραφής και μέτρησης της ικανοποίησης

είναι δύσκολη και οι ερευνητές θα πρέπει σε κάθε περίπτωση να λαμβάνουν όλους τους παράγοντες υπόψη τους κατά τη διενέργεια των ερευνών.

1.4 Χρησιμότητα Ικανοποίησης

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 δίνει 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 διαμόρφωση 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 και 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 (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

1.5 Ποιότητα φροντίδας

Παγκόσμια, παρατηρείται ένα υψηλό ενδιαφέρον για την αξιολόγηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας. Πώς μπορούμε όμως να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Παρακάτω παρατίθενται μερικοί από αυτούς:

Σύμφωνα με τον Onretveit (2004), κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν: α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τί χρειάζεται ο πελάτης, β) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του. Τελικά, ο Onretveit (2004) καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως «*η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος*» και περιλαμβάνει σ' αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα, η οποία είναι ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και, τέλος, την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Όμως, η έννοια της ποιότητας δεν έχει ακόμα επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μία έννοια νεφελώδης (Bond και Thomas, 1991) ή ακόμα και ένα άπιαστο όνειρο (Houston και Pasanen, 1972).

Ο επικρατέστερος ορισμός της έννοιας «*ποιότητα*» σήμερα είναι: «*ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι οτιδήποτε ανταποκρίνεται ή και ξεπερνάει τις προσδοκίες των*

καταναλωτών». Στο χώρο της Υγείας, ο κλασικός ορισμός της ποιότητας έχει δοθεί από τον Donabedian, ο οποίος θεωρείται ο «πατέρας» της διασφάλισης της ποιότητας στο χώρο της Υγείας. Ο Donabedian (1966) ορίζει την ποιότητα ως την «μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης». Σήμερα, παρά την αδιαμφισβήτητη μεγάλη συμβολή του στη βελτίωση της ποιότητας, ο κλασικός του ορισμός θεωρείται στατιστικός και όπως και στο χώρο της Υγείας οι προσπάθειες στρέφονται πλέον προς τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Η ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί σημαντικό θέμα στο τομέα της υγείας. Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας προσδιορίζει την «υγεία» ως μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών κρίνεται απαραίτητη για την οργάνωση των υπηρεσιών υγείας. Εφόσον ο ασθενής κρίνει ότι έχουν ληφθεί υπόψη οι ανάγκες και οι επιθυμίες του αυτό αποτελεί δείγμα ευημερίας και καλής ποιότητας συστήματος υγείας. Η ενημέρωση που παρέχεται στον ασθενή για το ζήτημα της υγείας του, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν κάποιες από τις παραμέτρους που αποτελούν μέτρο αξιολόγησης για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να διαφάνεται σε διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ το κατά πόσο είναι ευχαριστημένος ο ασθενής εξαρτάται κατά κύριο λόγο από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με πρώτον τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, δεύτερον τα κοινωνικό - οικονομικά χαρακτηριστικά του και τρίτον την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Η ικανοποίηση του ασθενούς βρίσκεται σε άμεση συνάρτηση με το βαθμό κατά τον οποίο οι προσδοκίες του επαληθεύονται. Υπό αυτή την έννοια, η ικανοποίηση αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που ο ασθενής προσδοκά από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που τελικά απολάμβανε. Μια θεμελιώδης αρχή των θεωριών βελτίωσης της ποιότητας είναι ότι εκείνοι που προμηθεύουν ένα υλικό ή μια υπηρεσία θα πρέπει να αναπροσαρμόζουν τα προγράμματά τους με κρίσεις καταναλωτών, στοχεύοντας τον εντοπισμό κάποιων ελλείψεων και να συνεχίσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης (Αντεριώτη και Αντωνίου, 2014).

1.5.1 Φροντίδα και Νοσηλευτική Φροντίδα

Η νοσηλευτική, ως εφαρμοσμένη επιστήμη εκδηλώνεται με την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας που θεωρείται το θεμελιώδες συστατικό του Νοσηλευτικού επαγγέλματος. Θεωρείται ότι στόχοι της νοσηλευτικής είναι η παροχή φροντίδας ανάλογα με τις ανάγκες των ατόμων και ιδιαίτερα εκτιμάται, ότι οι νοσηλευτές έχουν την ικανότητα να συνδυάσουν την φυσική και συναισθηματική υποστήριξη του ασθενούς.

Η Νοσηλευτική Φροντίδα είναι ένα όρος με πολλές πτυχές. Με όρους κοινωνικής πολιτικής, δηλαδή δέσμευσης της πολιτείας σημαίνει την άμεση και προσοδοφόρα παροχή του κράτους σε φάρμακα, ειδικευμένο προσωπικό και κατάλληλο εξοπλισμό. Με ιατρικούς όρους σημαίνει την άμεση η και μακροχρόνια παροχή ιατρικών υπηρεσιών. Από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού σημαίνει ευθύνη για το ευ ζην των ασθενών. Η ιατρική περίθαλψη περιλαμβάνει την ιατροφαρμακευτική κάλυψη των αναγκών των ασθενών, την παροχή άμεσης βοήθειας σε οποιαδήποτε μέρος της χώρας και την παροχή του κατάλληλου εξοπλισμού (Frumer και Friedman, 2011).

Η φροντίδα, κεντρική έννοια στην νοσηλευτική και το καθοριστικό χαρακτηριστικό της, είναι ένα ουσιαστικό συστατικό της θεραπείας κατά την Millaward (1995) και έχει χαρακτηριστεί από την Olson (1993) ως ειδική γνώση της νοσηλευτικής. Ως έννοια έχει συνδεθεί και ταυτοποιηθεί με την νοσηλευτική (Maggs, 1996), έχει θεωρηθεί ως η ουσία της νοσηλευτικής (Leiniging, 1988) και αναφέρεται ως το ηθικό της ιδεώδες (Watson, 1990), καθώς εμπεριέχει την προστασία, την ενδυνάμωση και την διαφύλαξη της ανθρώπινης αξιοπρέπειας (Patterson, 1994).

Οι περισσότεροι συγγραφείς συνδέουν πολύ τις έννοιες νοσηλευτική και φροντίδα σε σημείο που τις θεωρούν ταυτόσημες όπως η Leinigung (1981), ενώ η ικανότητα και οι δεξιότητες του

νοσηλευτή στην φροντίδα αναδεικνύονται ως τα κύρια χαρακτηριστικά που τον διακρίνουν από τα άλλα επαγγέλματα υγείας. Η φροντίδα ανθρώπων κατά την Watson (1985) εμπειρικλείει ηθικούς κανόνες και αξίες, μια σχετική διάθεση και αφοσίωση στο σκοπό της.

Η Nodding (1984) αναφέρει ότι τα κίνητρα αυτού που παρέχει φροντίδα είναι η απομάκρυνση και η ανακούφιση του πόνου και της δυσφορίας από αυτούς τους οποίους φροντίζει. Υπό αυτή την έννοια η φροντίδα προϋποθέτει από αυτόν που την παρέχει την ικανότητα εν συναίσθησης ώστε μπαίνοντας στην θέση του ασθενούς να αντιλαμβάνεται αυτό που εκείνος αισθάνεται.

Ειδικότερα η Leining (1988) ορίζει την φροντίδα ως υποστηρικτικές ενέργειες που βοηθούν η υποστηρίζουν ένα άτομο ή μια ομάδα να καλύψει τις εμφανείς ή προβλεπόμενες ανάγκες για την βελτίωση τόσο των συνθηκών όσο και του τρόπου ζωής. Οι δε ενέργειες κατά την Leining και οι αποφάσεις που αφορούν την φροντίδα του ανθρώπου κάνουν την κρίσιμη διαφορά και έχουν θεραπευτικά αποτελέσματα. Η Leining οδηγεί στο συμπέρασμα ότι στο πλαίσιο της φροντίδας περικλείονται οικονομικοί, πνευματικοί, πολιτισμικοί, τεχνολογικοί, εκπαιδευτικοί, κοινωνικοί, φιλοσοφικοί και πολιτικοί παράγοντες (Σαπουντζή - Κρέπια, 2005).

Ο τρόπος που οι ακαδημαϊκοί νοσηλευτές προσδιορίζουν την φροντίδα των ασθενών ως ηθικό ιδανικό, που απαιτεί μια βαθιά συναισθηματική επένδυση και μια έντονη προσωπική σχέση με τον ασθενή (Watson, 1985) αποτελεί ουσιαστικό ανέφικτο στόχο για τους νοσηλευτές στην καθημερινή κλινική εφαρμογή (Stockdale, 2000). Αυτοί που ασκούν κριτική στις απόψεις των θεωρητικών, θεωρούν ότι θέτουν ανέφικτους στόχους (Van Hooft, 1987) και εκτιμούν ότι η φροντίδα στην νοσηλευτική παραμένει ένα ιδανικό χωρίς να μπορεί να προσεγγιστεί (Paley, 2002).

Επιπλέον οι ηθικές επιταγές στην προσπάθεια επίτευξης της φροντίδας αυξάνουν την ένταση και το στρες και δημιουργούν συναισθήματα προσωπικής αποτυχίας στο νοσηλευτή (Phillip, 2000), ιδιαίτερα όταν το ίδιο το περιβάλλον εργασίας δημιουργεί φραγμούς στην ολοκληρωμένη φροντίδα υγείας π.χ. αυξανόμενη τεχνολογία, ρυθμός εργασίας νοσηλευτών. Υπό αυτή την διάσταση υποστηρίζεται ότι τίθενται ανέφικτοι στόχοι (Van Hooft, 1987) και η φροντίδα δεν αποτελεί αρετή για τους νοσηλευτές, όπως θεωρείται από τους περισσότερους, διότι κατά την εκτίμησή τους έχει αρνητικές επιδράσεις στους ίδιους τους νοσηλευτές, αφού ενθαρρύνει την συναισθηματική σύνδεση, την εξάρτηση, την ανεπάρκεια, τον πατεριναλισμό και κυρίως τους οδηγεί στην επαγγελματική εξουθένωση (Koehn, 1998).

Η Paley (2002) εκτιμά ότι η φροντίδα είναι μια προσωπική ιδιότητα που είναι επιθυμητό να συνοδεύει τις δραστηριότητες των επαγγελματιών όχι μόνο στον τομέα υγείας αλλά σε όλους τους τομείς των υπηρεσιών. Η ίδια θεωρεί ως πυρήνα της αποστολής της Νοσηλευτικής την «διαχείριση της ανάρρωσης και της αποκατάστασης» έχοντας την αντίληψη ότι οι νοσηλευτές είναι εμπειρογνώμονες σ' αυτό τον τομέα και έχουν την γνώση και ικανότητα να την ασκήσουν με φροντίδα.

Η Warelow (1996) διαπιστώνει ότι οι οικονομικές συνθήκες διαμορφώνουν το πλαίσιο και υπαγορεύουν τους όρους που παρέχει η φροντίδα και θεωρεί ότι η προσπάθεια παροχής φροντίδας σε κλίμα οικονομικού ορθολογισμού είναι δύσκολη και για τους επαγγελματίες υγείας και για τους ασθενείς. Και άλλοι ερευνητές εκτιμούν ότι η φροντίδα στην Νοσηλευτική παραμένει ένα ιδανικό χωρίς να μπορεί να προσεγγιστεί (Dyson, 1996).

Η αξιολόγηση των ερευνητών δεδομένων καταδεικνύει ότι παρά τις θεωρητικές διακηρύξεις της η νοσηλευτική όπως ασκείται, αδυνατεί να εκπληρώσει τις επαγγελματίες φιλοδοξίες και τα ονόματα της ως προς την φροντίδα (Fletcher, 1997).

1.6 Ποιοι συνιστούν την Νοσηλευτική Φροντίδα

Για να μπορεί να λειτουργήσει ένα σύστημα υγείας είναι απαραίτητη η πρόσληψη ιατρών, νοσοκόμων και νοσηλευτών όλων των ειδικοτήτων. Από πού προέρχονται όμως αυτοί; Οι γιατροί προέρχονται από τα ιατρικά πανεπιστήμια, όπως και οι νοσηλευτές. Όσο αφορά το νοσοκομειακό προσωπικό μέχρι πολύ πρόσφατα μπορούσαν να προέλθουν και από τα επαγγελματικά λύκεια, κάτι που άλλαξε το 2010 με διατάγματα των υπουργείων Παιδείας και Υγείας. Πλέον νοσοκόμοι μπορούν να γίνουν μόνο οι τελειόφοιτοι αρμόδιων σχολών και παραϊατρικών πανεπιστημίων. Αυτή η απόφαση εξασφαλίζει την εμπειρία του

νοσοκομειακού προσωπικού και την καλύτερη συνεργασία με τους νοσηλευτές και ιατρούς. Τέλος, το ελάχιστο μη ιατρικό προσωπικό είναι υπεύθυνο για τις υπόλοιπες λειτουργίες των νοσοκομείων όπως τα μητρώα και τις καταχωρήσεις των ασθενών και την καθαριότητα του κτηρίου και των μηχανημάτων (Γιαννακοπούλου και Ζυγά, 2014).

1.7 Κινήσεις ώστε να βελτιωθεί το Σύστημα Υγείας

Το ζήτημα της υγείας με όρους κοινωνικής ανταποδοτικότητας φαίνεται να μην είναι επαρκές για τους ασθενείς. Αυτό σημαίνει πως οι λύσεις για την βελτίωση του συστήματος βρίσκονται, επικεντρώνονται στους ασθενείς. Για να γίνουν λοιπόν οι ασθενείς πιο ικανοποιημένοι από την ιατρική περίθαλψη που θα απολαμβάνουν είναι αναγκαίο να λάβουμε υπόψη μας τους εξής παράγοντες:

α) Τις προσδοκίες που έχουν οι ασθενείς από την υπηρεσία, δηλαδή έμπειρο προσωπικό, κατάλληλο εξοπλισμό και έγκαιρη και επιτυχημένη διάγνωση. Υπάρχουν μέθοδοι λοιπόν για να αποτιμηθεί η σωστή λειτουργία. Τέτοιοι μέθοδοι είναι οι κλινικοί δείκτες, η απευθείας παρατήρηση των δραστηριοτήτων των γιατρών, καθώς και η μελέτη συμπεριφορών και απόψεων, των ασθενών και του ιατρικού προσωπικού. Βεβαία αυτοί οι τρόποι μελέτης δεν είναι πάντα αξιόπιστοι επειδή παρουσιάζουν ελλείψεις σε ακρίβεια. Οι περισσότερες μελέτες για ποιότητα υστερούν στο ότι έχουν υιοθετήσει έναν πολύ στενό ορισμό της ποιότητας και γενικότερα δίνουν ελάχιστη σημασία στην πρόληψη, αποκατάσταση, συντονισμό και συνέχεια της ιατρικής φροντίδας, ή στη διαχείριση των σχέσεων ιατρού ασθενούς.

β) Το δικαίωμα στην υγεία είναι ανταποδοτικό, δηλαδή η χρηματοδότηση του συστήματος υγείας προέρχεται από τους φόρους, αυτό σημαίνει πως θα πρέπει να υπάρχει άμεση συνάρτηση των απολαβών (υπηρεσιών) με την φορολογική επιβάρυνση. Πρέπει δηλαδή τα πιο αδύναμα κοινωνικά στρώματα να λαμβάνουν ίση περιποίηση και να έχουν την αντίληψη ότι λαμβάνουν την καλύτερη δυνατή ιατρική φροντίδα (Αντεριώτη, και Αντωνίου, 2014). Συγκεκριμένα, τα άτομα τα οποία επισκέπτονται το νοσοκομείο χωρίς να τους ωθεί σε αυτό κάποια οικονομική ανάγκη, δείχνουν ευχαριστημένοι από τις υπηρεσίες του, ενώ, αντίθετα, εκείνοι που οδηγούνται σε αυτό για οικονομικούς κυρίως λόγους, μοιάζουν δυσαρεστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Με αυτόν τον τρόπο ο σεβασμός για το σύστημα περίθαλψης θα είναι αμοιβαίος.

γ) Υπάρχει ο παράγοντας των ψυχοκοινωνικών συνιστωσών. Για παράδειγμα το σύστημα υγείας θα πρέπει να αποπνέει εμπιστοσύνη κάτι που δεν συμβαίνει σήμερα. Οι ασθενείς νιώθουν παραγκωνισμένοι και ότι κανείς δεν ενδιαφέρεται για το ζήτημά τους αν δεν υπάρχει ζήτημα πληρωμής, αυτό ζημιώνει την αξιοπιστία των γιατρών αλλά και του νοσοκομειακού περιβάλλοντος.

Η γνώμη των ασθενών επηρεάζεται παρά πολύ και από την επικοινωνία που έχουν οι ασθενείς με τους ιατρούς καθώς και από την ξενοδοχειακή εμπειρία σε περίπτωση διανυκτέρευσης. Ένας τρόπος για να γίνουν τα ελληνικά νοσοκομεία αξιόπιστα είναι οι συχνοί ιατρικοί έλεγχοι καθώς και πρόσληψη μη ιατρικού προσωπικού για τα θέματα διοίκησης ώστε να γίνει αποτελεσματικότερη η εργασία των ιατρών που δεν θα ασχολούνται με την γραφειοκρατική πλευρά τέτοιων υποθέσεων. Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την συγκράτηση του κόστους αλλά παρά τις προσπάθειες δεν υπάρχουν τα ανάλογα αποτελέσματα. Δεν υπάρχουν ολοκληρωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, ενώ ελάχιστες έρευνες αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και συχνά κρίνουν την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών. Είναι σημαντικό λοιπόν να αναπτυχθούν εργαλεία καταμέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και να δημοσιεύονται τα αποτελέσματα, ώστε να ωφεληθούν οι ασθενείς, οι λειτουργοί υγείας και το σύστημα υγείας γενικότερα. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με εργαλεία τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης, τα οποία απευθύνονται στους ασθενείς και επιχειρούν με ένα δομημένο τρόπο να εκφράσουν τη

γνώμη τους για μια σειρά από εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών (Liberati και Douglas, 2011).

1.8 Δημόσια Νοσοκομεία

1.8.1 Εθνικό Σύστημα Υγείας

Η δημιουργία του ΕΣΥ τη δεκαετία του '80 σηματοδότησε μια αποφασιστική αναβάθμιση της δημόσιας υγείας από την πλευρά του ελληνικού κράτους. Στοιχεία κλειδιά αυτής της αλλαγής είναι ο επανασχεδιασμός του υγειονομικού χάρτη με δημιουργία πρωτοβάθμιων κέντρων υγείας στην επαρχία, κατασκευή καινούριων νοσοκομειακών μονάδων, αλλά κυρίως η καθολική πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη και η πλήρης ασφαλιστική κάλυψη του πληθυσμού. Αιχμή του συστήματος ήταν η δημιουργία Κέντρων Υγείας, Περιφερειακών και Νομαρχιακών Νοσοκομείων σε ολόκληρη τη χώρα.

Το Ε.Σ.Υ. κάλυψε με σημαντική επάρκεια τις υγειονομικές ανάγκες της κοινωνίας και πέτυχε την επιστημονική συνέχειά του με υψηλού επιπέδου ιατρική εκπαίδευση, αλλά και με αξιόλογη συμμετοχή στην επιστημονική έρευνα. Στα νοσοκομεία ανδρώθηκαν ανθρωποκεντρικές αντιλήψεις λειτουργιών της υγείας, που με την στάση τους συνεχίζουν να στηρίζουν σήμερα ότι απόμεινε να λέγεται δημόσιο σύστημα υγείας.

Όμως, η δομική αδυναμία του Ε.Σ.Υ. εστιάζεται στο γεγονός της **νοσοκομειοκεντρικής αντίληψης** του συστήματος στην αρχική του σύσταση και στις δομές του. Η αγωγή υγείας και πρόληψης, στοιχεία απολύτως απαραίτητα στη δομή κάθε συστήματος, απουσιάζουν σε πολύ μεγάλο βαθμό. Εδώ, βέβαια, θα πρέπει να τονιστεί ότι σε αυτό συνέβαλε το γεγονός ότι σημαντικά στοιχεία του αρχικού σχεδιασμού παρέμειναν σε μικρότερο ή μεγαλύτερο βαθμό στα χαρτιά.

Τελικά, το Ε.Σ.Υ. φαίνεται ότι ήταν ένα σύστημα υγείας από το οποίο έλειπε από τη σύστασή του η **αφετηρία** (αγωγή υγείας, πρόληψη, πρωτοβάθμια περίθαλψη) και το **τέρμα** (η ικανότητα να ανταποκρίνεται σε σύνθετα ιατρικά προβλήματα, όπως η θεσμοποίηση ιατρικών συμβουλίων, απουσία σχεδιασμού για κέντρα χρονίως πασχόντων).

Στην προσπάθεια βελτίωσης της λειτουργίας του ΕΣΥ, οι μεταγενέστερες κυβερνήσεις ψήφισαν αρκετούς τροποποιητικούς νόμους και διατάγματα, κυριότερα των οποίων ήταν τα πιο κάτω:

- Π.Δ.87/1986 Ενιαίο πλαίσιο οργάνωσης των Νοσοκομείων.
- Ν.2071/1992 Εκσυγχρονισμός και Οργάνωση Συστήματος Υγείας.
- Ν.2194/1994 Αποκατάσταση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις (ΕΣΥ).
- Ν.2519/1997 Ανάπτυξη & εκσυγχρονισμός του ΕΣΥ.
- Ν.2889/2001 Βελτίωση και εκσυγχρονισμός του Εθνικού Συστήματος Υγείας.
- Π.Δ.357/2001 Οργανισμός Κεντρικής Υπηρεσίας των Περιφερειακών Συστημάτων Υγείας (ΠΕΣΥ).
- Ν.3172/2003 Οργάνωση & εκσυγχρονισμός Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας & άλλες διατάξεις.
- Ν.3370/2005 Οργάνωση & λειτουργία των Υπηρεσιών Δημόσιας Υγείας & λοιπές διατάξεις.
- Ν.3527/2007 Σύσταση Υγειονομικών Περιφερειών.
- Ν.3868/2010 Αναβάθμιση του ΕΣΥ & λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπ. Υγείας.
- Ν.3918/2011 Διαρθρωτικές αλλαγές στο Σύστημα Υγείας (ίδρυση Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).
- Ν.4025/2011 Ανασυγκρότηση Φορέων Κοινωνικής Αλληλεγγύης, Κέντρα Αποκατάστασης, Αναδιάρθρωση ΕΣΥ.
- Ν.4238/2014 Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ. και λοιπές διατάξεις.

Σήμερα, μετά από τις αλλαγές των πιο πάνω νόμων, η χώρα διαιρείται σε επτά (7) υγειονομικές περιφέρειες (Ν.3527/2007). Στην έδρα κάθε μίας από αυτές υπάρχει Διοίκηση

Υγειονομικής Περιφέρειας (Δ.Υ.ΠΕ.), που φροντίζει για την αποτελεσματικότερη και αποδοτικότερη λειτουργία των Φορέων Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης (Φ.Π.Υ.Υ.Κ.Α.) στην παροχή υπηρεσιών υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης στον πληθυσμό της Περιφέρειας.

Σαν Φορείς Παροχής Υπηρεσιών Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης ορίζονται οι εξής (από την ιστοσελίδα της 6^{ης} Δ.Υ.ΠΕ.):

- Νοσοκομεία, Κέντρα Υγείας και Μονάδες Κοινωνικής Φροντίδας.
- Κέντρα Ψυχικής Υγείας και Απεξάρτησης.
- Λοιπά νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου και νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου του δημόσιου τομέα, που ασκούν δραστηριότητες στους τομείς υγείας και κοινωνικής αλληλεγγύης και εποπτεύονται από τον Υπουργό Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης.

1.8.2 Φροντίδα Υγείας - Διάκριση Μονάδων Φροντίδας Υγείας

Η φροντίδα υγείας παρέχεται στις μονάδες υγείας, που χωρίζονται σε δύο κατηγορίες, αντίστοιχες με το είδος των υπηρεσιών που παρέχουν, ως εξής (Ν.1397/1983):

- **Μονάδες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:** με σκοπό την πρόληψη, θεραπεία και αποκατάσταση.
- **Μονάδες Δευτεροβάθμιας/Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας:** με σκοπό την ενδονοσοκομειακή περίθαλψη.

Επιπλέον, οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας, ανάλογα με τη νομική μορφή τους, διακρίνονται σε (Μπουρσανίδης, 1993):

- **Ιδιωτικές**, όπως είναι π.χ. τα ιδιωτικά ιατρεία ή εργαστήρια.
- **Δημόσιες**, όπως είναι π.χ. τα στρατιωτικά νοσοκομεία, οι δομές του Π.Ε.Δ.Υ.
- **Νομικά πρόσωπα ιδιωτικού δικαίου (Ν.Π.Ι.Δ.) ή αστικές εταιρίες**, όπως είναι π.χ. οι ιδιωτικές κλινικές και τα εργαστήρια - διαγνωστικά κέντρα.
- **Νομικά πρόσωπα δημοσίου δικαίου (Ν.Π.Δ.Δ.)**, όπως είναι τα περισσότερα νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ.

1.8.3 Δημόσια Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται μέσα από τις δομές του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.). Το Π.Ε.Δ.Υ. συστάθηκε με το Ν.4238/2014, αποτελεί τμήμα του Ε.Σ.Υ. και λειτουργεί στις Διοικήσεις Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.) της χώρας. Το Π.Ε.Δ.Υ. αποτελεί την πύλη εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας, παρέχει στον πολίτη ολοκληρωμένες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης, πρόληψης, διάγνωσης, θεραπείας, προαγωγής και φροντίδας της υγείας και εξασφαλίζει και συντονίζει τη συνέχεια της φροντίδας, κατευθύνοντας τον πολίτη προς τα άλλα επίπεδα του συστήματος υγείας.

Οι δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. αποτελούνται από:

- Τα Κέντρα Υγείας και τις λοιπές Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.ΠΕ.
- Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), που μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των οικείων Δ.Υ.ΠΕ. σαν αποκεντρωμένες οργανικές μονάδες τους.
- Τις Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), που μεταφέρονται και εντάσσονται στην οργανωτική δομή των Δ.Υ.ΠΕ. σαν αποκεντρωμένες μονάδες τους.

Επιπλέον, πλην του Π.Ε.Δ.Υ., υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας παρέχονται και από τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

1.8.3.1 Κέντρα Υγείας

Τα Κέντρα Υγείας είναι μικρές νοσηλευτικές μονάδες πρωτοβάθμιου υγειονομικού επιπέδου σε μικρές κωμοπόλεις και χωριά της Ελλάδας. Ξεκίνησαν να κατασκευάζονται επί υπουργίας Γεννηματά την δεκαετία 1981-90 (στα πλαίσια του Εθνικού Συστήματος Υγείας) και συντέλεσαν στην βελτίωση της υγειονομικής περίθαλψης στην ύπαιθρο και στην εν μέρει αποσυμφόρηση των νοσοκομείων των πόλεων. Εφημερεύουν σε 24ωρη βάση, διαθέτουν μικρό αριθμό ειδικευμένων γιατρών, ιατρικά εργαστήρια και παρέχουν βραχεία νοσηλεία. Επιπλέον τα Κέντρα Υγείας διαθέτουν σαν αποκεντρωμένες μονάδες τους Περιφερειακά Ιατρεία, που μπορεί να είναι είτε ιατρεία 24ωρης ετοιμότητας είτε ιατρεία με ορισμένες ημέρες και ώρες λειτουργίας (Ν.1397/1983).

Τα τελευταία χρόνια, στα πλαίσια της προσπάθειας για παροχή πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους κατοίκους των μεγάλων πόλεων και για αποσυμφόρηση των εξωτερικών ιατρείων των νοσοκομείων, δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στη δημιουργία Κέντρων Υγείας Αστικού Τύπου.

1.8.4 Ιδιωτικοί Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

- Εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων.
- Διαγνωστικά κέντρα.
- Μικροβιολογικά εργαστήρια.
- Ιατρεία ιδιωτών γιατρών.

1.8.5 Δευτεροβάθμια / Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Η Δευτεροβάθμια/Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται μέσα από τις δομές των Δημόσιων και Ιδιωτικών Νοσοκομείων και Κλινικών καθώς και από ανεξάρτητα Θεραπευτήρια που επιχορηγούνται από το κράτος, μερικά ή ολικά.

1.8.6 Νοσοκομεία

Τα νοσοκομεία είναι ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, στα οποία παρέχεται θεραπεία από ειδικευμένο προσωπικό με ειδικό εξοπλισμό, και συχνά, αλλά όχι πάντα, παρέχεται η δυνατότητα μακροχρόνιας παραμονής των ασθενών.

Σήμερα τα νοσοκομεία χρηματοδοτούνται συνήθως από το κράτος και τις ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας. Για τους ασφαλισμένους σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης προβλέπεται η κάλυψη των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.).

Τα σύγχρονα νοσοκομεία επανδρώνονται κατά ένα μεγάλο μέρος από επαγγελματίες γιατρούς, χειρουργούς και νοσηλευτές. Κάποια νοσοκομεία συνεργάζονται με πανεπιστήμια για την διεξαγωγή ιατρικών ερευνών και την εκπαίδευση του ιατρικού προσωπικού. Επιπλέον, μπορούν να λειτουργούν πανεπιστημιακές κλινικές, εργαστήρια και ειδικές μονάδες, που στελεχώνονται αποκλειστικά με πανεπιστημιακό ιατρικό και λοιπό επιστημονικό προσωπικό.

Τα νοσοκομεία περιθάλπουν **εξωτερικούς** (εισάγονται μόνο για διάγνωση, είτε για διάγνωση και θεραπεία και στη συνέχεια αποχωρούν) και **εσωτερικούς ασθενείς** (εισάγονται και παραμένουν για κάποιο χρονικό διάστημα, από μία μέρα έως αρκετές εβδομάδες ή και μήνες).

Τα νοσοκομεία, εκτός από τον κύριο σκοπό τους, που είναι η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, ασχολούνται και με την εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας (γιατρών, νοσηλευτών και τεχνολόγων υγείας), την έρευνα επί ιατρικών θεμάτων και την εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών νοσηλευτικής και ιατρικής (Κ.Υ.Α. με αρ. Α1α/8342/10.7.1998 - ΦΕΚ 711/Β/14.7.1998).

Όσον αφορά το ρόλο του, στο σημερινό νοσοκομείο μπορούμε να διακρίνουμε 5 κύριες λειτουργίες:

- Την ιατρική φροντίδα υγείας.

- Την κοινωνική, που υπήρξε και η αρχική λειτουργία του.
- Την προληπτική, με την εργαστηριακή στήριξη του ελέγχου επιδημιών.
- Την εκπαιδευτική, για παραγωγή στελεχών και για συνεχή εκπαίδευση.
- Την τεχνική-επιστημονική υποστήριξη στους εκτός νοσοκομείου λειτουργούς (ελεύθερους επαγγελματίες).

1.8.6.1 Διάκριση των Νοσοκομείων

Τα Νοσοκομεία, σύμφωνα με τον Ν1397/1983, διακρίνονται σε:

- **Γενικά νοσοκομεία:** αυτά που διαθέτουν τμήματα νοσηλείας σε περισσότερες από μια ειδικότητες. Αυτά χωρίζονται σε:
 - **Περιφερειακά νοσοκομεία:** που περιλαμβάνουν όλες τις ειδικότητες και έχουν εξειδικευμένη τεχνογνωσία και λειτουργούν στην έδρα κάθε Περιφέρειας
 - **Επαρχιακά:** μικρά νοσοκομεία, που καλύπτουν δύο - τρεις βασικούς τομείς.
- **Ειδικά νοσοκομεία:** αυτά που παρουσιάζουν εξειδίκευση σε συγκεκριμένο ιατρικό τομέα, διαθέτοντας τμήματα κύριας νοσηλείας σε μια ειδικότητα, όπως είναι π.χ. τα ψυχιατρικά, τα ογκολογικά νοσοκομεία κ.ά.

Τα **Πανεπιστημιακά νοσοκομεία** αποτελούν μια ξεχωριστή κατηγορία νοσοκομείων και είναι εκείνα που συνδυάζουν την περίθαλψη των ασθενών με τη διδασκαλία των φοιτητών της ιατρικής επιστήμης.

Τέλος ως Κλινικές ονομάζονται οι ιατρικές εγκαταστάσεις που είναι μικρότερες σε μέγεθος από τα νοσοκομεία και η διαχείρισή τους μπορεί να γίνεται είτε από κάποιο κυβερνητικό οργανισμό παροχής υπηρεσιών υγείας είτε από ιδιώτες.

1.8.6.2 Διάκριση των Υπηρεσιών ενός Νοσοκομείου

Κάθε Νοσοκομείο απαρτίζεται συνήθως από τις πιο κάτω Υπηρεσίες (Ν.1397/1983):

- Ιατρική: σε αυτή υπάγονται εκτός από τους γιατρούς του νοσοκομείου και οι υπόλοιποι επιστήμονες, που σύμφωνα με τις νομικές διατάξεις δικαιούνται να παρέχουν υπηρεσίες υγείας και περίθαλψης.
- Νοσηλευτική
- Διοικητική
- Οικονομική
- Τεχνική
- Ποιοτικού Ελέγχου
- Πληροφορικής

1.3.6.3 Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείων

Η διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας αναλύεται ως εξής (Ν.1397/1983):

- Παθολογικός Τομέας
- Χειρουργικός Τομέας
- Ψυχιατρικός Τομέας
- Τομέας Κοινωνικής Ιατρικής
- Εργαστηριακός Τομέας
- Διατομεακά Τμήματα

Η πιο πάνω διάρθρωση αναλύεται συνήθως σε μικρότερα τμήματα ή μονάδες (λεπτομερέστερες πληροφορίες αναφέρονται στην Κ.Υ.Α. με αρ. Α1α/8342/10.7.1998 - ΦΕΚ 711/Β'/14.7.1998). Επιπλέον, υπάρχουν και μη ιατρικά τμήματα, όπως Γραμματείας, Ιατρικών Αρχείων, Πληροφοριών κ.ά.

1.8.7 Χρηματοδότηση - Οικονομικά του Συστήματος

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, που αποτελούν δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου οργανισμούς, συνήθως μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα, γίνεται ως εξής:

- Για τις δαπάνες περίθαλψης των ασθενών από τον Ε.Ο.Π.Υ.Υ., τα ασφαλιστικά ταμεία και τις ασφαλιστικές εταιρείες που υποστηρίζουν συμβόλαια υγειονομικής κάλυψης.
- Για τις διοικητικές και κεφαλαιουχικές δαπάνες από επιδοτήσεις της κεντρικής κυβέρνησης, των περιφερειών και προγραμμάτων της Ευρωπαϊκής Ένωσης.
- Για τις πάσης φύσης αμοιβές (μισθοί, επιδόματα, εφημερίες, υπερωρίες) του προσωπικού (γιατροί, νοσηλευτές και λοιπό προσωπικό) απευθείας από το δημόσιο ταμείο, χωρίς να καταγράφονται στους ετήσιους προϋπολογισμούς των νοσοκομείων.

Μια αναλυτικότερη κωδικοποίηση των πόρων των νοσοκομείων, ακολουθεί στη συνέχεια, και προέρχεται από την Κ.Υ.Α. με αρ. Α1α/8342/10.7.1998 - ΦΕΚ 711/Β'/14.7.1998 (εκδόθηκε με αφορμή την έναρξη λειτουργίας του Νοσοκομείου Παπαγεωργίου της Θεσσαλονίκης):

- Η ετήσια επιχορήγηση του Δημοσίου προς το νοσοκομείο.
- Τα νοσήλια για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται προς τους ασθενείς και εισπράττονται είτε άμεσα από τους ίδιους, είτε έμμεσα μέσω των φορέων υγείας τους.
- Τα έσοδα που προέρχονται από τις εξετάσεις ασθενών στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια των νοσοκομείων.
- Τα έσοδα για παρεχόμενες υπηρεσίες προς τους ασφαλισμένους των ιδιωτικών ασφαλιστικών εταιρειών (νοσήλια, εξετάσεις στα Εξωτερικά ιατρεία και Εργαστήρια).
- Τα έσοδα από την λειτουργία των ειδικών κέντρων και άλλων υπηρεσιών, όπως π.χ. ειδικά κέντρα, παροχή υπηρεσιών μετά-νοσοκομειακής και ειδικής φροντίδας, Μονάδες αποκατάστασης και αποθεραπείας.
- Τα έσοδα από την απογευματινή λειτουργία τμημάτων, μονάδων, εργαστηρίων και χειρουργείων.
- Τα έσοδα από νοσήλια, εξετάσεις στα εξωτερικά ιατρεία και εργαστήρια που παρέχονται σε αλλοδαπούς και διέπονται από τις διεθνείς συμβάσεις.
- Τα έσοδα από εκπαιδευτική και ερευνητική δραστηριότητα.
- Τα έσοδα από συνέδρια, ανακοινώσεις, δημοσιεύσεις.
- Οι τόκοι από καταθέσεις σε τράπεζες ή άλλους πιστωτικούς οργανισμούς.
- Τα έσοδα από δραστηριότητες για την εξυπηρέτηση του προσωπικού, των νοσηλευομένων και επισκεπτών, όπως (εκμετάλλευση ή ενοίκια από κυλικεία, εστιατόρια, ανθοπωλεία, είδη δώρων κ.λπ.).
- Τα έσοδα από την εκποίηση παλαιών μηχανημάτων, επίπλων, σκευών και κάθε είδους άχρηστων για το νοσοκομείο κινητών πραγμάτων.
- Οι πρόσοδοι από την εκμετάλλευση της περιουσίας των νοσοκομείων.
- Τα έσοδα από δωρεές, κληρονομίες, κληροδοσίες και επιχορηγήσεις από τρίτους, όπως και οι πρόσοδοι από αυτές.
- Έσοδα που προέρχονται από άλλη πηγή που δεν αναφέρεται πιο πάνω.

Η προσπάθεια αντιμετώπισης της σημερινής συστημικής οικονομικής κρίσης δεν αφήνει αλώβητο το Ε.Σ.Υ. Οι συνεχείς υποχρηματοδοτήσεις, οι συγχωνεύσεις νοσοκομείων, οι άτυπες στάσεις πληρωμών σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, οι περιορισμοί στην φαρμακευτική δαπάνη, οι ελλείψεις σε ζωτικής σημασίας υλικά και εξοπλισμό, η επιβολή στην συνταγογράφηση αμφισβητούμενης αξίας φαρμακευτικών σκευασμάτων κ.λπ. στην προσπάθεια να περικοπεί ή και να μηδενιστεί το λειτουργικό κόστος του συστήματος υγείας, δείχνουν ότι το Ε.Σ.Υ. αντιμετωπίζεται σαν εμπορευματικής αξίας προϊόν και οδηγείται σε αργό θάνατο με οδυνηρές συνέπειες για όλους, αν δεν αναστραφεί αυτή η πορεία (Βέργης, 2015).

Αποτέλεσμα όλων αυτών είναι η τεράστια οικονομική επιβάρυνση του Ε.Σ.Υ., γιατί από τη μια πλευρά η απουσία των δομών πρόληψης διογκώνει την νοσηρότητα και από την άλλη η

έλλειψη αντιμετώπισης των χρονίως πασχόντων διογκώνει την δαπάνη μέσω της επιμήκυνσης του χρόνου νοσηλείας.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009), η μεθοδολογία της έρευνας αποτελεί τη διαδικασία που επιτρέπει την απόκτηση συστηματικής γνώσης και τεχνολογίας, η οποία μπορεί να αξιοποιηθεί για την βελτίωση της ατομικής και συλλογικής υγείας. Προσφέρει βασικές γνώσεις σχετικά με την υγεία και την ασθένεια του πληθυσμού, στοχεύει στην ανάπτυξη εργαλείων προκειμένου να προαχθεί η Υγεία, να προληφθεί η ασθένεια και να αμβλυθούν οι συνέπειές της (Bowling, 2002). Επίσης επιχειρεί να αποκαλύψει καλύτερες προσεγγίσεις για τη φροντίδα υγείας του ατόμου ή του πληθυσμού (Nelson και Thomas, 2003).

Ουσιαστικά, με τον όρο μεθοδολογία της έρευνας νοείται η ευρύτερη διαδικασία και ερευνητική προσπάθεια εξεύρεσης και επιλογής κατάλληλων μεθόδων και εργαλείων, προκειμένου να μελετηθεί όσο το δυνατόν καλύτερα και πληρέστερα το υπό εξέταση φαινόμενο, πρόβλημα ή ζήτημα (Δημητρόπουλος 2001, Ζαφειρόπουλος 2005). Η μεθοδολογία έρευνας θεωρείται επιστημονική εφόσον εξασφαλίζεται ότι κατά το σχεδιασμό και τη διεξαγωγή της αξιοποιούνται μέσα και υλικά με επιστημονική μεθοδολογία (Δημητρόπουλος, 2001).

Η πραγματοποίηση έρευνας στο χώρο της υγείας είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη και την εφαρμογή της, καθώς όλο το οικοδόμημα του ανθρώπινου πολιτισμού μπορεί να θεωρηθεί ως το προϊόν μιας συνεχούς και ακατάπαυστης ερευνητικής διαδικασίας. Η έρευνα μέσω της συστηματικής μελέτης αποσκοπεί στην απόκτηση μεγαλύτερης γνώσης, προσθέτει πληροφορίες επί των υπό μελέτη φαινομένων και θεμάτων, οδηγώντας έτσι στην καλύτερη και βαθύτερη κατανόησή τους.

Η διεξαγωγή έρευνας στο χώρο της υγείας, αποτελεί σημαντική δραστηριότητα για την ανθρώπινη εξέλιξη και πρόοδο και θα πρέπει να πραγματοποιείται με αυστηρά επιστημονικά κριτήρια. Αν και εξαιρετικά χρονοβόρα διαδικασία, η συμμετοχή ενός επιστήμονα στην έρευνα αποτελεί έκφραση της ανθρώπινης ανάγκης για δημιουργικότητα καθώς και της έμφυτης περιέργειας, η οποία ωστόσο αποτελεί διαχρονικά την αφετηρία της πρόοδου.

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Φεβρουάριο έως Αύγουστο 2015 και ήταν μια ποσοτική έρευνα, που στόχος της ήταν να διερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παροχή ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας.

2.1 Σχεδιασμός

Σύμφωνα με την Δαρβίρη (2009), η υψηλής ποιότητας έρευνα και τα έγκυρα ερευνητικά πορίσματα, αποτελούν προϊόντα εξαντλητικής προεργασίας, συστηματικής μεθοδολογικής και θεωρητικής προσέγγισης και όχι απλώς συμπτωματικά αποτελέσματα τύχης.

Στην συγκεκριμένη έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος. Ο όρος ποσοτική έρευνα συνίσταται στη συστηματική συλλογή αριθμητικών δεδομένων και πληροφοριών, τα οποία ακολούθως αναλύονται αξιοποιώντας συγκεκριμένες στατιστικές δοκιμασίες, προκειμένου να εξηγηθούν τα υπό μελέτη φαινόμενα (Aliaga και Gunderson, 2002). Η ποσοτική έρευνα, αντλεί τον επιστημολογικό προσανατολισμό της, κυρίως από τον θετικισμό και τον εμπειρισμό, φιλοσοφικές αντιλήψεις τις οποίες υιοθέτησε στα πλαίσια των φυσικών επιστημών.

Τα κύρια χαρακτηριστικά της, σύμφωνα με τον Neuman (2005), περιλαμβάνουν έννοιες, όπως:

Αντικειμενικότητα. Λόγω των αυστηρά ελεγχόμενων συνθηκών υπό των οποίων διεξάγεται τόσο η συλλογή όσο και η ανάλυση των δεδομένων, θεωρείται ως η πλέον αντικειμενική μορφή έρευνας.

Γενίκευση. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ποσοτική έρευνα, επιτρέπουν (με προϋποθέσεις) συχνότερα τη διατύπωση γενικεύσεων.

Επαγωγή. Στοχεύει κυρίως στο να εξετάσει ή να ελέγξει υπάρχουσες θεωρίες και γι' αυτό θεωρείται επαγωγικού χαρακτήρα μέθοδος.

Αξιοποίηση αριθμών. Κύριο χαρακτηριστικό κάθε ποσοτικής έρευνας, είναι η απόδοση αριθμητικών τιμών στα ερευνητικά δεδομένα και η ανάλυσή τους με μαθηματικούς και στατιστικούς όρους.

Απαντά κυρίως σε ερευνητικά ερωτήματα όπως «πόσο» «ποιος» και «πώς» και λιγότερο στο ερώτημα «γιατί» (χαρακτηριστικό ποιοτικής έρευνας).

Η διεξαγωγή μιας ποσοτικής έρευνας, συνεπάγεται την υιοθέτηση συγκεκριμένων ερευνητικών σταδίων, όπως η διατύπωση ενός ερευνητικού προβλήματος, η βιβλιογραφική ανασκόπηση, η ανάπτυξη μιας υπόθεσης και των μεταβλητών, ο σχεδιασμός της μεθοδολογίας, η συλλογή, η ανάλυση, η ερμηνεία, η παρουσίαση και η δημοσιοποίηση των αποτελεσμάτων.

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε ότι ένα από τα κυριότερα έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή με δημοσιευμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά είναι το HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems), που κατασκευάστηκε το 2006, από τον οργανισμό Agency for Healthcare Research and Quality των Ηνωμένων Πολιτειών. Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελεί μετάφραση του αγγλόφωνου πρωτότυπου, όπως μεταφράστηκε από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και χρησιμοποιείται από αρκετά νοσοκομεία της χώρας, όπως το νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» της Θεσσαλονίκης που ανήκει στην 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας και Θράκης.

2.2 Μέθοδος Συλλογής Δεδομένων

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε ποσοτική μέθοδος, όπου το μέσο συλλογής δεδομένων ήταν το ερωτηματολόγιο. Σύμφωνα με τη Δαρβίρη (2009), το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα από τα κυριότερα εργαλεία και όργανα μέτρησης στα πλαίσια της συλλογής δεδομένων και η δομή και το περιεχόμενο του είναι εξαιρετικής σημασίας καθώς με βάση αυτά θα μπορέσει ο ερευνητής να αντλήσει τα δεδομένα, δηλαδή τις πληροφορίες που επιθυμεί από το δείγμα του. Ακολουθώντας, μέσω της κατάλληλης επεξεργασίας και ανάλυσης, θα μπορέσει να προχωρήσει στην εξαγωγή αποτελεσμάτων και συμπερασμάτων.

Ο όρος ερωτηματολόγιο στα πλαίσια της επιστημονικής έρευνας δεν αναφέρεται απλά σε έναν κατάλογο ερωτήσεων, καθώς δεν είναι λίγες οι φορές όπου εικόνες ή σχήματα μπορεί να απαρτίζουν ένα ερωτηματολόγιο. Πολλές φορές η σειρά των ερωτήσεων είναι εξίσου σημαντική με το περιεχόμενο. Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ουσιαστικά ένα έντυπο στο οποίο περιλαμβάνονται σειρά επιλεγμένων ερωτήσεων, βασιζόμενες στους δεδομένους ερευνητικούς σκοπούς και με τις οποίες καταγράφεται η απάντηση ή αντίδραση του ατόμου σ' αυτές γραπτώς (Claude, 2000).

Ο τρόπος συμπλήρωσης ενός ερωτηματολογίου αποτελεί και τον πρώτο τρόπο διάκρισής του. Επομένως, ένα ερωτηματολόγιο μπορεί να συμπληρωθεί, είτε από τον ίδιο τον ερωτώμενο, είτε από αυτόν που παίρνει την συνέντευξη (Κυριαζή, 2002). Η δημιουργία ενός καλά οργανωμένου ερωτηματολογίου απαιτεί λεπτομερή και ενδελεχή προεργασία στα πλαίσια δόμησης του. Απαραίτητη είναι η κριτική του αναθεώρηση προτού προχωρήσει ο ερευνητής στη διαδικασία της συμπλήρωσης. Τα στάδια στη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου (εφόσον έχουν καθοριστεί οι ερευνητικοί σκοποί και το δείγμα της έρευνας), σύμφωνα με τον Claude (2000), περιλαμβάνουν:

1. Καθορισμό του περιεχομένου των θεμάτων του ερωτηματολογίου. Ο ερευνητής θα πρέπει να αποφασίσει ποια θέματα θα διερευνηθούν και ποια είναι τα ερευνητικά ζητήματα.

2. Καθορισμό της διαμόρφωσης του ερωτηματολογίου. Ο ερευνητής καλείται να αποφασίσει για θέματα που αφορούν το τύπο των ερωτήσεων (ανοιχτές, κλειστές, συνδυασμός), τη γλώσσα του ερωτηματολογίου (απλή, σύνθετοι όροι), τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου (απευθείας συνέντευξη, τηλεφωνικά, ταχυδρομικά) και τον τρόπο επεξεργασίας του ερωτηματολογίου (H/Y).

3. Θέματα οικονομίας του ερωτηματολογίου (τρόπο παρουσίασης του ερωτηματολογίου – σειρά ερωτήσεων).

4. Δομή του ερωτηματολογίου (ιδανικό για την πιλοτική εφαρμογή).

5. Τελική μορφή του ερωτηματολογίου (τύπος, περιεχόμενο, σύνταξη, δομή, τρόπος συμπλήρωσης).

6. Κωδικοποίηση του ερωτηματολογίου (ανάλυση).

Οι Bell (2001) και Creswell & Bowling (2002), περιγράφουν τα κυριότερα χαρακτηριστικά ενός «καλού» ερωτηματολογίου, που περιλαμβάνονται:

- Η **ευανάγνωστη μορφή** που να αποτρέπει δυσνόητα νοήματα.
- Η διατύπωση των ερωτήσεων σε **γλώσσα απλή, σαφή και κατανοητή**.
- **Αποφυγή διατύπωσης ερωτήσεων που μπορεί να προκαλούν συναισθηματικές αντιδράσεις**, όπως προσβλητικές ερωτήσεις καθώς και την αποφυγή κατευθυνόμενων ερωτήσεων που οδηγούν τον ερωτώμενο στην επιλογή της επιθυμητής από τον ερευνητή απάντησης.
- **Το μέγεθός του να μην είναι αποτρεπτικό και ιδιαίτερα κουραστικό**, αλλά να θέτει να ερωτήματα με σύντομο και εύληπτο τρόπο.
- Να είναι ανάλογα και κατάλληλα **προσαρμοσμένο στον πληθυσμό - στόχο** της μελέτης και τις ικανότητές τους (ηλικιωμένοι, παιδιά, μορφωμένοι κλπ).
- Η αλληλουχία στη σειρά των ερωτήσεων να διέπεται από τη λογική.
- Να παρέχονται όλες οι απαραίτητες **οδηγίες για τη συμπλήρωση**, διατυπωμένες με σαφήνεια.
- **Να προηγούνται οι ευκολότερες και άμεσου τύπου ερωτήσεις ακολουθούμενες από τις πολυπλοκότερες**.
- Να είναι **καλαίσθητα** γραμμένο και τυπωμένο.
- Για την κωδικοποίηση των ερωτήσεων προτιμάται να υπάρχει ειδικός χώρος στο δεξί μέρος της σελίδας.
- Να επιτρέπει την **επεξεργασία και ανάλυση** των δεδομένων.
- Να έχει ελεγχθεί η **αξιοπιστία και η εγκυρότητά του**.
- Να έχει αξιολογηθεί μέσω πιλοτικής εφαρμογής.

Όλες οι ως άνω προϋποθέσεις, σαφώς αυξάνουν την πιθανότητα δημιουργίας ενός καλού εργαλείου όπως το ερωτηματολόγιο, ενώ μεγιστοποιούν την καλύτερη χρήση ενός υπάρχοντος. Σε κάθε περίπτωση, η ποιότητα ενός ερωτηματολογίου θα εξαρτηθεί σε μεγάλο βαθμό από την ακρίβεια του σχεδιασμού του από τον έμπειρο ερευνητή στη χρήση ερωτηματολογίων.

Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου, που χρησιμοποιήσαμε στην έρευνα μας, υπήρχε το ενημερωτικό φύλλο, δηλαδή οδηγίες για το πώς θα συμπληρωθεί από τους ερωτηθέντες όπως για π.χ. μια μόνο επιλογή για κάθε ερώτηση. Στην παρούσα σελίδα διευκρινίσαμε στους ασθενείς πως για οποιοδήποτε πληροφορία ή απορία των ερωτήσεων ήμασταν στη διάθεσή τους οποιαδήποτε στιγμή. Επίσης, το ενημερωτικό φύλλο περιείχε στοιχεία εμπιστευτικότητας, δηλαδή οι απαντήσεις των ασθενών ήταν απόρρητες καθώς και η συμμετοχή τους εθελοντική.

Το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε συνολικά 27 ερωτήσεις, εκ των οποίων οι 4 αφορούσαν την φροντίδα που παρασχέθηκε από τις/τους νοσηλεύτριες/τες κατά την παραμονή στο νοσοκομείο, 3 ερωτήσεις για την φροντίδα που παρασχέθηκε από τους ιατρούς, 2 ερωτήσεις που αφορούσαν το περιβάλλον του νοσοκομείου καθώς επίσης το ερωτηματολόγιο περιλάμβανε 9 ερωτήσεις που αφορούσαν την εμπειρία που έχουν προσκομίσει οι ασθενείς από την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Επιπλέον, από το παρόν ερωτηματολόγιο ζητήθηκε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν την συνολική κατάταξη του νοσοκομείου μέσω 4 ερωτήσεων. Τέλος, το ερωτηματολόγιο απαρτίστηκε από 5 ερωτήσεις προσωπικού περιεχομένου καθώς επίσης περιλάμβανε και 5 δημογραφικά στοιχεία.

Οι ερωτήσεις που αποτελούσαν το παρόν ερωτηματολόγιο ήταν κλειστού τύπου, όπου ο ερωτώμενος απαντούσε επιλέγοντας από μια σειρά προκαθορισμένων διαθέσιμων απαντήσεων. Αυτές οι ερωτήσεις, σύμφωνα με τον Waddington (2000), παρουσιάζουν τα εξής πλεονεκτήματα:

- Απαντώνται πιο εύκολα και πιο γρήγορα.

- Επιτρέπουν την ευκολότερη σύγκριση μεταξύ των απαντήσεων διαφορετικών ερωτώμενων.
- Οι απαντήσεις κωδικοποιούνται ευκολότερα και γρηγορότερα.
- Οι προκαθορισμένες απαντήσεις καθιστούν το περιεχόμενο της ερώτησης πιο εύληπτο.
- Οι ερωτώμενοι απαντούν ευκολότερα σε ευαίσθητα ζητήματα.

Αντιθέτως, εμφανίζουν και μερικά μειονεκτήματα:

- Παρέχουν τη δυνατότητα επηρεασμού του ερωτώμενου, απαντώντας με κάποια επιλογή που μπορεί να μην είχε σκεφτεί διαφορετικά.
- Μπορεί να προκαλέσουν δυσaréσκεια στους ερωτώμενους αν η απάντηση που τους εκφράζει δεν είναι στις διαθέσιμες επιλογές.
- Αναγκάζουν στην παροχή απλών απαντήσεων ακόμη και σε πολύπλοκα ζητήματα.
- Επιτρέπουν να περάσει απαρατήρητη η όποια παρεξήγηση του πραγματικού περιεχομένου μιας ερώτησης (Waddington, 2000).

2.3 Δείγμα

Ο όρος δειγματοληψία αναφέρεται σε όλες τις ενέργειες, τεχνικές και διαδικασίες που θα πραγματοποιήσει ο ερευνητής προκειμένου να συλλέξει δείγμα, το οποίο θα πρέπει να είναι απαραίτητως αντιπροσωπευτικό του συνόλου, δηλαδή του πληθυσμού στόχου, ώστε να μπορούν να καθοριστούν οι παράμετροι ή χαρακτηριστικά του συνόλου του πληθυσμού.

Μια συνεπώς από τις δομικές έννοιες στη δειγματοληψία είναι ο όρος δείγμα. Το δείγμα αποτελεί τη μικρογραφία του πληθυσμού στόχου και προέρχεται κυρίως από τον προσβάσιμο πληθυσμό. Το δείγμα ουσιαστικά αποτελείται από έναν αριθμό περιπτώσεων που έχουν επιλεγεί από τον ερευνητή προκειμένου να καταλήξει σε συμπεράσματα και γενικεύσεις για όλο τον υπό μελέτη πληθυσμό (Σαχίνη – Καρδάση 2004, Δαρβίρη 2009, Παναγιωτάκος 2011). Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε δειγματοληψία μη πιθανότητας και συγκεκριμένα ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Το δείγμα μας ήταν (n= 445 ασθενείς) κυρίως στο παθολογικό και χειρουργικό τομέα που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας από τρία μεγάλα νοσοκομεία των νομών Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας.

Η δειγματοληψία μη πιθανότητας είναι το βασικό χαρακτηριστικό γιατί κάθε στοιχείο του πληθυσμού δεν έχει τις ίδιες και ίσες ευκαιρίες να επιλεγεί και να συμπεριληφθεί στο δείγμα. Αν και αυτή η παράμετρος παραπέμπει συνειρμικά στην αυξημένη πιθανότητα για λιγότερο αντιπροσωπευτικό δείγμα, οι μέθοδοι που εντάσσονται στην κατηγορία αυτή είναι εξαιρετικά διαδεδομένες και χρήσιμες και μάλιστα έχουν ευρεία εφαρμογή στο χώρο των επιστημών υγείας και των κοινωνικών ερευνών (Δαρβίρη, 2009).

Η δειγματοληψία ευκολίας ή περιστασιακή προκύπτει και αξιοποιείται το λεγόμενο δείγμα ευκολίας, το οποίο αποτελείται από άτομα, που είναι διαθέσιμα ή εύκολα προσβάσιμα. Ουσιαστικά με αυτή τη μέθοδο ο ερευνητής, μπορεί να χρησιμοποιήσει οποιαδήποτε ομάδα ατόμων ή στοιχείων του υπό μελέτη πληθυσμού, με βασικό κριτήριο για τη συμμετοχή και επιλογή τους στο δείγμα, το γεγονός ότι μπορεί να βρίσκονται σε ένα προσβάσιμο γεωγραφικό χώρο ή στο κατάλληλο σημείο τη σωστή ώρα.

Στα σημαντικότερα μειονεκτήματα της εν λόγω μεθόδου περιλαμβάνεται η περιορισμένη δυνατότητα ελέγχου των μεροληψιών, αποφυγή των συστηματικών σφαλμάτων και επομένως χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και αδυναμία εξαγωγής γενικεύσεων για τον πληθυσμό. Αντίθετα, στα πλεονεκτήματά της εντάσσονται, το σχετικά χαμηλό κόστος διεξαγωγής, η ευκολία πρόσβασης στο δείγμα και ο μειωμένος χρόνος απόκτησης των απαραίτητων στοιχείων.

2.4 Διαδικασία

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε τρία νοσοκομεία των νομών Αχαΐας και Αιτωλοακαρνανίας. Αφού επιλέχθηκαν τα νοσοκομεία, στάλθηκαν γράμματα σε προϊσταμένες και προϊστάμενους

του κάθε τμήματος. Και στα τρία νοσοκομεία εστάλησαν γράμματα και αιτήσεις για να εγκριθεί η διακίνηση των ερωτηματολογίων στο χώρο του νοσοκομείου (Παράρτημα III, σελ. 76).

Στο γράμμα επεξηγούσαμε το σκοπό της έρευνας, δηλαδή να διερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παροχή ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας. Μετά τις εγκρίσεις από τα νοσοκομεία με τις προϊσταμένες/-ους τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν σε 581 ασθενείς όπου έγινε κατανοητό ότι η συμμετοχή τους ήταν εθελοντική, οι απαντήσεις θα κρατηθούν αυστηρώς απόρρητες και ότι θα επιλέξουν μια μόνο απάντηση για κάθε ερώτηση. Ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε στα 10-15 λεπτά. Το μοίρασμα των ερωτηματολογίων στα μεγάλα νοσοκομεία της Ελλάδας έγινε ως εξής: επικοινωνούσαμε πρώτα με την προϊσταμένη της κάθε κλινικής, την ενημερώναμε για τη διεξαγωγή αυτής της έρευνας και κατόπιν η διανομή και η συλλογή των ερωτηματολογίων γινόταν την ίδια μέρα.

Παρατηρήσαμε, κατά το μοίρασμα των ερωτηματολογίων στα νοσοκομεία της χώρας, ότι υπήρξε ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών, που βρήκε το συγκεκριμένο θέμα της έρευνας ενδιαφέρον, ελκυστικό, ρηξικέλευθο και χρήσιμο για το μέλλον και την εξέλιξη της Νοσηλευτικής.

2.5 Στατιστική Ανάλυση

Στη συγκεκριμένη έρευνα έγινε καταμέτρηση των ερωτηματολογίων, τα οποία συμπληρώθηκαν από ασθενής που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας. Για την αξιόπιστη περιγραφή των δεδομένων που συλλέξαμε, χρησιμοποιήσαμε το στατιστικό πρόγραμμα SPSS20 για να κάνουμε την ανάλυση με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0.05$. Κάθε ερευνητής επιθυμεί τη μικρότερη δυνατή τιμή p για τα αποτελέσματα, με σκοπό την υποστήριξη της υπόθεσής του. Αυτή η ανάλυση δεδομένων πραγματοποιήθηκε μέσω H/Y.

Τηρήθηκαν τα τρία κύρια στάδια που ακολουθούνται κατά την επεξεργασία δεδομένων (Φίλιας 2001, Bryman 2004).

1° στάδιο: (έλεγχος) αξιολογήθηκαν τα ερωτηματολόγια ως προς την αρτιότητα τους και την εγκυρότητα τους.

2° στάδιο: (κωδικογράφηση) δημιουργία ηλεκτρονικής βάσης, στην οποία έγινε αποθήκευση των δεδομένων.

3° στάδιο: χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πακέτο κοινωνικής επιστήμης (Statistical Package Of Social Science - SPSS) για την μηχανογραφική επεξεργασία δεδομένων.

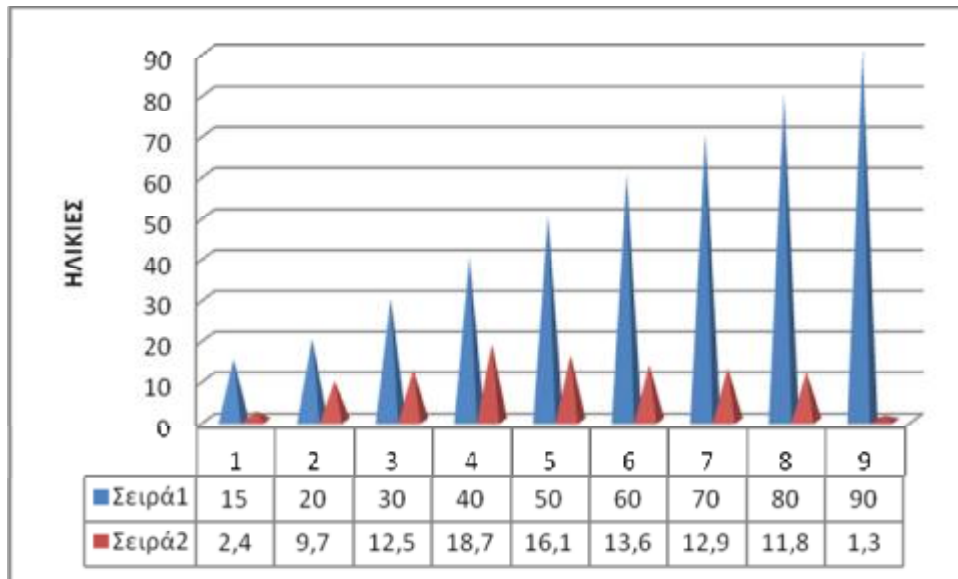
Εφαρμόσαμε περιγραφική στατιστική διότι επιτρέπει τη λεπτομερή και με κάθε πληρότητα μελέτη, οργάνωση, σύνοψη και εύληπτη παρουσίαση δεδομένων, γεγονός που αναδεικνύει τη δυσκολία και την απαιτούμενη εμπειρία στη χρήση της στη διεξαγωγή της έρευνας. Η σημαντικότητα της περιγραφικής στατιστικής, έγκειται ακριβώς στο γεγονός ότι μέσω της προσφερόμενης ανάλυσης επιτρέπει και διευκολύνει τη διεξαγωγή πρακτικών ερευνητικών συμπερασμάτων, ενώ ταυτόχρονα αποτελεί εξαιρετικής χρησιμότητας μέθοδο όταν το ζητούμενο είναι η διεξαγωγή συγκρίσεων.

Με την περιγραφική στατιστική δεν επιτρέπονται τυχόν γενικεύσεις, όμως μπορούν να διεξαχθούν περιγραφικά συμπεράσματα με την αξιοποίηση κατάλληλων μεθόδων, τα οποία αφορούν μόνο στο υπό μελέτη φαινόμενο ή πληθυσμό (Σαχίνη - Καρδάση 2004, Δαρβίρη 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

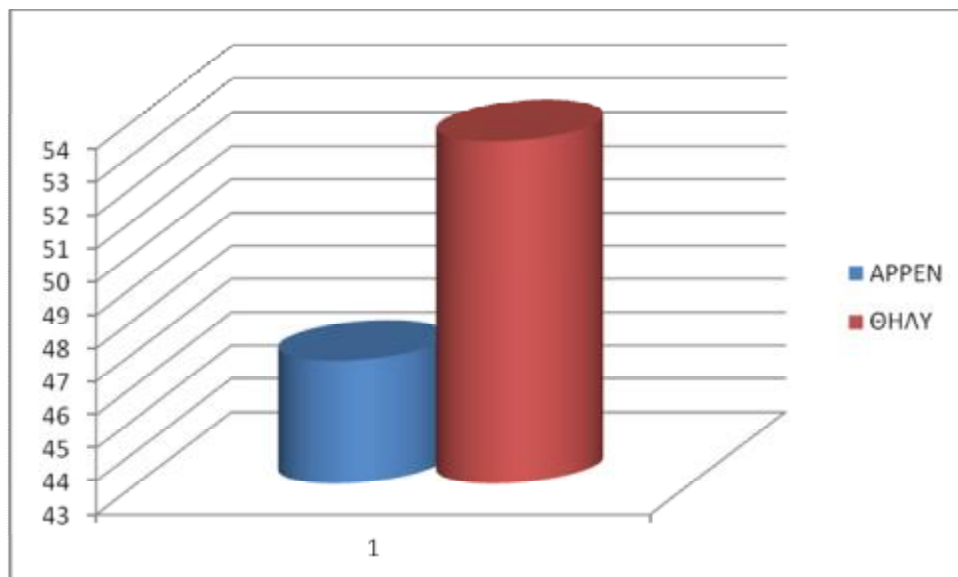
3.1 Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος

Γράφημα 1: Δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος σε σχέση με την ηλικία.



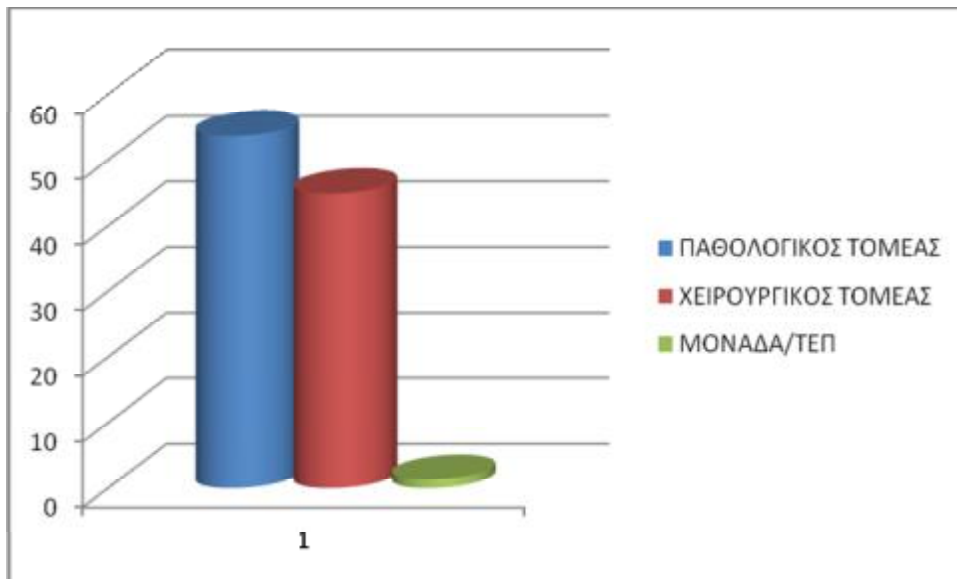
Η ηλικία κυμάνθηκε από 15 έως 94, με μέση τιμή $\chi=55,9$ έτη.

Γράφημα 2: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το φύλο.



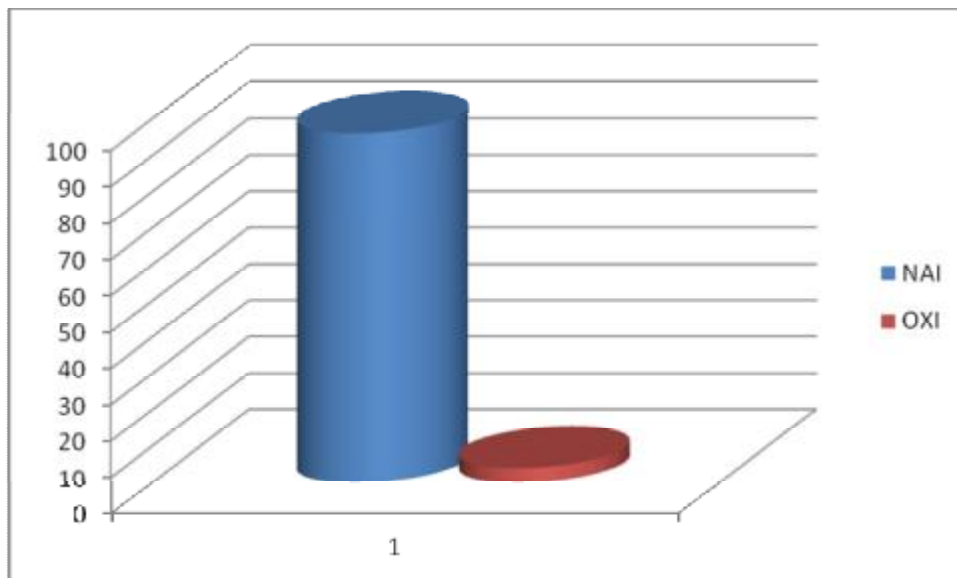
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**53,3%**) ήταν γυναίκες.

Γράφημα 3: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με την κλινική στην οποία νοσηλεύτηκαν.



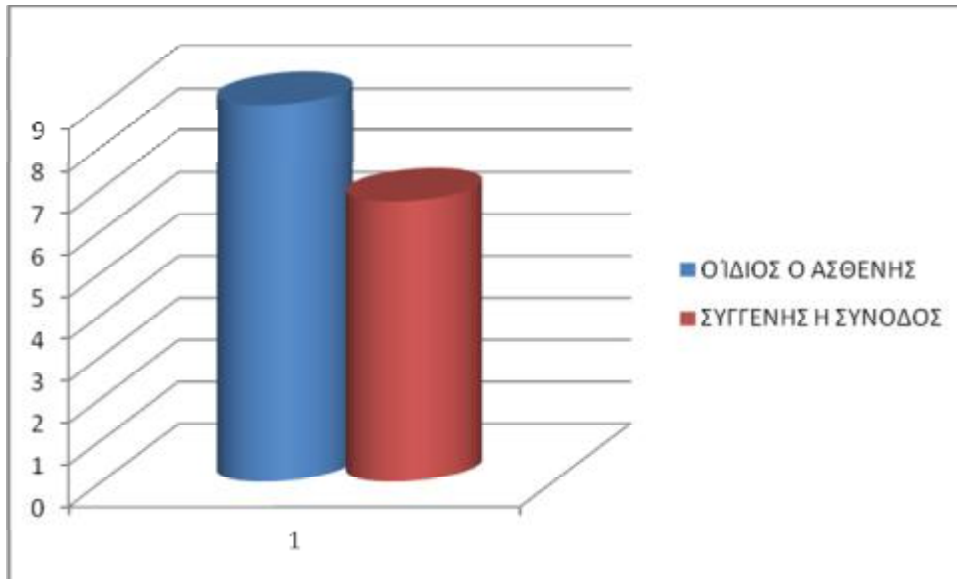
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**53,7%**) ήταν ασθενείς που νοσηλεύονταν στον παθολογικό τομέα.

Γράφημα 4: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σχετικά με τον ασφαλιστικό τομέα.



Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (**96%**) ήταν ασφαλισμένοι.

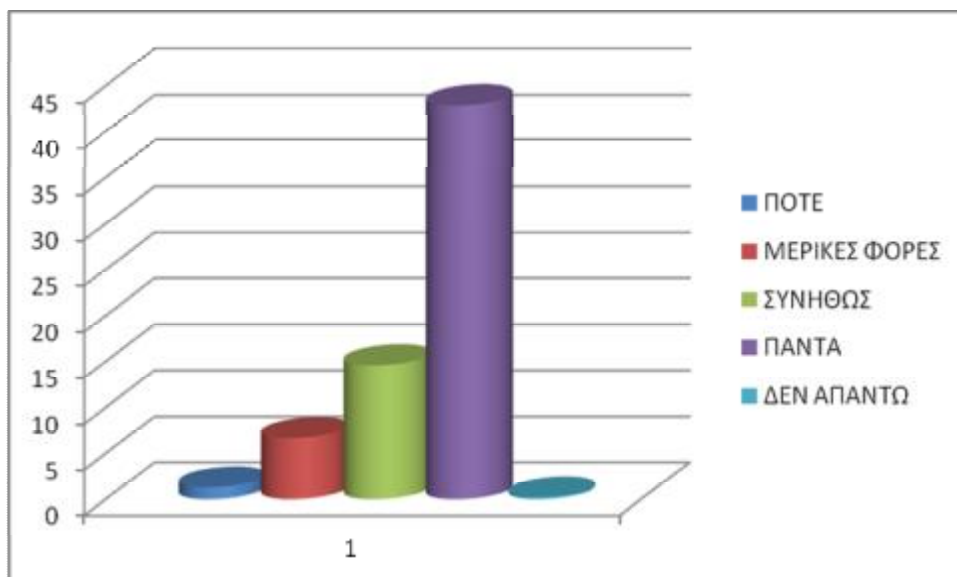
Γράφημα 5: Δημογραφικά στοιχεία του δείγματος σε σχέση με το άτομο που συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο.



Το **(67,9%)** των ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε από τους ίδιους τους ασθενείς.

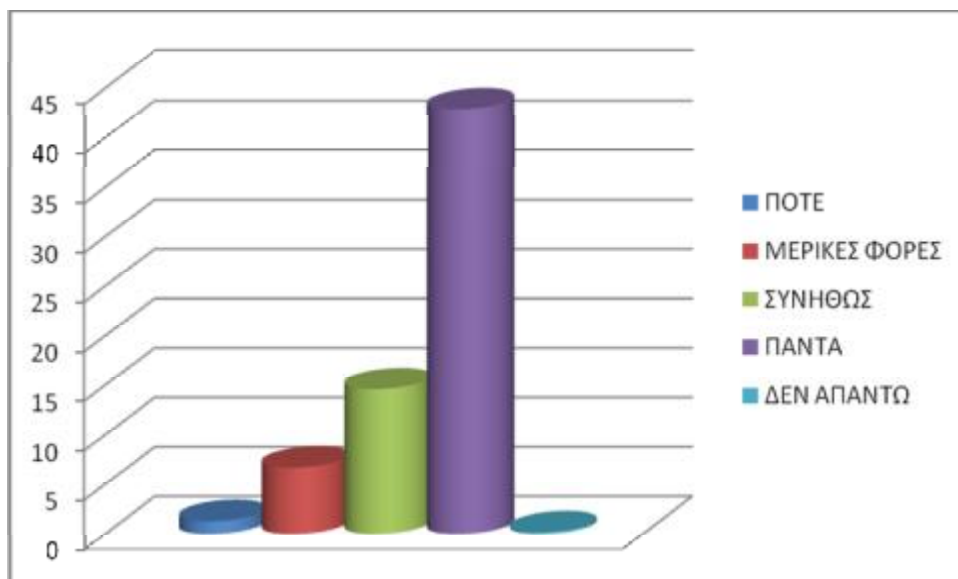
3.2 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την φροντίδα που παρασχέθηκε από τις/τους Νοσηλεύτριες/τες

Ερώτηση 1: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλευτές/τριες σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό.



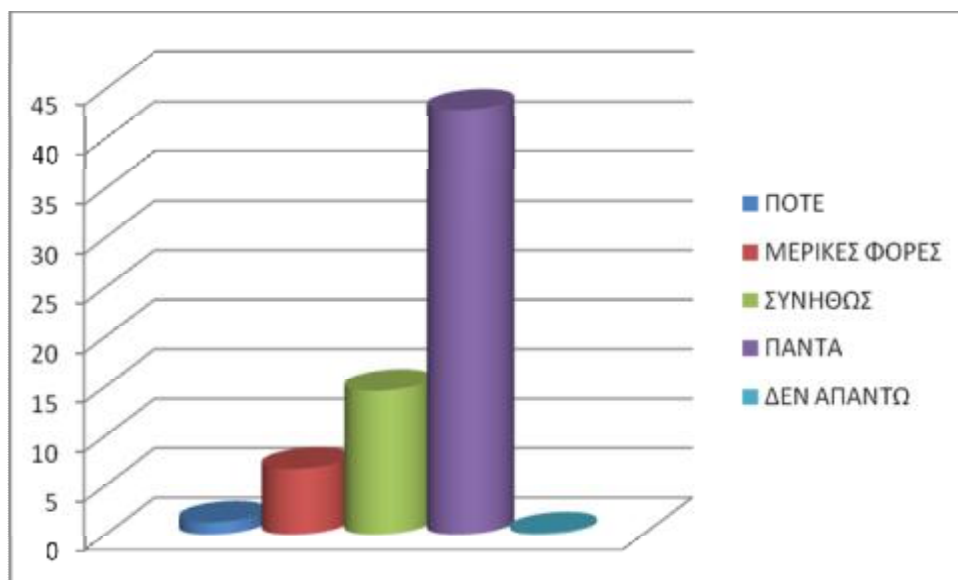
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων **(78%)** θεωρούν ότι οι νοσηλευτές/-τριες τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό.

Ερώτηση 2: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τες σας άκουσαν με προσοχή.



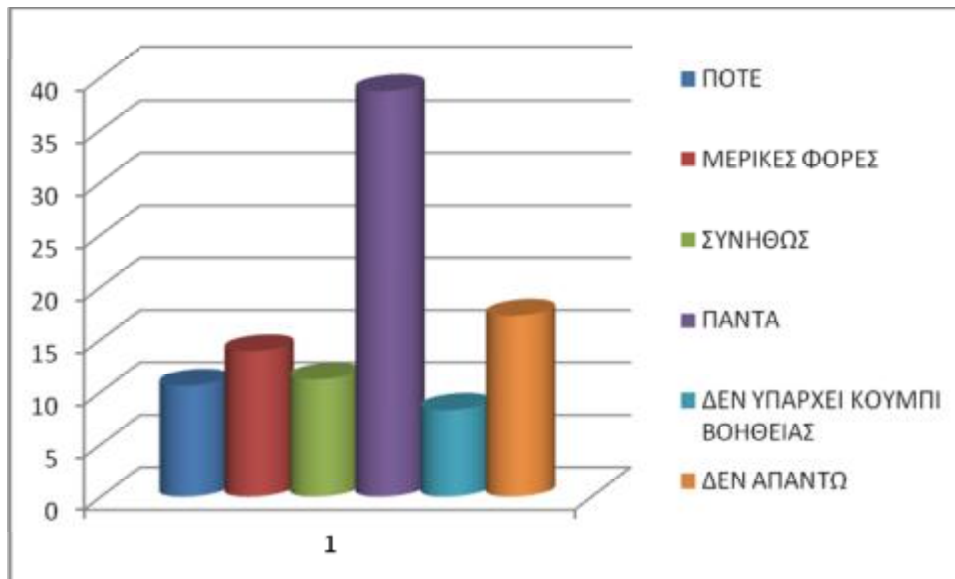
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων **(74,6%)** θεωρεί πως το νοσηλευτικό προσωπικό τους άκουσε με προσοχή.

Ερώτηση 3: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τες σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων **(68,1%)** απαντά πως το νοσηλευτικό προσωπικό τους εξηγούσε πάντα τα πράγματα με κατανοητό τρόπο.

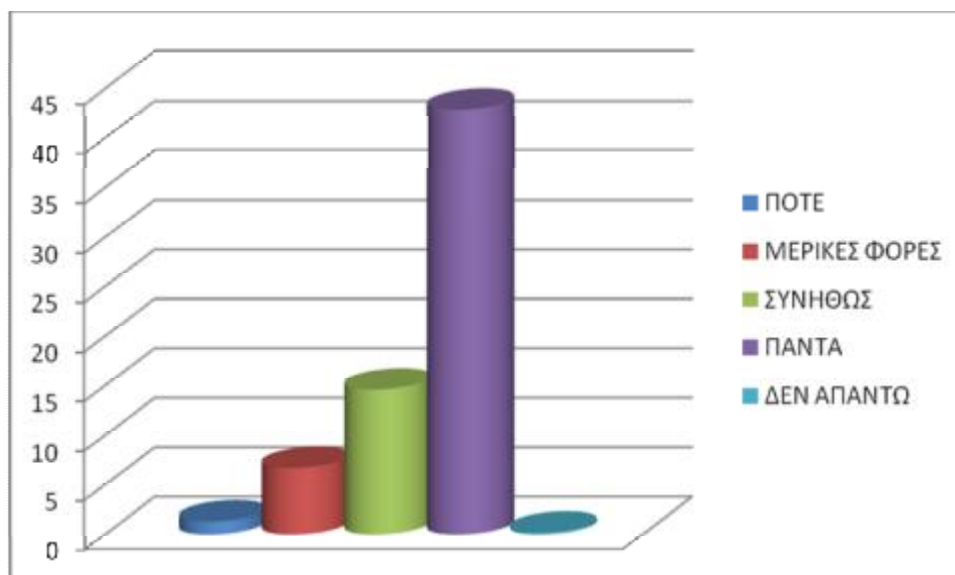
Ερώτηση 4: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, και αφού είχατε πατήσει το κουμπί κλήσης για βοήθεια, πόσο συχνά λάβατε την βοήθεια έγκαιρα;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**38,7%**) δηλώνει ότι η ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού μετά το πάτημα του κουμπιού ήταν άμεση ενώ το (**13,9%**) δήλωσε μερικές φορές.

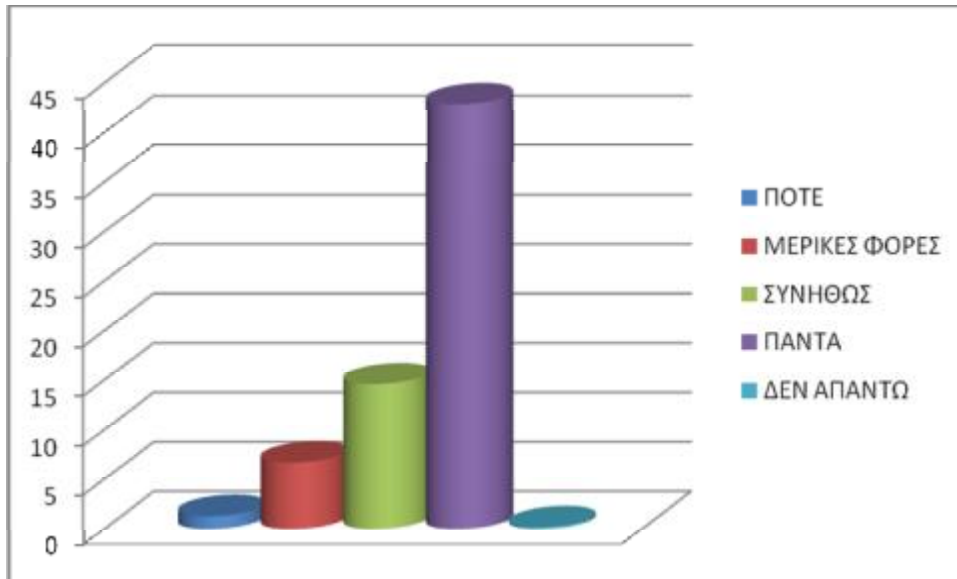
3.3 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την φροντίδα που παρασχέθηκε από τους ιατρούς

Ερώτηση 5: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;



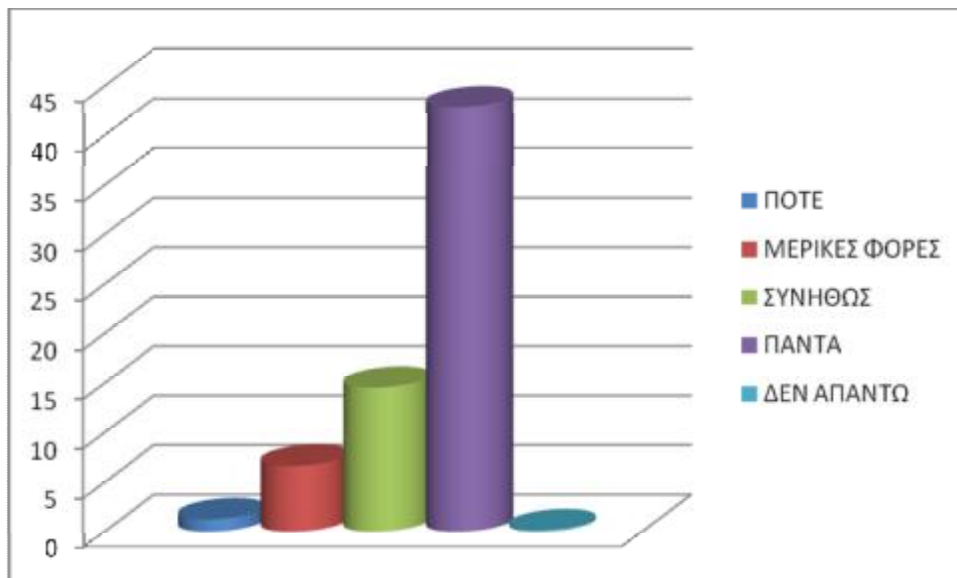
Η συντριπτική πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**78%**) θεωρούν ότι οι ιατροί τους φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό.

Ερώτηση 6: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας άκουσαν με προσοχή;



Η πλειοψηφία των ασθενών (**71,9%**) θεωρεί ότι οι γιατροί τους άκουσαν με προσοχή.

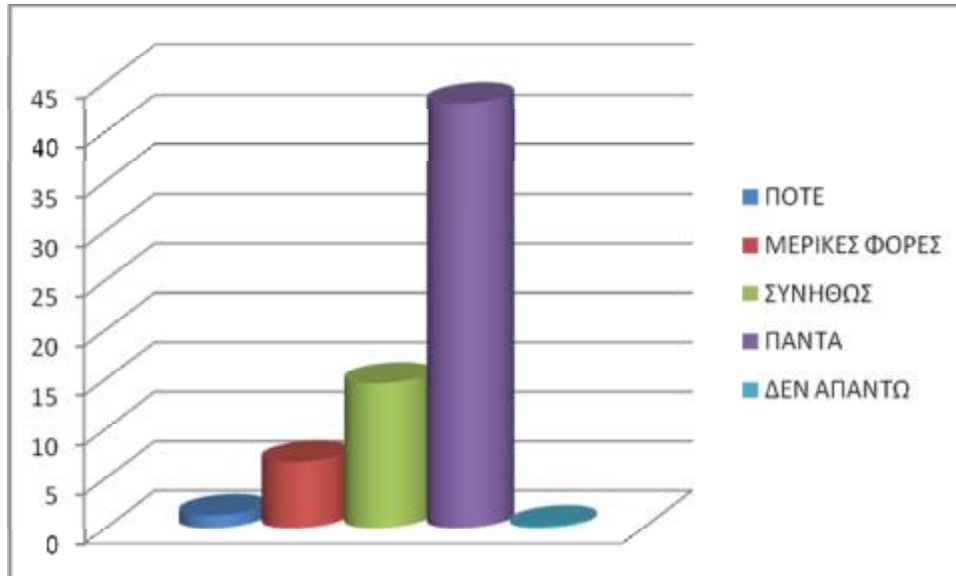
Ερώτηση 7: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά σας εξήγησαν οι γιατροί τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**67,2%**) θεωρεί πως οι γιατροί εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο.

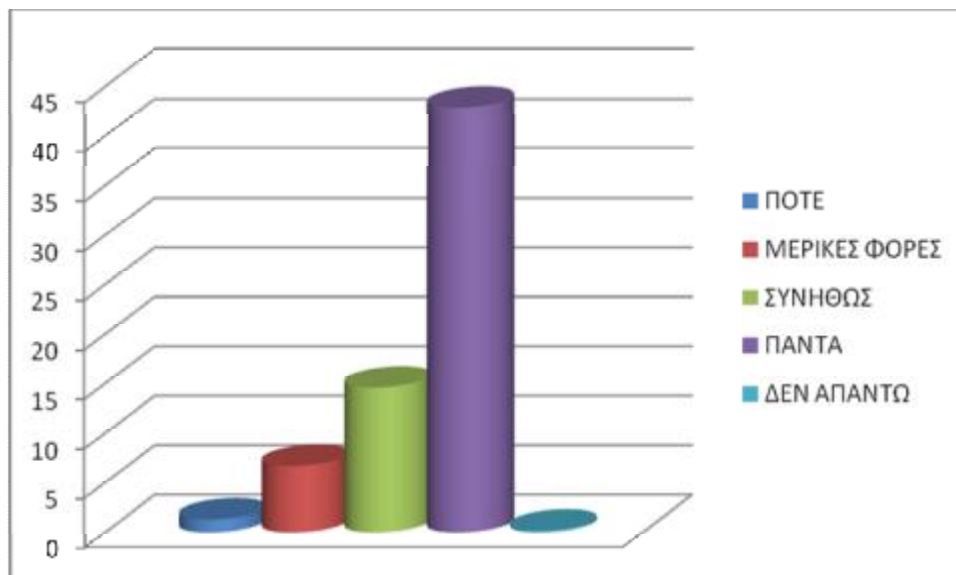
3.4. Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου

Ερώτηση 8: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά καθαρίζονταν το δωμάτιο και το λουτρό;



Η συντριπτική πλειοψηφία (**78,0%**) θεωρεί πως η καθαριότητα στο χώρο του δωματίου και του λουτρού ήταν επαρκής κατά την διαμονή τους στο νοσοκομείο.

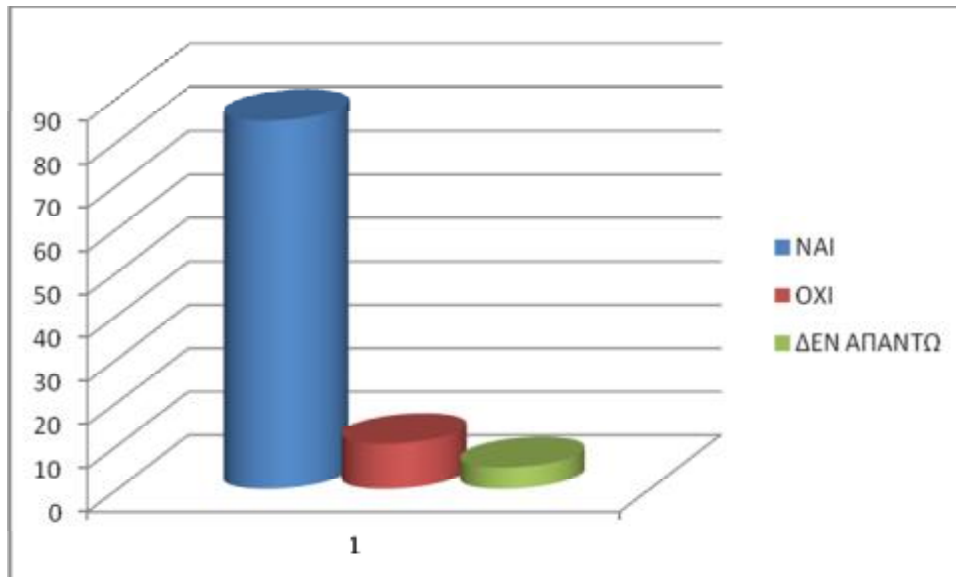
Ερώτηση 9: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά υπήρχε ησυχία την νύχτα γύρω από το δωμάτιο σας;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**68,8%**) παρουσιάζεται ικανοποιημένο με την ησυχία που υπήρχε κατά την διάρκεια της νύχτας γύρω από το δωμάτιο του.

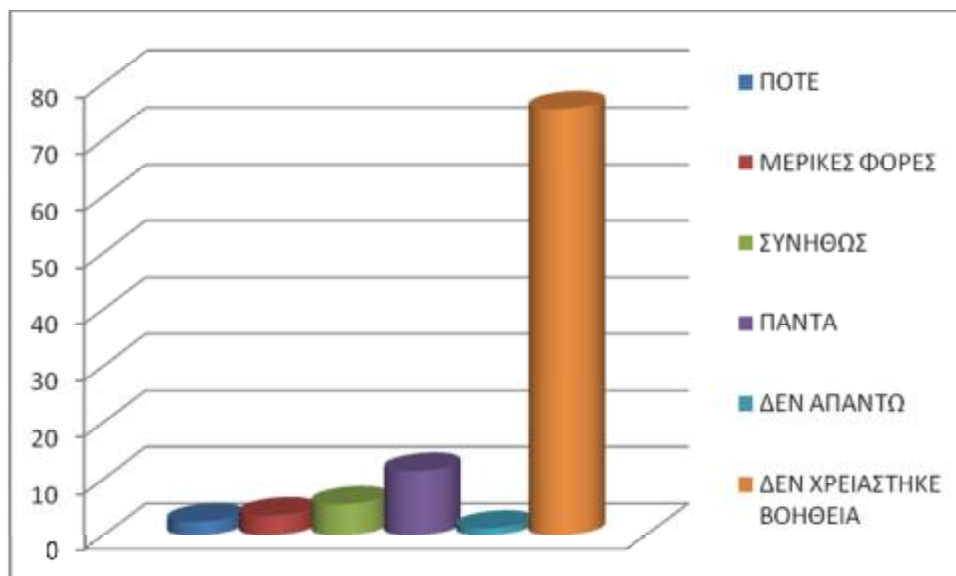
3.5 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τις εμπειρίες σας από αυτό το νοσοκομείο

Ερώτηση 10: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειασθήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;



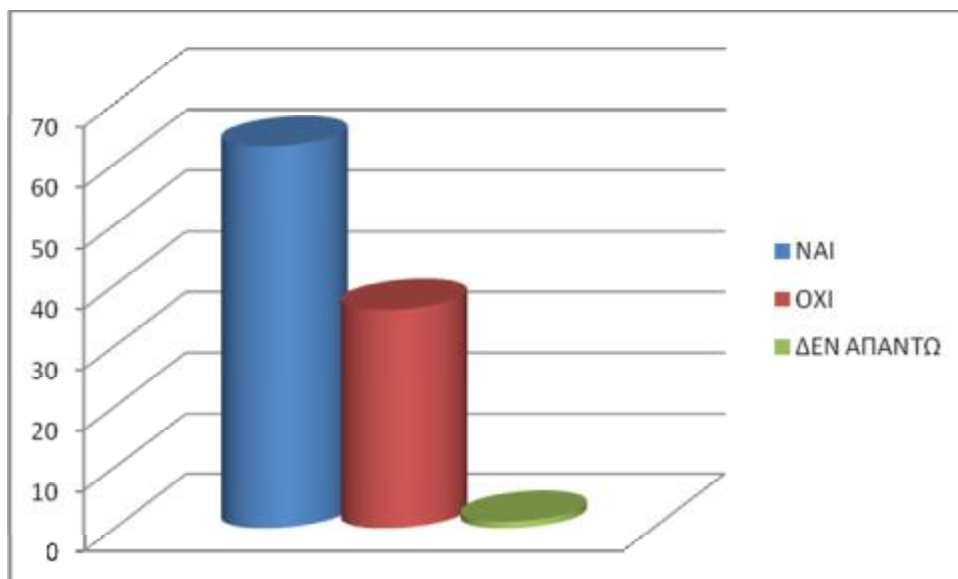
Η συντριπτική πλειοψηφία (**76,9%**) απάντησε αρνητικά ενώ το **21,8%** απάντησε θετικά.

Ερώτηση 11: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά σας βοήθησαν οι νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;



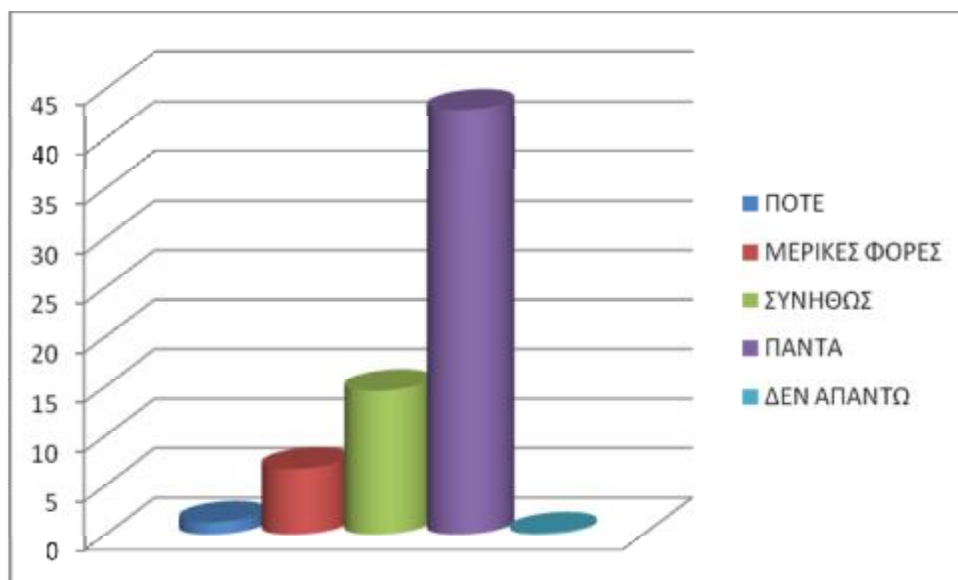
Η πλειοψηφία (**75,5%**) δεν χρειάστηκε βοήθεια για να πάει στο λουτρό η για να χρησιμοποιήσει την πάπια.

Ερώτηση 12: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε αναλγητικό (παυσίπονο) φάρμακο;



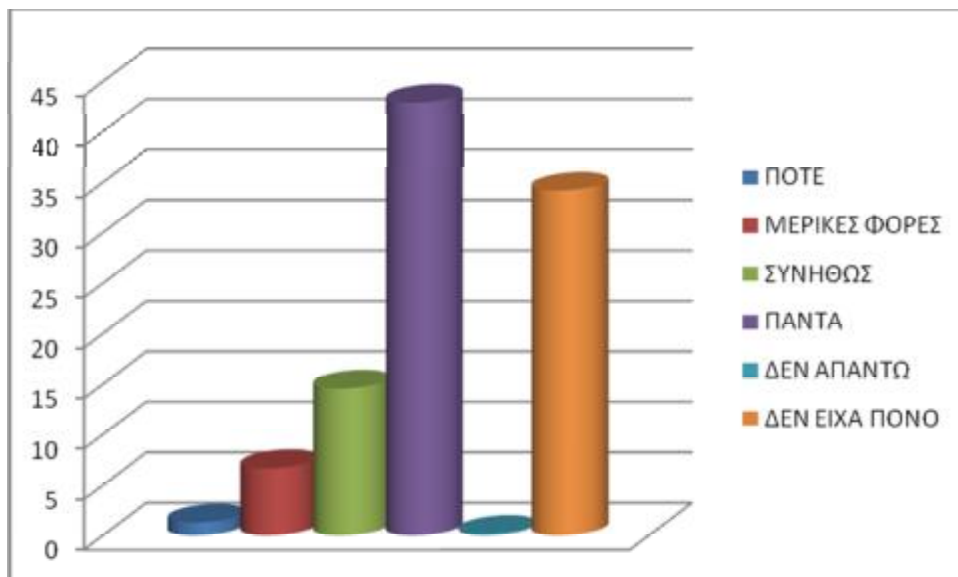
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων των ερωτηθέντων **(62,9%)** χρειάστηκε αναλγητικό (παυσίπονο) φάρμακο.

Ερώτηση 13: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος;



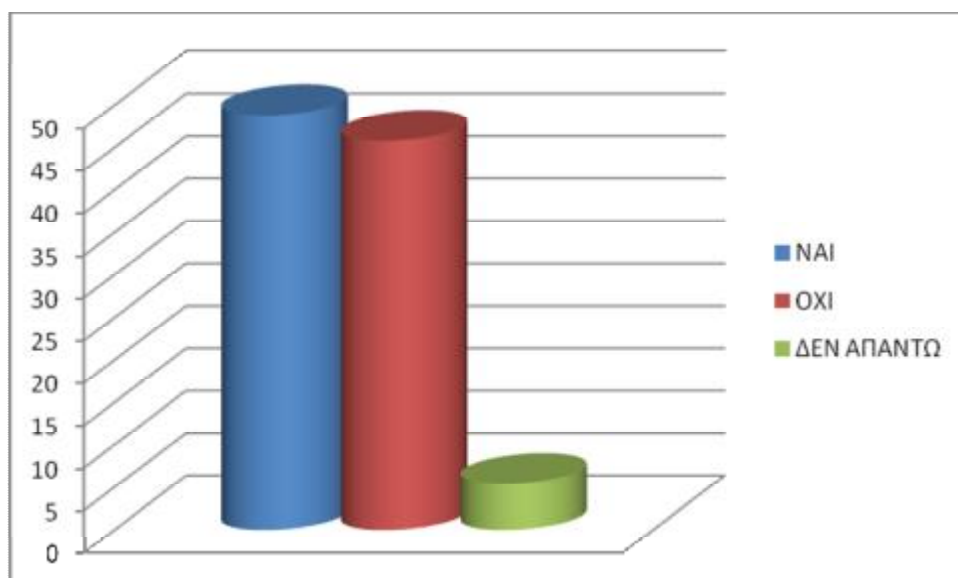
Το **(31,7%)** απαντά θετικά ενώ το **(34,4%)** αρνητικά.

Ερώτηση 14: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου έκανε ό, τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;



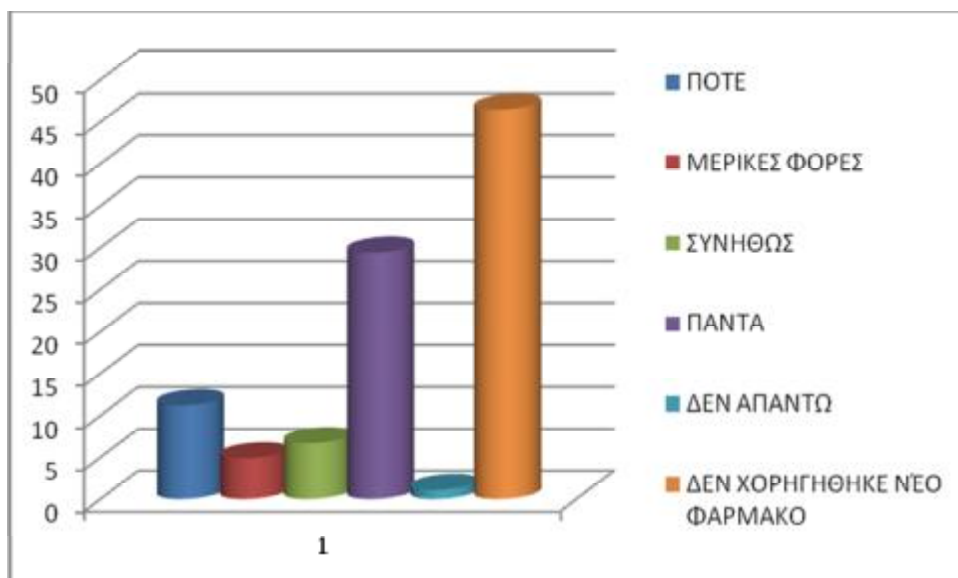
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (42,9%) θεωρεί πως το νοσηλευτικό προσωπικό έκανε ό, τι μπορούσε να αντιμετωπιστεί ο πόνος, ενώ το (34,2%) των ερωτηθέντων δεν είχε πόνο.

Ερώτηση 15: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο σας χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν;



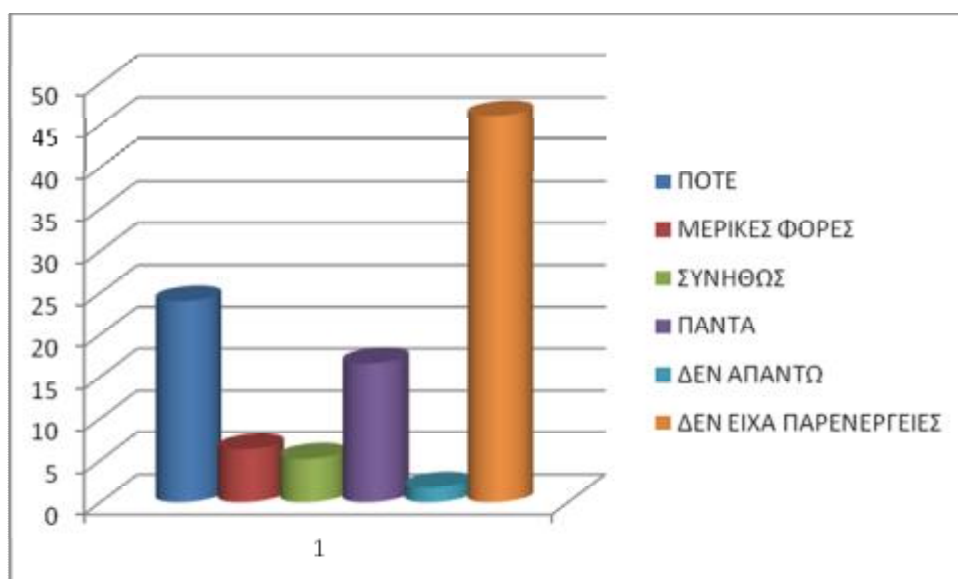
Το μεγαλύτερο ποσοστό (48,8%) απάντησε αρνητικά ενώ το (45,8%) θετικά.

Ερώτηση 16: Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σας ενημέρωσε για τον λόγο που αυτό χορηγείται;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**46,5%**) απάντησε ότι δεν έλαβε ενημέρωση για το λόγο που αυτό χορηγήθηκε ενώ το (**29,4 %**) απαντά πως έλαβε.

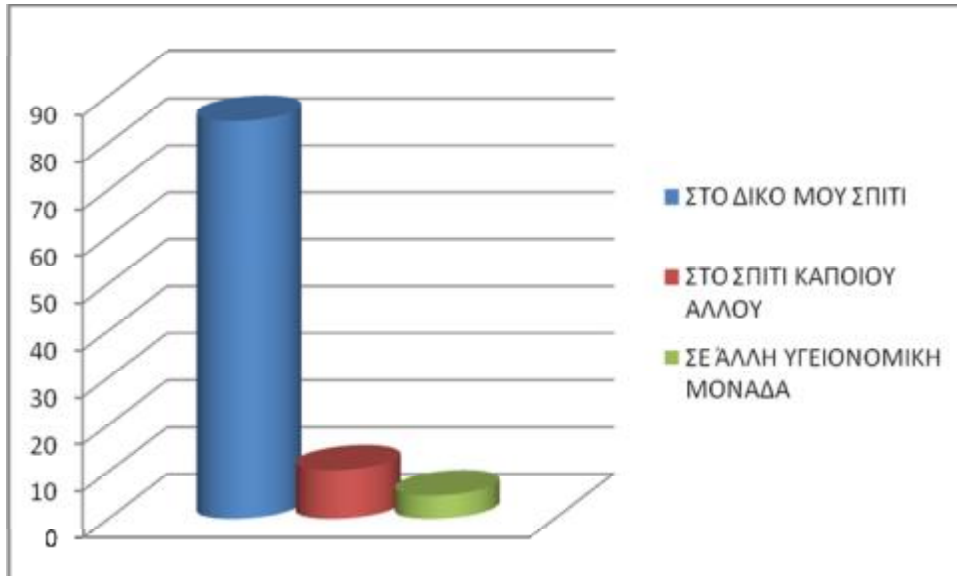
Ερώτηση 17: Πριν σας χορηγηθεί οποιαδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σας περιέγραψε τυχόν παρενέργειες που αυτό μπορούσε να έχει;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**46,1%**) απαντά πως δεν είχε παρενέργειες ενώ το (**24%**) ποτέ έλαβε ενημέρωση για τυχόν παρενέργειες .

3.6 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την έξοδο από το νοσοκομείο

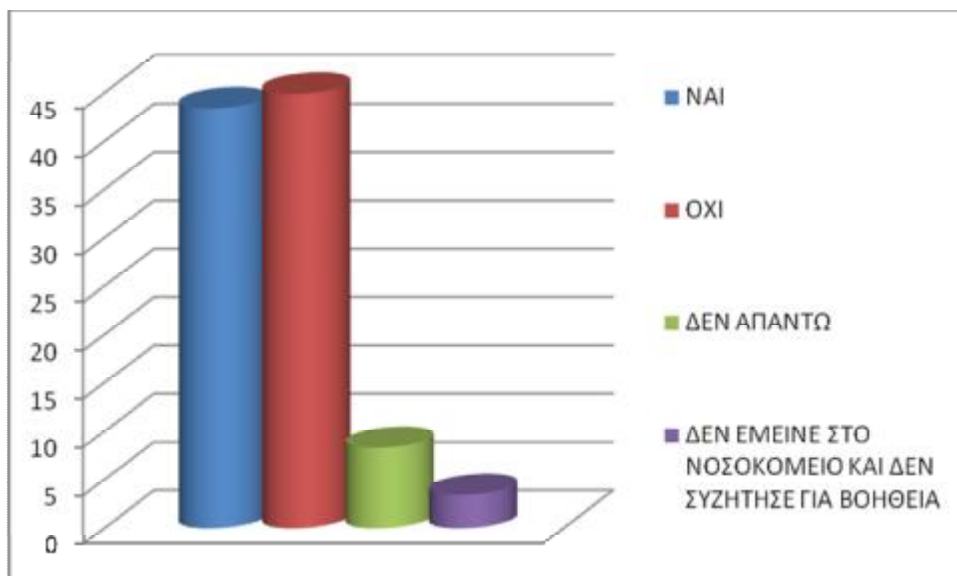
Ερώτηση 18: Όταν φύγετε από το νοσοκομείο, θα πάτε κατευθείαν σπίτι σας ή στο σπίτι κάποιου άλλου ή σε άλλη υγειονομική μονάδα;



Η συντριπτική πλειοψηφία (**84,7%**) μετά την έξοδο από το νοσοκομείο θα πάει στο δικό του σπίτι.

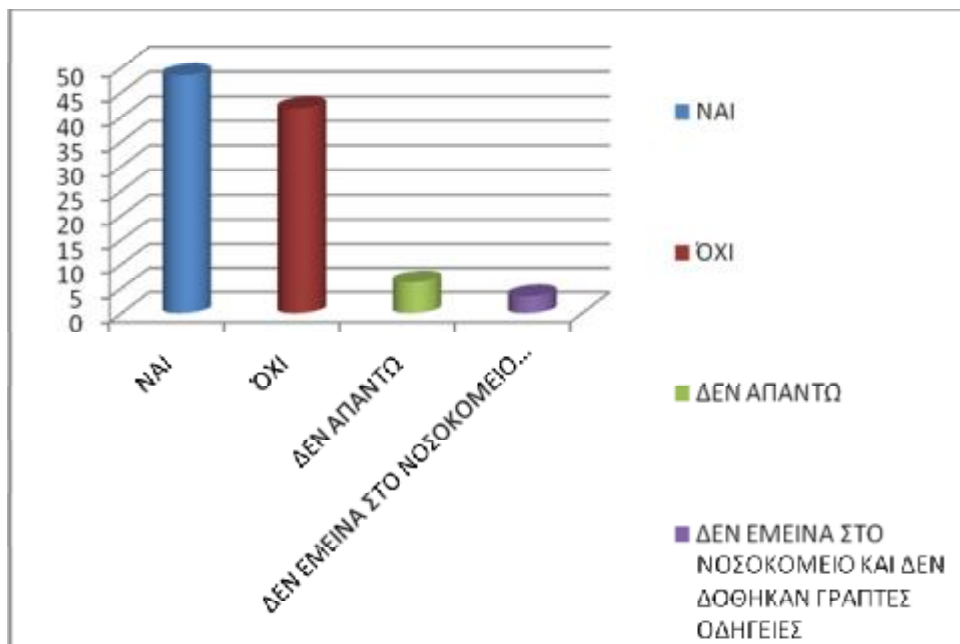
3.7 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με την συνολική κατάταξη του νοσοκομείου

Ερώτηση 19: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες/τες ή το άλλο προσωπικό συζήτησαν μαζί σας σχετικά με τυχόν βοήθεια που θα χρειαζόσασταν μετά την έξοδο σας από το νοσοκομείο;



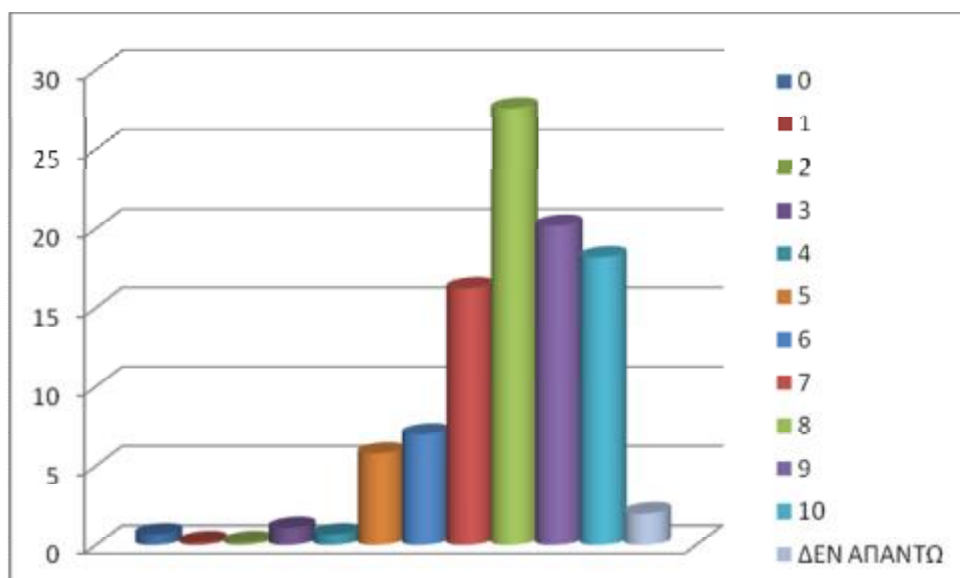
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**43,4%**) απάντησε θετικά ενώ το (**44,9%**) αρνητικά.

Ερώτηση 20: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο , σας δόθηκαν γραπτές πληροφορίες σχετικά με το ποια συμπτώματα η προβλήματα υγείας θα πρέπει να προσέξετε μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;



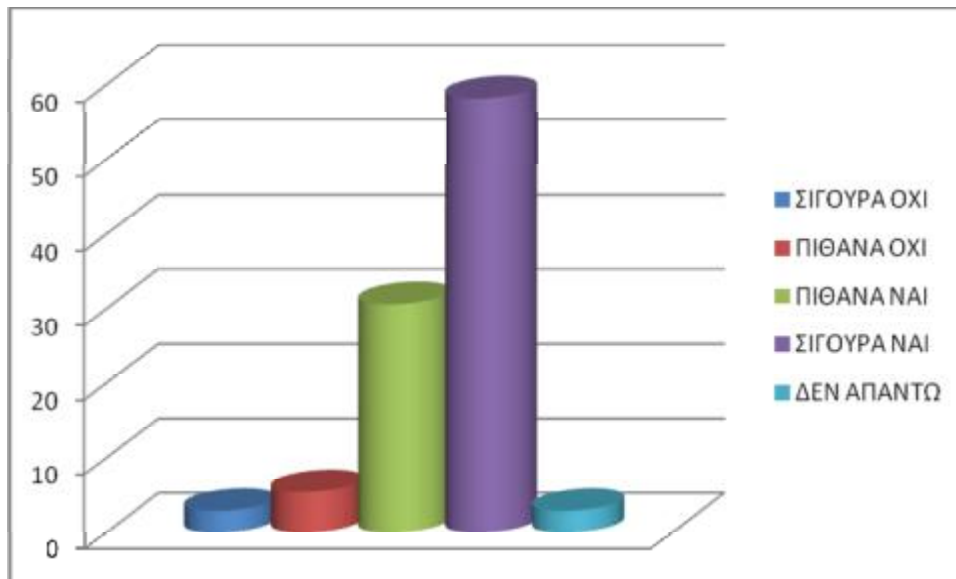
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**48,5%**) απάντησε ότι έλαβε γραπτές οδηγίες ενώ το (**41,8%**) ότι δεν έλαβε.

ΕΡΩΤΗΣΗ 21: Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο Νοσοκομείο και το 10 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε αυτό το νοσοκομείο για την παραμονή σας;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**27,6%**) αξιολόγησε τα νοσοκομεία με 8 ενώ το (**18,2 %**) αξιολόγησε τα νοσοκομεία με 10.

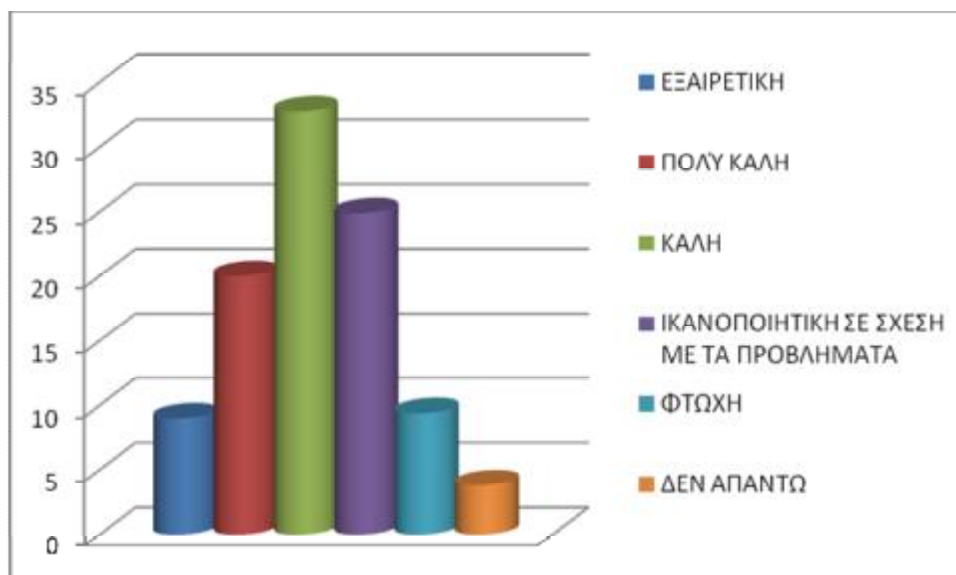
Ερώτηση 22: Θα συστήνατε αυτό το νοσοκομείο στους φίλους ή στους συγγενείς σας;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**58,2%**) θα σύστηνε σίγουρα το νοσοκομείο σε φίλους ή συγγενείς

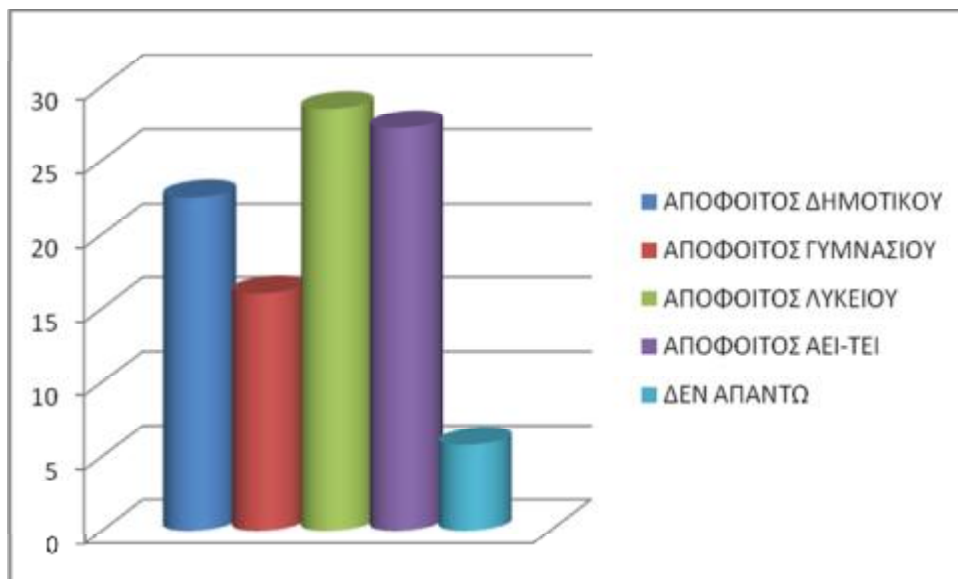
3.8 Ανάλυση των αποτελεσμάτων σχετικά με τους ασθενείς

ΕΡΩΤΗΣΗ 23: Γενικά, πώς θα αξιολογούσατε συνολικά την Υγεία σας;



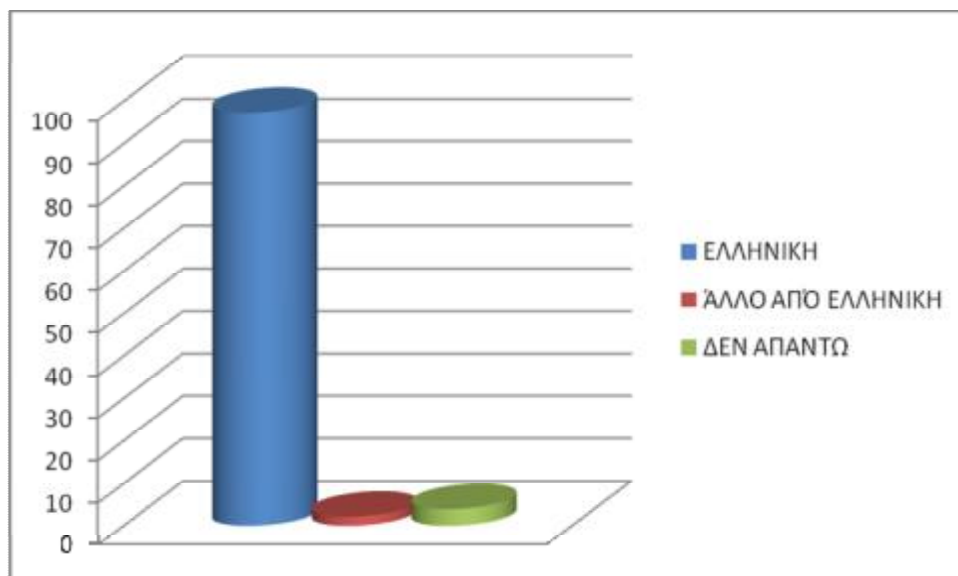
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**32,8%**) των ερωτηθέντων αξιολόγησε θετικά την υγεία του ενώ το (**24,9%**) αξιολόγησε την υγεία του ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 24: Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;



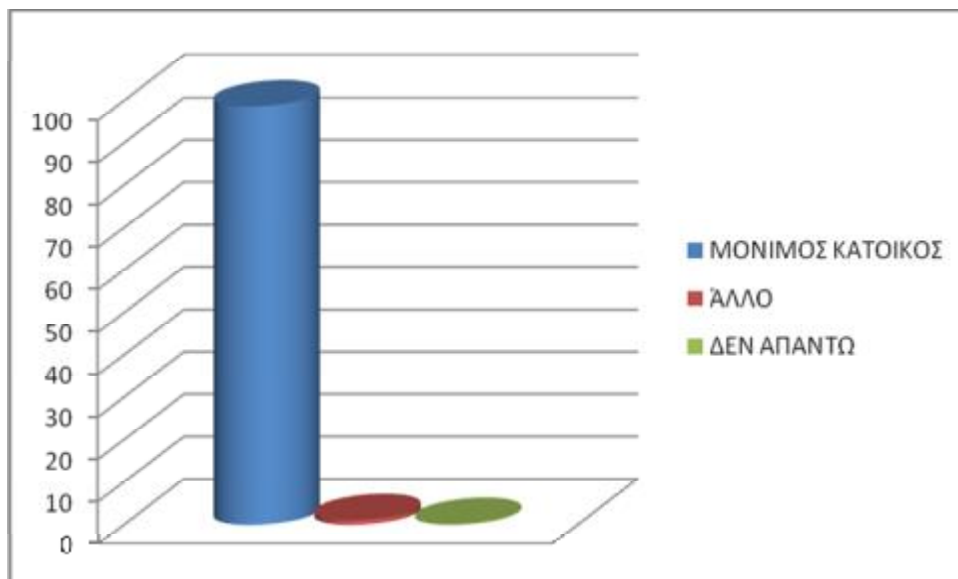
Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**28,5%**) δηλώνει Απόφοιτος Λυκείου ενώ το (**27,2%**) δηλώνει Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ

ΕΡΩΤΗΣΗ 25: Ποια είναι η ιθαγένεια/υπηκοότητα σας;(αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας)



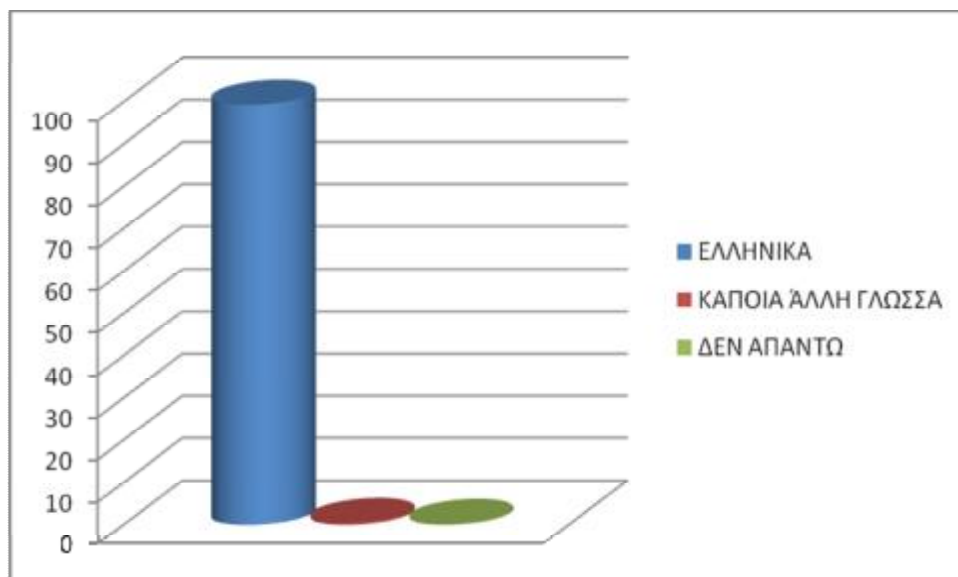
Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος (**97,3%**) είχε Ελληνική ιθαγένεια/υπηκοότητα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 26: Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;



Η πλειοψηφία των ερωτηθέντων (**98,7%**) ήταν μόνιμος κάτοικος Ελλάδας.

ΕΡΩΤΗΣΗ 27: Ποια γλώσσα μιλάτε κυρίως στο σπίτι σας;



Η συντριπτική πλειοψηφία (**99,3%**) μιλάει Ελληνικά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

4.1 Συζήτηση

Στη συγκεκριμένη έρευνα για να εξεταστεί το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στα δημόσια νοσοκομεία χρησιμοποιήθηκε το σταθμισμένο ερωτηματολόγιο, που κατασκευάστηκε το 2006 από τους οργανισμούς Agency for Healthcare Research and Quality των Ηνωμένων Πολιτειών και HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems). Η ανάδειξή του από την βιβλιογραφική ανασκόπηση ως ενός από τα πιο έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή σε συνδυασμό με το αρκετά μεγάλο μέγεθος του δείγματος (445 ασθενείς) διασφαλίζει και την αξιοπιστία της έρευνας. Παράλληλα, στο δείγμα της έρευνας υπάρχει αντιστοιχία μεταξύ ανδρών και γυναικών καθώς τα ποσοστά τους είναι παρόμοια. Ο γυναικείος πληθυσμός του δείγματος ξεπερνά για λίγο τον ανδρικό, αφού συγκεντρώνει 53,3% έναντι 46,7%. Επιπλέον, η έρευνα διεξήχθη κατά βάση σε δύο μεγάλους τομείς των νοσοκομείων, τον παθολογικό τομέα (53,7%) και τον χειρουργικό τομέα (44,9%). Ένα ακόμη δείγμα της εγκυρότητας της έρευνας είναι και το γεγονός πως το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τον ίδιο τον ασθενή σε ποσοστό 67,9%.

Το ερωτηματολόγιο εξετάζει ακόμα το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, καθώς όπως επισημαίνει η βιβλιογραφία το εκπαιδευτικό επίπεδο επηρεάζει την ικανοποίηση (Tso και Chan, 2006). Αξίζει, επίσης, να τονιστεί πως σύμφωνα με την βιβλιογραφία οι απόψεις των ασθενών με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο μπορεί να μην ανιχνεύονται με τα συμβατικά εργαλεία μέτρησης καθώς μπορεί να έχουν διαφορετικές εμπειρίες και αντιλήψεις για το σύστημα υγείας εξαιτίας του χαμηλού τους μορφωτικού επιπέδου (Weineretal, 2004). Στην παρούσα έρευνα, το ποσοστό των ατόμων με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο κυμάνθηκε σε αρκετά υψηλό επίπεδο καθώς οι απόφοιτοι δημοτικού άγγιξαν το 22,5% του δείγματος.

Επιπλέον, ένας άλλος παράγοντας που πρέπει να ληφθεί σοβαρά υπόψη στην αξιολόγηση της έρευνας είναι και ο τρόπος χορήγησης του ερωτηματολογίου. Η χορήγησή του έγινε κατά τη διάρκεια νοσηλείας των ασθενών στο νοσοκομείο και με άμεση επαφή των ερωτηθέντων με τους ερευνητές. Ο τρόπος αυτός διεξαγωγής της έρευνας ενέχει τον κίνδυνο δημιουργίας προκατάληψης (bias) λόγω της προσωπικής επαφής των δύο πλευρών (Πολύζος και συν, 2005).

Ένα ακόμη σημείο στο οποίο πρέπει να σταθούμε αναφορικά με το δείγμα της έρευνας είναι και η ιθαγένειά του, η οποία παρουσιάζει μεγάλη ομοιογένεια. Η συντριπτική πλειοψηφία του δείγματος ήταν Έλληνες 97,3%. Επιπρόσθετα, το 99,3% δήλωσε πως στο σπίτι ομιλεί την ελληνική γλώσσα και το 98,7% δήλωσε μόνιμος κάτοικος Ελλάδας. Σχετικά με την ασφάλιση του δείγματος, το 96% παρουσιάζονται ως ασφαλισμένοι.

Αρχικά, όσον αφορά την αξιολόγηση της συνολικής φροντίδας που προσφέρθηκε στους ασθενείς κατά την διάρκεια παραμονή τους στο νοσοκομείο (ερώτηση 21) το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων αξιολόγησε σε κλίμακα από το 0-10 την παραμονή του στο νοσοκομείο με 8 (27,6%). Την ίδια στιγμή, ένα ποσοστό της τάξης του 66% αξιολογεί την παραμονή του στο νοσοκομείο με βαθμό από 8 έως 10. Ως απόρροια της θετικής αξιολόγησης της παραμονής τους στο νοσοκομείο ιδιαίτερα υψηλά είναι και τα ποσοστά που συγκεντρώνονται στην ερώτηση σχετικά με το κατά πόσο θα συνιστούσαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε φίλους ή συγγενείς. Συγκεκριμένα, το 58,2% απαντά σίγουρα ναι και το 30,6% πιθανά ναι.

Αν και η γενικότερη αξιολόγηση του νοσοκομείου είναι καλή, εν τούτοις οι απαντήσεις των ασθενών σχετικά με τις πληροφορίες που δόθηκαν στους ασθενείς αναφορικά με τα συμπτώματα και τα προβλήματα υγείας που θα πρέπει να προσέξουν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο καθώς και με την βοήθεια που ίσως χρειαστούν, δεν παρουσιάζουν ιδιαίτερη διαφοροποίηση αφού είναι μοιρασμένες στα δύο. Πιο συγκεκριμένα, η πληροφόρηση σχετικά με τυχόν βοήθεια που ίσως χρειαστούν μετά την έξοδο τους δόθηκε στο 43,4% ενώ δε δόθηκε στο 44,9%. Επίσης, γραπτές πληροφορίες σχετικά με τα συμπτώματα ή τα προβλήματα υγείας που θα πρέπει να προσέξουν δόθηκαν στο 48,5% των ασθενών, ενώ δε δόθηκαν στο 41,8%.

Αναφορικά με την αξιολόγηση των δύο ομάδων ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού που συμμετείχαν στην περιθαλψη των ασθενών, τα ποσοστά της ικανοποίησης των ασθενών κυμάνθηκαν σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα. Χαρακτηριστικά, το 78% των ασθενών απάντησε πως το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του φέρθηκε πάντα με ευγένεια και σεβασμό, ενώ ένα 74,6% του δείγματος αξιολόγησε πως το νοσηλευτικό προσωπικό τον άκουγε πάντοτε με προσοχή ενώ για το ιατρικό προσωπικό το ποσοστό αυτό κυμάνθηκε στο 71,9%. Ιδιαίτερα υψηλή είναι και η αξιολόγηση της επεξήγησης των πραγμάτων με κατανοητό τρόπο, αφού τόσο το νοσηλευτικό όσο και το ιατρικό προσωπικό συγκεντρώνουν 68,1% και 67,2% αντίστοιχα. Θετική είναι ακόμη η εικόνα των ασθενών σχετικά με την άμεση απόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού έπειτα από την κλήση τους μέσω του κουμπιού βοήθειας, αφού το 38,5% απάντησε πάντα και το 11,2% συνήθως.

Εν συνεχεία, στην προσπάθεια αξιολόγησης του περιβάλλοντος του νοσοκομείου η εικόνα που παρουσιάζει φαίνεται αρκετά καλή. Η αξιολόγηση της καθαριότητας του λουτρού είναι απόλυτα θετική σε ένα ποσοστό 78%, ενώ το ίδιο θετική είναι και η εικόνα σχετικά με την ησυχία κατά τη διάρκεια της νύχτας με ένα ποσοστό 68,8% να απαντά πως πάντα υπήρχε ησυχία.

Σχετικά με τις ερωτήσεις που αφορούν τις εμπειρίες των ασθενών σε αυτά τα νοσοκομεία (ερωτήσεις 10 έως 17) μπορούν να ταξινομηθούν σε δύο ευρύτερες κατηγορίες: α) σχετικά με τη βοήθεια που τους παρασχέθηκε από το νοσηλευτικό προσωπικό και β) σχετικά με τη ρύθμιση του πόνου και τη χορήγηση φαρμάκων. Όσον αφορά την πρώτη κατηγορία (ερωτήσεις 10-11) οι απόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού κρίνεται ικανοποιητική παρά το μικρό ποσοστό της (11,5% απάντησε πως πάντα βοηθήθηκε), αφού η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών (75,5%) απάντησε πως δεν χρειάστηκε ποτέ την βοήθειά τους.

Σχετικά με την ρύθμιση του πόνου και τη χορήγηση φαρμάκου (ερωτήσεις 12-17) ένα αρκετά μεγάλο ποσοστό της τάξης του 42,9% έμεινε αρκετά ικανοποιημένο, αφού πιστεύει πως το προσωπικό έκανε τα πάντα για να τον βοηθήσει να αντιμετωπίσει τον πόνο. Επιπλέον, το 31,7% των ασθενών εκτίμησε πως πάντα ο πόνος ελεγχόταν με τον καλύτερο δυνατό τρόπο. Σημαντικός είναι ακόμη και ο ρόλος των φαρμάκων κατά την διάρκεια της παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο. Το 62,9% των ασθενών δήλωσε πως χρειάστηκε να του χορηγηθεί αναλγητικό φάρμακο κατά την διάρκεια της παραμονής του στο νοσοκομείο, ενώ ένα αρκετά υψηλό ποσοστό (48,85%) έλαβε φάρμακα τα οποία δεν του είχαν χορηγηθεί στο παρελθόν. Στη δεύτερη περίπτωση τόσο η ενημέρωση για τους λόγους χορήγησης του φαρμάκου όσο και για τις παρενέργειές τους δεν κρίνεται ιδιαίτερα υψηλή. Όσον αφορά την ενημέρωση μόνο το 29,4% των ασθενών δήλωσε πως είχε ενημερωθεί για τους λόγους που του είχε χορηγηθεί το φάρμακο, ενώ το 11,2% δήλωσε πως δεν έλαβε ποτέ ενημέρωση. Αναφορικά με την ενημέρωση σχετικά με τις παρενέργειες των νέων φαρμάκων, το 24% των ασθενών δήλωσε πως δεν ενημερώθηκε ποτέ εν αντιθέσει με το 16,6% που λάμβανε πάντα ενημέρωση σχετικά με τις παρενέργειες.

Τέλος, ένα μικρό μόνο ποσοστό (4,9%) θα συνέχιζε τη νοσηλεία του σε άλλη υγειονομική μονάδα ενώ οι περισσότεροι ασθενείς (84,7%) θα πήγαιναν σπίτι τους. Πολύ καλή εμφανίζεται ακόμη η εικόνα που έχει το δείγμα σχετικά με την υγεία του, αφού το 32,8% την εκτιμά ως καλή και το 24,9% ως ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα.

4.2 Συμπεράσματα- Προτάσεις

Ένας από τους βασικότερους τρόπους για να οικοδομηθεί μια σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας είναι αναμφισβήτητη η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Την ίδια στιγμή με τον τρόπο αυτό αυξάνεται το κύρος και η αξιοπιστία της υπηρεσίας, ενώ παράλληλα υποβοηθάται ο εντοπισμός των προβλημάτων, η τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης (Λαζάρου 2001).

Στον αντίποδα, η χρησιμότητα των μετρήσεων αυτού του είδους δέχεται έντονα κριτική καθώς προτάσσονται τα επιχειρήματα πως οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να κρίνουν, αυτό που επιθυμούν δεν είναι πάντα και αυτό που έχουν ανάγκη, ενώ άλλες φορές, δεν είναι

ειλικρινείς, είτε γιατί βρίσκονται εξαρτημένοι από τους ιατρούς και το νοσοκομείο, είτε γιατί η ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση επηρεάζει την κρίση τους (Τούντας, 2008).

Στην προσπάθεια να λυθούν οι αρνητικές πτυχές των μετρήσεων της ικανοποίησης έχει προταθεί η εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, η οποία θα δώσει την δυνατότητα να βελτιωθεί τόσο η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας από τα συστήματα υγείας όσο και η ικανοποίηση των ασθενών (Πολύζος και συν, 2005).

Στο πλαίσιο αυτό, κρίνεται επιβεβλημένη η καθιέρωση της λειτουργίας «Γραφείου Ποιότητας» σε όλα τα ελληνικά νοσοκομεία. Η Ποιότητα είναι ζήτημα κουλτούρας και όχι απλή εφαρμογή δεικτών και διαδικασιών. Πρόκειται δε, για μια διαρκή, συστηματική και συγκροτημένη προσπάθεια, τόσο συλλογική όσο και ατομική. Στόχος είναι τόσο η διαρκής βελτίωση των επαγγελματιών υγείας όσο και των υπηρεσιών και παράλληλα η ανάδειξη των πρωτοπόρων και των ικανών, αλλά κυρίως η υποστήριξη όσων χρειάζεται να βελτιωθούν το ταχύτερο δυνατόν. Η λειτουργία τέτοιου είδους συστημάτων αξιολόγησης της υγείας θα συμβάλλει στη διπλή ενεργοποίηση όλου του οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά και των ασθενών.

Οι οργανωτικές δομές που συνιστώνται για ένα αποτελεσματικό Γραφείο Διαχείρισης Ποιότητας είναι οι ακόλουθες:

- Επιτροπή διαχείρισης ποιότητας
- Τμήμα ποιότητας
- Υπεύθυνος ποιότητας
- Οργανωμένο πληροφοριακό σύστημα
- Σύνδεση με το ευρύτερο πλαίσιο του οργανισμού (Τούντας, 2007).

Το Γραφείο Ποιότητας είναι αυτοτελές και φέρει την ευθύνη της διαχείρισης της ποιότητας στο οργανισμό. Συνήθως ο προϊστάμενος του Γραφείου Ποιότητας είναι ο διοικητής του νοσοκομείου. Ο προϊστάμενος του Γραφείου Ποιότητας έχει τον τίτλο «Υπεύθυνος Ποιότητας» και το γραφείο στελεχώνεται από τον Συντονιστή Διασφάλισης Ποιότητας και τη Γραμματειακή Υποστήριξη.

Το Γραφείο Ποιότητας είναι επιφορτισμένο με τη συλλογή και την ανάλυση των ενδεδειγμένων στοιχείων για τον προσδιορισμό της καταλληλότητας και αποτελεσματικότητας του συστήματος ποιότητας του νοσοκομείου καθώς επίσης και την αναγνώριση των δυνατοτήτων για την βελτίωσή του. Τα δεδομένα αναλύονται με βάση το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, τη συμμόρφωση των αναγκών και προσδοκιών των ασθενών, τα χαρακτηριστικά και τις τάσεις σχετικά με τις υπηρεσίες φροντίδας ασθενών και τις διαδικασίες. Αρμοδιότητές του είναι ακόμη η εφαρμογή κατάλληλων μεθόδων μέτρησης και παρακολούθησης των διαδικασιών, ο προγραμματισμός και ο έλεγχος των διαδικασιών που χρειάζονται για την επίτευξη βελτιώσεων του συστήματος ποιότητας.

Όσον αφορά τα άτομα που απαρτίζουν το Γραφείο Ποιότητας ο Υπεύθυνος Ποιότητας είναι αρμόδιος για την εγκατάσταση του συστήματος διαχείρισης ποιότητας στην νοσοκομειακή μονάδα, την συνεχή παρακολούθηση της εφαρμογής του μέσω των πληροφοριών από τα μεγέθη των δεικτών ποιότητας και την ανάληψη πιθανών διορθωτικών δράσεων. Ο Συντονιστής είναι ένα πρόσωπο άμεσα υπεύθυνο για να καθοδηγεί και να συντονίζει τις δραστηριότητες των προγραμμάτων ποιότητας σε όλο τον οργανισμό. Ο Συντονιστής έχει τουλάχιστον δύο καθήκοντα: του εκπαιδευτή των εργαζομένων του νοσοκομείου και του παρατηρητή της εξέλιξης του συστήματος ποιότητας. Οι Σύνδεσμοι Ποιότητας αποτελούν τις απολήξεις του δικτύου με αποστολή την παρακολούθηση της εφαρμογής των διαδικασιών, τον εντοπισμό προβλημάτων ποιότητας, την διαρκή ευαισθητοποίηση των εργαζομένων σε θέματα διασφάλισης ποιότητας και την συμμετοχή τους στις εσωτερικές επιθεωρήσεις του συστήματος ποιότητας.

Σημαντικές αλλαγές πρέπει να γίνουν ακόμα στη διάρθρωση των νοσοκομείων. Το κυκλικό ωράριο εργασίας των παρόχων υγείας θα ήταν ωφέλιμο να καταργηθεί, αφού εξουθενώνει το προσωπικό και το παρεμποδίζει να αφοσιωθεί στην ορθή διεξαγωγή του επαγγέλματός του.

Επιπλέον είναι απόλυτα αναγκαία η στελέχωση των νοσοκομείων με τον απαιτούμενο αριθμό νοσηλευτών και ιατρών, γιατί χωρίς το έμπυχο δυναμικό είναι αδύνατη η εύρυθμη λειτουργία των νοσοκομείων. Παράλληλα και το ίδιο το νοσηλευτικό προσωπικό δε θα πρέπει να επαναπαύεται αλλά να μεριμνά για τη διαρκή επιμόρφωσή του, μέσα από σεμινάρια και μεταπτυχιακές σπουδές. Το νοσηλευτικό προσωπικό δε θα πρέπει να λησμονά αφενός πως η ενασχόληση με τη φροντίδα του ανθρώπου είναι ένα δύσκολο και απαιτητικό ζήτημα και αφετέρου πως η επιστήμη συνεχώς εξελίσσεται, γι αυτό το λόγο οι σπουδές του πάνω στο αντικείμενο της εργασίας του θα πρέπει να συνεχίζονται εις το διηνεκές.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- Abramowitz S, Cote A και Berry E (1987) Analyzing patient satisfaction: A multi-analytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13 (4) : 122-130.
- Adbellah G και Levine E (1957) Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 5(3): 100-108.
- Αδαμαντίδου Τ (2004) Παράγοντες που προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 8 (1): 29-31.
- Aliaga M και Gunderson B (2002) *Interactive statistics*. Prentice Hall Publication, New York
- Αντεριώτη Π και Αντωνίου Γ (2014) Ικανοποίηση ασθενών από την φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρική Νοσηλευτική*, 1(1):62-67.
- Αντωνοπούλου Λ,Καραμητοπούλου Δ και Σοφιανός Ε(1991) Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας*, 50: 370-374.
- Bell J. (2001) *Μεθοδολογικός Σχεδιασμός Παιδαγωγικής και Κοινωνικής Έρευνας*. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα
- Benjamins M (2006) Does Religion Influence Patient Satisfaction. *Am I Health Behavior*, 30 (1) : 85 - 91.
- Bleich N, Ozaltin E και Murray C (2009) How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience, 87:271-278.
- Bowers R, Swan J, Koehler και William F(1994)What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery 9(4):49-55.
- Bowling A (2002) *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*. Open University Press
- Bond S και Thomas L (1992) Measuring patient's satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17 :52-56.
- Bond S και Thomas L (1991) Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of advanced Nursing*, 16:1492-1502
- Bond S, Fall M, Thomas L, Fowler P και Bond J(1990). *Primary Nursing and Primary Medical Care : a comparative study in community hospitals*. Health care Research Unit Report No.39.University of New Castle up on Tyne.
- Bryman A (2004) *Social research Methods* Oxford University Press
- Camacho F (2006) The Relationship between Patients Perceived Waiting Time and Office-Based Practice Satisfaction, 67: 409-413.

- Carey G και Posavac E(1981) Using patient satisfaction to identify areas for service improvements. *Health Care Management Review*,7(2) :43-48.
- Carey G και Seibert J (1993) A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*,3(9) :834-845.
- Γιαννακοπούλου Γ και Ζυγά Σ (2014) Περιεγχειρητική Νοσηλευτική : 2241-3634 , Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας ασθενών
- Cleary D και McNeil B (1988) Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry* 25: 25-36.
- Creswell JW (2002) *Research Design: Qualitative, Quantitative, and Mixed Methods Approaches*. SAGE Publications, Boston
- Crow R, Gage H, Hampson S και Hart J (2002) The measurement of satisfaction with healthcare : implications for patient from a systematic review of the literature. *Health Technological Assessment*, 6(32):1-244.
- Δαρβίρη Χ (2009) *Μεθοδολογία Έρευνας στο Χώρο της Υγείας*. Εκδόσεις Πασχαλίδης, Αθήνα
- Δημητρόπουλος Γ Ε (2001) Εισαγωγή στη μεθοδολογία της επιστημονικής έρευνας. Ένα Συστημικό Δυναμικό Μοντέλο. Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα
- Doering R(1983) Factors influencing inpatient satisfaction with care. *Quality Review Bulletin*,9(10):291-299.
- Donabedian K (1966) Evaluating the quality of medical care. *Health and Society* 44,166-206.
- Dyson J (1996) Nurse's conceptions of caring attitudes and behaviours. *Journal of Advanced Nursing*, 23: 1263-1269
- Ζαφειρόπουλος Κ (2005) Πως γίνεται μια επιστημονική εργασία. Επιστημονική έρευνα και συγγραφή εργασιών. Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα
- Ferguson G και Ferguson W (1983) As patients see us *Nursing Management*,14(8): 20-21.
- Φιλιάς Β (2001) Εισαγωγή στην Μεθοδολογία και τις Τεχνικές των Κοινωνικών Ερευνών. Εκδόσεις Gutenberg, Αθήνα.
- Fletcher J (1997) Do nurses really care. Some unwelcome findings from recent research and inquiry *Journal of Nursing Management*, 5: 43-50
- Fleming G (1979) Using consumer evaluations of health care. *Hospital Progress*, 60 : 60-68.
- Fitzpatrick R (1991) Surveys on patient satisfaction – Important general considerations *British Medical Journal*, 302: 887-889.
- Grondahl V (2012) Patients perceptions of actual care conditions and patient satisfaction with care quality in hospital, 7-77.

Grondahl V , Wilde-Larsson B, Hall-Lord M.L και Karlsson I(2011) A pattern approach to analyzing patients satisfactions and quality of care perceptions in hospital. International Journal of Person Centered Medicine 1,766-775.

Gilligan C (1982) In a different voice Harvard University Press, Cambridge.

Guzman P , Sliepcevich E, Lacey E , Vitello M , Matten R, Noehlke P και Wright W (1988) Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. Patient Education and Counseling, 12: 225-233.

Gwozdz W και Poza A (2009) Ageing, Health and Life Satisfaction of the Oldest Old: An Analysis for Germany 10(3): 3-37.

Hall J A και Dornan C (1988) What the patients like about their care and how after they are asked : A meta-analysis of the satisfaction literature Social Science Medical 27, 935-939.

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

Houston C και Pasanen W (1972) Patient satisfaction of hospital care. Hospitals, 46(16): 70-74.

Irish Society for Quality και Safety in Healthcare (2003) Measurement of patient satisfaction Guidelines. Health Strategy Implementation project Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.

Jenkinson C, Coulter A και Brusters (2002) Patient experiences and satisfaction with health care : Results of a questionnaire study of specific aspects of care Quality και Safety in Health care , 11 (4) : 335 – 339.

John O (2004) Fortnulating a Health quality improvement strategy for a developing country – International Journal of Health Care Quality Assurance .

Joint Commision on Accreditation of Health care Organizations (1995) Accreditation Manual for Hospitals Volume 1, Standards

Θεοδοσοπούλου E και Ραφτόπουλος B (2004)Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Νοσηλευτική 41(1)

Καλογεροπούλου M (2011) Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 28(5):667-673.

Κέπεντζης Σ , Γκογκόσης Κ και 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 5^{ου} Πανελληνίου Επιστημονικού Συνεδρίου Μάνατζμεντ Υπηρεσιών Υγείας.

Κοτσαγιώργη I και Γκέγκα Κ (2010) Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού, 9(4): 398-408.

Κυριαζή Ν (2002) Η κοινωνιολογική έρευνα. Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα

Κυριόπουλος Ι και Δροίκου Ι και Κτενάς Ε και Γεωργούση Ε(1993) Στάσεις χρηστών Υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα .Επιθεώρηση Υγείας 44: 300-320.

Κυριόπουλος Γ ,Οικονόμου Χ και Σουλιώτης Κ(2003). Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στα Βαλκάνια.

Koehn D, Rathin King Feminist Ethics(1998) : Care, Trust and Empathy. Routledge ,London 15: 741-749

Khayat Κ και Salter (1994):Patient satisfaction Surveys as a Market Research tool for General Practices, British Journal of General Practice, 215-19.

Λαζάρου Π (2001) Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Επιθεώρηση Υγείας, 12(68): 23-24.

La Monica E , Oberest M , Madea A και Wolf M (1986)Development of a patient satisfaction scale .Reseach in Nursing και Health, (9) :43-50.

Leino-Kelpi H και Vuorenheimo J(1992)Patient satisfaction as an indicator of nursing care. Vardl Norden.12(3): 22-28.

Λιαργκόβας Π (2004) Σύγχρονες προκλήσεις στην Οικονομική Διαχείριση των Δημόσιων Νοσοκομείων. Εκδόσεις Διόνικος, Αθήνα.

Liberati A και Douglas G.(2009)The prisma Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health Care Interventions: Explanation and Elaboration

Louis F και Melvin F (2015)Managed Health Care Organizations, 19-94

Maggs C (1996) A history of nursing of caring. Journal of Advanced Nursing 26: 630-635

Μερκούρης Α (1996)Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας , Τμήμα Νοσηλευτικής , Αθήνα.

Μπακάλης Ν (2007) Ικανοποίηση Ασθενών με την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα Αχαϊκή Ιατρική 26(1): 68-71.

Μπακάλης Ν και Θεοδωρακοπούλου Γ(2006) Ποιότητα Σημαντικός Παράγοντας για τη Νοσηλευτική,45(3):352-358

Μπουρσανίδης Χ (1993), Ανάλυση Συστημάτων Υγείας και Πολιτική Υγείας. Διδακτικές σημειώσεις, Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας Αθήνα.

Mc Donnel C και Nash J(1990) Compendium of istruments measuring patient satisfaction with nursing care. Quality Review Bulletin: 182-188.

- Mekouris A, Ifantopoulos J, Lanara V και Lemonidou C(1996).Patient satisfaction developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Journal of Nursing Management* (7):91-100.
- Megiven K και Jones G (1992) Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4): 9-24.
- Meterko M , Nelson E και Rubin R(1990) Patients judgments of hospital quality. *Medical Care* ,28(9):1-56.
- Millard L (1995) Contextualizing social identity in considerations of what it means to be a nurse . *European Journal of Social Psychology* (25): 303- 324
- Miller-Bader (1998) Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance* (3) :11-17.
- NiakasD, Gnardellis C και Theodorou M (2004) Is there a problem with quality in the Greek hospital sector Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*,17(1): 62 – 69.
- Nodding N (1984) *Caring : a famineue approach to ethics and moral education*. University of California Press, Berkeley.
- Office of Technology Assesment, OTA(1988). Patients assesmentof their care. The quality of medical care: Information for consumers. (OTA Publication No. OTA-H386). Nashington , DC:U.S Government Priting Office.
- Oberest M(1984) Patient’s perceptions of care :Measurement of quality and satisfaction (53) :2366-2373.
- Olson L (2009) A costeffectiveness study of patient- centered intered integrated care pant way , *Journal of Advanced Nursing* 68(8) :1626- 1635
- Παπανικολάου Β(1996). Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.
- Πολυκανδριώτη Μ και Κουτελέκος Ι (2013). Ανάγκες ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 2(2) : 73-83.
- Πολύζος Ν, Μπαρτζώκας Δ, Πιερράκος Γ, Ασημακοπούλου Ι και Υφαντόπουλος Ι (2005).Συγκριτική Ανάλυση Μελετών Ικανοποίησης Ασθενών σε Νοσοκομεία στην Αττική, *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 22(3):284-295.
- Παναγιωτάκος ΒΔ (2011) *Μεθοδολογία της Έρευνας και της Ανάλυσης Δεδομένων για τις Επιστήμες Υγείας*. Έκδοση 2^η, Διονίκος, Αθήνα
- Παπανικολάου Β και Σιγάλας Ι (1995)Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας* (56):248-256.

Παπανικολάου Β, και Σιγάλας Ι (1994). Η ικανοποίηση των ασθενών ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας Πρακτικά Συνεδρίου: Εφαρμογή του Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας .

Παπανικολάου Β(2006). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Χρηστών ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Paley J (2002) Caring as a slave morality: Nietzschean themes in nursing ethics. *Journal of Advanced Nursing* 40(1): 25- 35

Papanikolaou V και Ntani S (2008) Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*,21 (6) : 548 – 561.

Pappa E και 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.

Pascoe G (1983) Patient satisfaction in primary of medical care. *Health and society*, (44):166.

Petersen M (1988) Measuring patient satisfaction. Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2 (3): 25-35.

Philip J (2000) Is the complexity of care a padox *Journal of Advanced Nursing* 31 (5):1258-1264.

Risser N (1975) Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care setting. *Nursing Research*, 24(1): 45-52

Rubin H (1990) Can patients evaluate the quality on hospital care? *Medical Care Review*, 47(3):267-326.

Quintana M, Gonzalez N και Bilbao A (2006) Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Services Research* ,(6) :102-111.

Ραφτόπουλος Β(2002)Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής.

Rafii F, Esmail M και Haghani H (2008). Nurse caring in Iran and it's relationship with patient satisfaction .*Australian Journal of Advanced Nursing*, 26 (2):75-84.

Roberts J και Tugwell P (1987) Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. *Health Services Research*, 22 (5): 637-654.

Σαπουντζή - Κρέπια Δ (2005) Η φιλοσοφική διάσταση της νοσηλευτικής 44 (2):178-185.

Σαχίνη – Καρδάση Α (2004) *Μεθοδολογία Έρευνας Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*. Έκδοση 3^η, ΒΗΤΑ, Αθήνα.

Σουλιώτης Κ ,και Παπανικολάου Β και Κυριόπουλος Γ,(2001).Κριτική ανασκόπηση ερευνών Ικανοποίηση Ασθενών από την Νοσοκομειακή Φροντίδα στην Ελλάδα. Θεωρητικό και Μεθοδολογικό πλαίσιο, Νοσοκομειακά Χρονικά 63 (4) :253-260.

Scardina S A (1994) A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. Journal of Nursing Quality Assurance, 8 (2) :38-46.

Scotto F De Ceglie , Guerra A , Misciagna V και Pellecchia G(2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. Clinical Governance International Journal , 114(2):86-97.

Shields P και J Morrison P και Hart D (1988)Consumer satisfaction on a psychiatric ward Journal of Advanced Nursing, 13:396-400.

Slater H(1997) What is outcomes research and what can it tell us Eval Health Prof(20): 243-264.

Steven D (1991) A patient satisfaction questionnaire as a teaching and comparative audit tool. Quality Assurance in Health Care, 3(1): 41-49.

Τούντας Γ(2008) Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας .

Τούντας Γ, Δημητρακάκη Χ, Boliars C, Vanden Broucke C, Kok H, Molleman G, «Αξιολόγηση της ποιότητας των προγραμμάτων προαγωγής υγείας. Το ευρωπαϊκό εργαλείο EQUHP» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24(1): 79-88

Τσελέπη Χ (2000) Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών Υγείας, (1): 158-164.

Tso I και Chan C (2006)The development and validation of the Concise Outpatient Department User Satisfaction Scale. International Journal for Quality in Health Care 18(4):275-280.

Van Hooft S, (1987) Caring and professional commitment. Australian Journal of Advanced Nursing (4): 29- 38

Waddington H(2000) Types of Survey questions. Στο B. Hoffman (Ed.) Encyclopedia of Educational Technology.

Watson J (1990) Caring Knowledge and informed moral passion. Advances in Nursing Science 13(1): 15-24

Weiner J, Aguirre A, Ravenell K, Kovath K, Murphy J, Asch D και Shea J (2004)Designing an illustrated patient satisfaction instrument for low-literacy populations 10(11):853-860.

Ware J, Davies A και Sewart L(1978) The measurement and the meaning of patient satisfaction. Health and Medical Care Services Review,(1):1-15.

Waltz F, Strickland L και Lenz R (1991) Measurement in nursing research (2nd ed).Philadelphia F.A Davis Company.

Warelow J, (1996) Is caring the ethical ideal . Journal of Advanced Nursing (24): 655-661

Williams B (1994).Patient satisfaction :a valid concept? SocSci Med, 38(4):509-516.

Wilson H (1989)Research in nursing(2nded).California :Addison-Wesley Publishing Company,39(3):172-175.

Wriglesworth M και Williams T (1975)The construction of an objective test to measure patient satisfaction. International Journal of Nursing Studies, (12):123-132.

Zrinyi M και Horvath T (2003). Impact of satisfaction , nurse –patient interactions and perceived benefits on health care behaviors following a cardiac event , 2 (2) :159- 166.

http://www.dypede.gr/index.asp?a_id=46 : ιστοσελίδα της 6^{ης} Δ.Υ.Π.Ε.

<http://www.cnews.ch/inner.php/health/ethniko-sustema-ugeias-sten-ellada-apo.html?print=1> : Το Εθνικό Σύστημα Υγείας στην Ελλάδα: Από την ανυπαρξία στην ίδρυση και από την ανάπτυξη στην διάλυση, άρθρο, 31-3-2015.

Κ.Υ.Α. με αρ. Α1α/8342/10.7.1998 (ΦΕΚ 711/Β'/14.7.1998).

Ν. 1397/1983 (ΦΕΚ 143/Α/7.10.1983).

Ν. 3527/2007 (ΦΕΚ 25/Α/9.2.2007).

Ν. 4238/2014 (ΦΕΚ 38/Α/17.2.2014).

Π.Δ. 357/2001 (ΦΕΚ 240/Α/17.10.2001)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

Ερευνητικό Πρωτόκολλο

Η ικανοποίηση των ασθενών με την παρεχόμενη φροντίδα σε Δημόσια Νοσοκομεία.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μία μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας υγείας και την συνεργασία μεταξύ αυτών που την παρέχουν, αποκτώντας έτσι σπουδαία σημασία στο σχεδιασμό και στην χάραξη προτεραιοτήτων.

Η χρησιμότητα τέτοιων ερευνών είναι δεδομένη, ιδιαίτερα στις μέρες μας όπου κυριαρχούν οι απόψεις που τονίζουν την αναγκαιότητα για συμμετοχή ή ακόμη και κυριαρχία του ασθενή στην διαδικασία λήψης αποφάσεων στον τομέα της υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα βασικό δείκτη της ποιοτικής αξιολόγησης του παρεχόμενου έργου της νοσηλευτικής φροντίδας. Ήδη εδώ και χρόνια η μέτρηση της αποτελεί ένα ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Είναι αναμφίβολο πως η καλύτερη αξιολόγηση του παρεχόμενου έργου μπορεί να γίνει μόνο με την άμεση βοήθεια των νοσηλευόμενων ασθενών.

ΣΚΟΠΟΣ

Να διερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παροχή ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας.

ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ

Η βιβλιογραφική ανασκόπηση ανέδειξε ότι ένα από τα κυριότερα έγκυρα και αξιόπιστα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή με δημοσιευμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά είναι το HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers and Systems) που κατασκευάστηκε το 2006, από τον οργανισμό Agency for Healthcare Research and Quality των Ηνωμένων Πολιτειών. Το παρόν ερωτηματολόγιο (επισυνάπτεται) αποτελεί μετάφραση του αγγλόφωνου πρωτότυπου, όπως μεταφράστηκε από το Υπουργείο Υγείας & Κοινωνικής Αλληλεγγύης και χρησιμοποιείται από αρκετά νοσοκομεία της χώρας μας όπως το νοσοκομείο «ΑΓΙΟΣ ΠΑΥΛΟΣ» της Θεσσαλονίκης που ανήκει στην 4^η Υγειονομική Περιφέρεια Μακεδονίας & Θράκης.

Η συνεργασία Ακαδημαϊκών ιδρυμάτων και φορέων περίθαλψης είναι καίριας σημασίας για την εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς και για την διαμόρφωση νέων πολιτικών υγείας μέσω ενός στρατηγικού σχεδιασμού. Στα πλαίσια αυτά παρακαλώ όπως εγκρίνεται στις προπτυχιακές φοιτήτριες Ντζούφρα Βασιλική, Ξενάκη Δήμητρα και Παντελή Αικατερίνη, υπό την επίβλεψη του Δρ. Νικόλαου Μπακάλη, να έχουν πρόσβαση σε ασθενείς που κάνουν χρήση των υπηρεσιών υγείας στο νοσοκομείο σας (κυρίως στο παθολογικό και χειρουργικό τομέα), προκειμένου να συλλέξουν δεδομένα μέσω ερωτηματολογίου.

Σας δίνουμε την διαβεβαίωση ότι θα διασφαλιστεί η ανωνυμία όλων των ασθενών που θα δεχθούν να συμμετάσχουν καθώς και ότι θα τηρηθούν όλοι οι κανόνες που προβλέπονται από την ερευνητική δεοντολογία. Οι ασθενείς θα ενημερώνονται πριν την συμπλήρωση για την σχετική μελέτη και το σκοπό της έρευνας. Είμαστε στην διάθεση σας για παντός είδους ενημέρωση η παροχή πληροφοριών επί της συγκεκριμένης έρευνας.

Σας ευχαριστούμε και ευελπιστούμε στην θετική σας απάντηση!

Οι φοιτητές

Ντζούφρα Βασιλική

Ξενάκη Δήμητρα

Παντελή Αικατερίνη

Ο εισηγητής καθηγητής

Δρ. Νικόλαος Μπακάλης

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙ

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ

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. Νικολάου Μπακάλη. Σκοπός της έρευνάς μας είναι να διαπιστώσουμε την ικανοποίηση των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει συνολικά 27 ερωτήσεις.

Μας ενδιαφέρουν οι απόψεις σας και οι εμπειρίες σας.

Δεν υπάρχουν ορθές ή λανθασμένες απαντήσεις.

Παρακαλούμε **απαντήστε σε όλα τα ερωτήματα**, χωρίς να παραλείπετε κανένα.

Σε κάθε ερώτημα είναι δυνατή μόνον μία απάντηση, εκτός και αν δηλώνεται διαφορετικά.

Μερικές φορές θα σας ζητηθεί να προσπεράσετε ορισμένες ερωτήσεις σε αυτό το ερωτηματολόγιο. Όταν αυτό συμβαίνει, θα δείτε ένα βέλος με μία σημείωση, που σας λέει ποια είναι η επόμενη προς απάντηση ερώτηση, όπως σημειώνεται παρακάτω:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ, εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 1.

ΟΙ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ ΣΑΣ ΘΑ ΚΡΑΤΗΘΟΥΝ ΑΥΣΤΗΡΩΣ ΑΠΟΡΡΗΤΕΣ.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική και σε οποιαδήποτε χρονική στιγμή της έρευνας θα μπορείτε να αποσύρετε την συμμετοχή σας.

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

Εάν συμφωνείτε να συμμετάσχετε στην έρευνα παρακαλώ σημειώνετε:

- ΝΑΙ
- ΟΧΙ

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μη συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας την εμπειρία σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ
ΑΠΟ ΤΙΣ/ΤΟΥΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΕΣ/ΤΕΣ**

1. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

2. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας άκουσαν με προσοχή;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

3. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες/τές σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

4. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, και αφού είχατε πατήσει το κουμπί κλήσης για βοήθεια, πόσο συχνά λάβατε την βοήθεια έγκαιρα;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν υπάρχει κουμπί βοήθειας
6 Δεν απαντώ

**ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΑΣΧΕΘΗΚΕ
ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΙΑΤΡΟΥΣ**

5. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας φέρθηκαν με ευγένεια και σεβασμό;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

6. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας άκουσαν με προσοχή;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

7. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά οι γιατροί σας εξήγησαν τα πράγματα με κατανοητό τρόπο;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

ΤΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

8. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά καθαρίζονταν το δωμάτιο και το λουτρό;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

9. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά υπήρχε ησυχία τη νύχτα γύρω από το δωμάτιό σας;

- 1 Ποτέ
2 Μερικές φορές
3 Συνήθως
4 Πάντα
5 Δεν απαντώ

**ΟΙ ΕΜΠΕΙΡΙΕΣ ΣΑΣ ΑΠΟ ΑΥΤΟ
ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

10. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειασθήκατε βοήθεια από τους νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια ;

- 1 ΝΑΙ
2 ΟΧΙ εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ
πηγαίετε στην ερώτηση Νο 12
3 Δεν απαντώ

11. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά σας βοήθησαν οι νοσηλεύτριες/τες για να πάτε στο λουτρό ή για να χρησιμοποιήσετε την πάπια;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 10
- 6 Δεν απαντώ

12. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, χρειαστήκατε αναλγητικό (πανσίπονο) φάρμακο;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 15
- 3 Δεν απαντώ

13. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά ελεγχόταν καλά ο πόνος;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

14. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου έκανε ό,τι μπορούσε προκειμένου να σας βοηθήσει στην αντιμετώπιση του πόνου;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Δεν απαντώ

15. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο σας χορηγήθηκαν φάρμακα που δεν τα είχατε πάρει στο παρελθόν;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ εάν η απάντηση είναι ΟΧΙ πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 18
- 3 Δεν απαντώ

16. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σας ενημέρωσε για τον λόγο που αυτό χορηγείται;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6 Δεν απαντώ

17. Πριν σας χορηγηθεί οποιοδήποτε νέο φάρμακο, πόσο συχνά το προσωπικό του νοσοκομείου σας περιέγραψε τυχόν παρενέργειες που αυτό μπορούσε να έχει;

- 1 Ποτέ
- 2 Μερικές φορές
- 3 Συνήθως
- 4 Πάντα
- 5 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν ΟΧΙ στην ερώτηση 15
- 6 Δεν απαντώ

ΟΤΑΝ ΦΥΓΕΤΕ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

18. Όταν φύγετε από το νοσοκομείο, θα πάτε κατευθείαν στο σπίτι σας ή στο σπίτι κάποιου άλλου ή σε άλλη υγειονομική μονάδα;

- 1 Στο δικό μου σπίτι
- 2 Στο σπίτι κάποιου άλλου
- 3 Σε άλλη υγειονομική μονάδα,
Εάν θα πάτε σε άλλη Υγειονομική Μονάδα πηγαίνετε στην ερώτηση Νο 21

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΚΑΤΑΤΑΞΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ

Παρακαλούμε απαντήστε στις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου μόνο για την νοσηλεία σας στο νοσοκομείο που αναφέρεται. Μην συμπεριλάβετε στις απαντήσεις σας εμπειρίες σας από τυχόν νοσηλεία σας σε άλλα νοσοκομεία.

19. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, οι γιατροί, οι νοσηλεύτριες/τες ή το άλλο προσωπικό συζήτησαν μαζί σας σχετικά με τυχόν βοήθεια που θα χρειαζόσασταν μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ
- 3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18
- 4 Δεν απαντώ

20. Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, σας δόθηκαν γραπτές πληροφορίες σχετικά με το ποια συμπτώματα ή προβλήματα υγείας θα πρέπει να προσέξετε μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

- 1 ΝΑΙ
- 2 ΟΧΙ
- 3 Αυτή η ερώτηση δεν αφορά όσους απάντησαν με την επιλογή 3 στην ερώτηση 18
- 4 Δεν απαντώ

21. Χρησιμοποιώντας τους αριθμούς από το 0 έως το 10, όπου το 0 είναι το χειρότερο Νοσοκομείο και το 10 το καλύτερο, με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε αυτό το νοσοκομείο για την παραμονή σας;

- 0 0 το χειρότερο νοσοκομείο
- 1 1
- 2 2
- 3 3
- 4 4
- 5 5
- 6 6
- 7 7
- 8 8
- 9 9
- 10 10 το καλύτερο νοσοκομείο
- 11 Δεν απαντώ

22. Θα συστήνατε αυτό το νοσοκομείο στους φίλους ή στους συγγενείς σας;

- 1 Σίγουρα όχι
- 2 Πιθανά όχι
- 3 Πιθανά ναι
- 4 Σίγουρα ναι
- 5 Δεν απαντώ

ΓΙΑ ΕΣΑΣ

23. Γενικά, πώς θα αξιολογούσατε συνολικά την Υγεία σας;

- 1 Εξαιρετική
- 2 Πολύ Καλή
- 3 Καλή
- 4 Ικανοποιητική σε σχέση με τα προβλήματα
- 5 Φτωχή
- 6 Δεν απαντώ

24. Ποιο είναι το επίπεδο σπουδών σας;

- 1 Απόφοιτος Δημοτικού
- 2 Απόφοιτος Γυμνασίου
- 3 Απόφοιτος Λυκείου
- 4 Απόφοιτος ΑΕΙ-ΤΕΙ
- 5 Δεν απαντώ

25. Ποια είναι η ιθαγένεια/υπηκοότητά σας; (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας)

- 1 Ελληνική
- 2 Άλλο από Ελληνική (παρακαλώ σημειώστε)
- 3 Δεν απαντώ

26. Πόσο καιρό διαμένετε στην Ελλάδα;

- 1 Μόνιμος κάτοικος
- 2 Άλλο (παρακαλώ σημειώστε το χρονικό διάστημα διαμονής)
- 3 Δεν απαντώ

27. Ποια γλώσσα μιλάτε κυρίως στο σπίτι σας;

- 1 Ελληνικά
- 2 Κάποια άλλη γλώσσα (παρακαλώ σημειώστε.....)
- 3 Δεν απαντώ

Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ηλικία:-----

Φύλο: Άρρεν Θήλυ

Κλινική στην οποία νοσηλευτήκατε: 1 _____
2 _____
3 _____

Είστε Ασφαλισμένος ;

- 1 ΝΑΙ (Παρακαλώ σημειώστε το Ταμείο σας:)
- 2 ΟΧΙ

Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο: Ο ίδιος ο ασθενής Συγγενής ή συνοδός

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ ΙΙΙ

ΑΙΤΗΣΗ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΠΑΝΤΕΛΗ
ΟΝΟΜΑ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΟΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΙΚΑΡΙΑΣ 17
ΠΟΛΗ: ΠΑΤΡΑ
ΤΗΛ ΚΙΝΗΤΟ: 6988234435
ΘΕΜΑ: ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΤΡΑ: 4/3/2015

ΠΡΟΣ: Την Δ/ση του
Γ.Ν.ΠΑΤΡΩΝ Ο ΑΓΙΟΣ
ΑΝΔΡΕΑΣ
ΕΝΤΑΥΘΑ

Παρακαλώ να εγκρίνετε την διακίνηση του ερωτηματολογίου προκειμένου να κάνουμε την Πτυχιακή μας εργασία με θέμα: Ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στα Δημόσια Νοσοκομεία.

Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΑΙΤΗΣΗ

ΠΡΟΣ: Την Δ/ση ΠΓΝ Πατρών

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΠΑΝΤΕΛΗ

ΟΝΟΜΑ: ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ

ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ

ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ

ΟΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΙΚΑΡΙΑΣ 17

ΠΟΛΙ: ΠΑΤΡΑ

ΤΗΛ ΚΙΝΗΤΟ: 6988234435

ΘΕΜΑ: ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΕΝΤΑΥΘΑ

Παρακαλώ να εγκρίνετε την διακίνηση του ερωτηματολογίου προκειμένου να κάνουμε την Πτυχιακή μας εργασία με θέμα: Ικανοποίηση των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στα Δημόσια Νοσοκομεία.

ΠΑΤΡΑ:

Η ΑΙΤΟΥΣΑ

ΑΙΤΗΣΗ

**ΠΡΟΣ: 6^η ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ - ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ - ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ
ΕΛΛΑΔΑΣ**

ΕΝΤΑΥΘΑ

ΕΠΩΝΥΜΟ: ΞΕΝΑΚΗ
ΟΝΟΜΑ: ΔΗΜΗΤΡΑ
ΠΑΤΡΩΝΥΜΟ: ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ
ΕΙΔΙΚΟΤΗΤΑ: ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ
ΟΔΟΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ: ΝΕΑΠΟΛΗ
ΠΟΛΗ: ΑΓΡΙΝΙΟ
ΤΗΛ ΚΙΝΗΤΟ: 6979161674

ΘΕΜΑ: ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΜΟΥ
ΧΟΡΗΓΗΣΕΤΕ ΤΗΝ ΕΓΚΡΙΣΗ
ΓΙΑ ΤΗ ΔΙΑΚΙΝΗΣΗ ΤΟΥ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ ΣΤΟ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ
ΑΓΡΙΝΙΟΥ ΠΡΟΚΕΙΜΕΝΟΥ ΝΑ
ΠΡΑΓΜΑΤΟΠΟΙΗΣΟΥΜΕ ΤΗΝ
ΕΡΕΥΝΑ ΜΑΣ Η ΟΠΟΙΑ
ΑΠΟΤΕΛΕΙ ΜΕΡΟΣ ΤΗΣ
ΠΤΥΧΙΑΚΗΣ ΜΑΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ
ΜΕ ΘΕΜΑ: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ
ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ.

ΑΓΡΙΝΙΟ: 13/03/2015

Η ΑΙΤΟΥΣΑ:





ΥΠΕΥΘΥΝΗ ΔΗΛΩΣΗ
(άρθρο 8 Ν.1599/1986)

Η ακρίβεια των στοιχείων που υποβάλλονται με αυτή τη δήλωση μπορεί να ελεγχθεί με βάση το αρχείο άλλων υπηρεσιών (άρθρο 8 παρ. 4 Ν. 1599/1986)

ΠΡΟΣ ⁽¹⁾ :	ΓΝ ΔΥΠΕ						
Ο - Η Όνομα:	ΔΗΜΗΤΡΑ	Επώνυμο:	ΞΕΝΑΚΗ				
Όνομα και Επώνυμο Πατέρα:	ΞΕΝΑΚΗΣ ΘΕΟΔΟΣΙΟΣ						
Όνομα και Επώνυμο Μητέρας:	ΛΙΑΣΚΟΥ ΑΘΗΝΑ						
Ημερομηνία γέννησης ⁽²⁾ :	30-10-1992						
Τόπος Γέννησης:	ΑΓΡΙΝΙΟ, ΑΙΤΟΛΟΑΧΑΡΝΑΝΙΑ						
Αριθμός Δελτίου Ταυτότητας:		Τηλ:	6979161671				
Τόπος Κατοικίας:	ΝΕΑΠΟΛΗ	Οδός:	ΤΡΙΑΝΤΕΙΚΑ	Αριθ:		ΤΚ:	30100
Αρ. Τηλεομοιοτύπου (Fax):		Δ/ση Ηλεκτρ. Ταχυδρομείου (Email):	dimitra.xenaki@gmail.com				

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις⁽³⁾, που προβλέπονται από τις διατάξεις της παρ. 6 του άρθρου 22 του Ν. 1599/1986, δηλώνω ότι:

Το νοσοκομείο (Γ.Ν. Αγρινίου) δεν θα επιβαρυνθεί
οικονομικά και δε θα διατηραστεί η ομάδα
λειτουργία του

(4)

Ημερομηνία: 13/03/15

Ο - Η Δηλ.

(Υπογραφή)

- (1) Αναγράφεται από τον ενδιαφερόμενο πολίτη ή Αρχή ή η Υπηρεσία του δημόσιου τομέα, που απευθύνεται η αίτηση.
- (2) Αναγράφεται ολογράφως.
- (3) «Όποιος εν γνώσει του δηλώνει ψευδή γεγονότα ή αρνείται ή αποκρύπτει τα αληθινά με έγγραφη υπεύθυνη δήλωση του άρθρου 8 τιμωρείται με φυλάκιση τουλάχιστον τριών μηνών. Εάν ο υπαίτιος αυτών των πράξεων σκόπευε να προσπορίσει στον εαυτόν του ή σε άλλον περιουσιακό όφελος βλάπτοντας τρίτον ή σκόπευε να βλάψει άλλον, τιμωρείται με κάθειρξη μέχρι 10 ετών.
- (4) Σε περίπτωση ανεπάρκειας χώρου η δήλωση συνεχίζεται στην πίσω όψη της και υπογράφεται από τον δηλούντα ή την δηλούσα.

ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ "Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ"

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ
ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ

1. Τίτλος πρωτοκόλλου: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΣΙΔΑ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ. -

2. Υπεύθυνος για την διεξαγωγή του πρωτοκόλλου: Δρ. ΝΙΚΟΛΑΟΣ ΜΠΑΚΑΛΗΣ

3. Ερευνητές: 1) ΜΑΝΤΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ
2) ΝΙΖΟΥΦΡΑ ΒΑΣΙΛΙΚΗ
3) ΞΕΝΑΚΗ ΔΗΜΗΤΡΑ

4. Έντυπο Συγκατάθεσης Ασθενούς (μεταφρασμένο και στα Ελληνικά αν είναι ξενόγλωσσο)

ΝΑΙ * ΟΧΙ Δεν απαιτείται

* Σε περίπτωση που δεν απαιτείται διευκρινίστε γιατί

* ΒΡΙΣΚΕΤΑΙ ΣΤΟ ΕΥΗΜΕΡΟΤΙΚΟ ΦΥΛΛΟ ΤΩΝ ΕΡΕΥΝΗΜΑΤΟΛΟΓΩΝ

5. Βεβαίωση ασφάλισης ασθενών

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν απαιτείται

* Σε περίπτωση που δεν απαιτείται διευκρινίστε γιατί

6. Βεβαίωση κάλυψης εξόδων μελέτης από τη χορηγό εταιρεία ή άλλη πηγή.

ΝΑΙ ΟΧΙ Δεν απαιτείται (*)

* Σε περίπτωση που η μελέτη δεν καλύπτεται από χορηγό εταιρεία, διευκρινίστε πως θα καλυφθούν τυχόν νοσοκομειακά έξοδα.

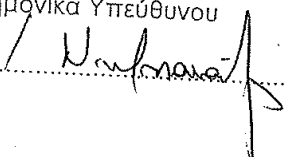
7. Η διεξαγωγή της μελέτης θα γίνει σύμφωνα με τους κανόνες της ορθής κλινικής πρακτικής (Good Clinical Practice). Στο πλαίσιο τήρησης των κανόνων της GCP συνιστούμε την ενημέρωση από τον επιστημονικά υπεύθυνο τυχόν θεράποντος ιατρού (ένδο- ή έξωνοσοκομειακού) για την συμμετοχή του ασθενούς στο ερευνητικό πρωτόκολλο.

ΝΑΙ ΟΧΙ

8. Το κέντρο διαθέτει την υλικοτεχνική υποδομή που προβλέπεται από το πρωτόκολλο της μελέτης, ώστε να παρέχει τη δυνατότητα διεξαγωγής και ολοκλήρωσης της μελέτης εντός του προβλεπόμενου χρόνου.

ΝΑΙ ΟΧΙ

9. Ονοματεπώνυμο και υπογραφή του Επιστημονικά Υπεύθυνου

Δρ. Νικόλαος ΜΠΑΚΑΛΗΣ / 

Σχόλια:

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

Ο Πρόεδρος της Επιτροπής Έρευνας,
Ηθικής & Δεοντολογίας

Τα Μέλη



**ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
& ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΓΥΗΣ
6^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ, ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ,
ΗΠΕΙΡΟΥ & ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΑΤΡΩΝ
« Ο ΑΓΙΟΣ ΑΝΔΡΕΑΣ»
ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ**

Πάτρα: 13-5-2015
Αρ.Πρωτ.:30

ΤΑΧ. Δ/ΣΗ: Τσερτίδου 1

**ΠΛΗΡ: Σολωμού Ι.
ΤΗΛ : 2613/601.849**

**Προς:
ΠΑΝΤΕΛΗ ΑΙΚ. - ΝΤΖΟΥΦΡΑ Β. - ΞΕΝΑΚΗ Δ.
Φοιτήτριες Νοσηλευτικής Σχολής ΑΤΕΙ Πατρών**

2η Τακτική Συνεδρίαση του Ε.Σ

Στις 11/5/2015

Στην Πάτρα σήμερα την 11/5/2015 ημέρα Δευτέρα και ώρα 11:00 μ.μ συνήλθε σε Τακτική Συνεδρίαση στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών το Ε.Σ αυτού, που συγκροτήθηκε με την υπ' αριθμ.12219/28.4.15 Απόφαση του Διοικητή του Νοσοκομείου και στην οποία παρέστησαν τα πιο κάτω μέλη:

ΤΑΚΤΙΚΑ ΜΕΛΗ	
ΒΑΣΙΛΙΚΗ ΝΤΟΝΤΟΥ, ΣΥΝΤ -Δ/ΝΤΡΙΑ Μ.Ε.Θ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
ΔΡΑΚΟΥΛΟΓΚΩΝΑ ΟΥΡ, ΕΠ Α ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΓΟΥΛΑ ΚΩΝ/ΝΑ, ΕΠ Β ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΑΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΑΝΑΣΤΟΓΙΑΝΝΗΣ ΧΑΡ., ΕΙΔΙΚΕΥΟΜΕΝΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΤΣΟΥΓΚΡΑΝΗ Θ., ΨΥΧΟΛΟΓΟΣ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
ΝΙΚΟΛΑΚΟΠΟΥΛΟΥ Δ., ΠΕ ΝΟΣΗΛΕΥΤΡΙΑ	ΑΝΑΠΛΗΡ. ΜΕΛΟΣ
ΚΑΤΣΕΝΟΥ ΑΛ., ΤΕ ΤΕΧΝΟΛΟΓΟΣ ΙΑΤΡ. ΕΡΓΑΣΤ.	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

ΘΕΜΑ Έγκριση άδειας διανομής ερωτηματολογίου στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών « Ο Άγιος Ανδρέας» στα πλαίσια της εκπόνησης της διπλωματικής εργασίας με τίτλο "ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ"

Το Ε.Σ λαμβάνοντας υπόψη του :

1. Τις διατάξεις του άρθρου 9 παρ.3 εδ.Ε του Ν 3329/05 τεύχος Α '.
2. Την υπ'αρ. 6575/4.3.15 αίτηση της Παντελή Αικ. φοιτήτρια Νοσηλευτικής
3. Το Ερωτηματολόγιο για την διπλωματική εργασία.

ΟΜΟΦΩΝΑ ΕΙΣΗΓΕΙΤΑΙ την έγκριση της διανομής ερωτηματολογίου στα πλαίσια διεξαγωγής της Διπλωματικής Εργασίας στο Γενικό Νοσοκομείο Πατρών « Ο Άγιος Ανδρέας» στις φοιτήτριες της Νοσηλευτικής Σχολής ΑΤΕΙ ΠΑΝΤΕΛΗ ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ- ΝΤΖΟΥΦΡΑ Β. - ΞΕΝΑΚΗ Δ. με θέμα "ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ"





ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ
Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Πατρών
'ΠΑΝΑΓΙΑ Η ΒΣΗΘΕΙΑ'
26504 ΡΙΟ ΠΑΤΡΩΝ

ΑΠΟΣΠΑΣΜΑ ΠΡΑΚΤΙΚΟΥ
ΤΗΣ ΑΡ 6. 13/5/15 ΤΑΚΤΙΚΗΣ ΣΥΝΕΔΡΙΑΣΗΣ
ΤΗΣ ΕΠΙΤΡΟΠΗΣ ΗΘΙΚΗΣ, ΕΡΕΥΝΑΣ & ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ
ΤΟΥ Π.Γ.Ν.Π.

ΠΡΟΣ ΤΟ ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Στην Πάτρα σήμερα 13/5/2015 ημέρα Τετάρτη και ώρα 9.30' στην αίθουσα συνεδριάσεων της Ε.Η.Ε.Δ. του Π.Γ.Ν.Π. συνήλθε σε τακτική συνεδρίαση η Επιτροπή Έρευνας Ηθικής και Δεοντολογίας, κατόπιν της υπ' αριθμ. 6. /12.5.2015 πρόσκλησης του Προέδρου της ΕΗΕΔ προς τα τακτικά και αναπληρωματικά μέλη. Στην συνεδρίαση παρέστησαν οι:

1. ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ ΚΩΝ/ΝΟΣ	ΠΡΟΕΔΡΟΣ
2. ΤΣΟΧΑΤΖΗΣ ΣΤΥΛΙΑΝΟΣ	ΑΝΑΠΛΗΡΩΜΑΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ
3. ΚΥΡΙΑΚΟΠΟΥΛΟΥ ΜΑΡΙΑ	ΤΑΚΤΙΚΟ ΜΕΛΟΣ

Ως Γραμματέας της ΕΗΕΔ παρέστη η υπάλληλος Νικολάου Παρασκευή.

Αφού διαπιστώθηκε απαρτία, η ΕΗΕΔ προχώρησε στη συζήτηση των θεμάτων της Ημερήσιας Διάταξης τα οποία έχουν καθοριστεί από την υπ' αριθμ. 6./12.5.2015 πρόσκληση του Προέδρου.

1^ο ΘΕΜΑ

Ο Πρόεδρος θέτει υπόψη των μελών της ΕΗΕΔ, την υπ' αριθ. 4164 / 4- 3 -2015, έγγραφο της κ. Ντζούφρα Β., όπως κάτωθι:

Θέμα: Έγκριση διακίνησης ερωτηματολογίου, στα πλαίσια Πτυχιακής Εργασίας.

Τίτλος Πτυχιακής: «Ίκανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα στα Δημόσια Νοσοκομεία»

Σκοπός : Να διερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την παροχή ιατρο-νοσηλευτικής φροντίδας στα Δημόσια Νοσοκομεία της Ελλάδας.

Εισηγητής της εργασίας είναι ο επίκουρος καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πάτρας κ.Μπακάλης Νικόλαος.

Την εργασία επιμελούνται οι κάτωθι φοιτήτριες του Τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Πάτρας:

Ερευνητές : Ντζούφρα Βασιλική
Ξενάκη Δήμητρα
Παντελή Αικατερίνη

Η ΕΗΕΔ αφού έλαβε υπόψη το παραπάνω θέμα και μετά από διαλογική συζήτηση

ΟΜΟΦΩΝΑ ΑΠΟΦΑΣΙΖΕΙ

Και εγκρίνει την διακίνηση ερωτηματολογίων.

Ο Πρόεδρος

Επιτροπής Έρευνας, Ηθικής
& Δεοντολογίας

ΓΙΑΝΝΑΚΕΝΑΣ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΟΣ



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ

ΠΑΤΡΑ

Αριθμ. Πρωτ. 7312

20/04/2015

ΔΙΟΙΚΗΣΗ
6^{ης} ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑΣ
ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ – ΙΟΝΙΩΝ ΝΗΣΩΝ –
ΗΠΕΙΡΟΥ ΚΑΙ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΟΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΩΝ ΑΣΦΑΛΙΣΕΩΝ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΕΛΟΠΟΝΝΗΣΟΥ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΜΟΝΑΔΑ ΑΓΡΙΝΙΟΥ
ΤΜΗΜΑ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΣ

ΠΡΩΤ. 5295
ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ 20/04/15
ΠΡΟΣ Γ.Ν. Αιτωλοακαρνανίας
Ν.Μ. Αγρινίου

Πληροφορίες : Δ. Αντωνιάδης
Τηλέφωνο : 2613 - 600578
Fax : 2610 - 430790

Θέμα: Σχετικά με αίτημα χορήγησης Άδειας για τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων
Σχετ: Το από 13.03.2015 αίτημα της φοιτήτριας κας Ξενάκη Δήμητρας

Σε απάντηση του παραπάνω αιτήματος της φοιτήτριας του ΤΕΙ Πάτρας κας Ξενάκη Δήμητρας, εγκρίνουμε στις φοιτήτριες κ.κ. Ξενάκη Δήμητρα, Ντζιούφρα Βασιλική και Παντελή Αικατερίνη, τη συλλογή ερευνητικών δεδομένων στα πλαίσια της εργασίας τους με τίτλο: «Η ικανοποίηση των ασθενών με την παρεχόμενη φροντίδα σε Δημόσια Νοσοκομεία», με την υποχρέωση της τήρησης των θεμελιωδών κανόνων ηθικής, επιστημονικής και ερευνητικής δεοντολογίας.



Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ

ΝΙΚΟΛΑΟΣ Γ. ΣΤΑΚΙΑΣ