

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΕΛΛΑΔΑΣ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΠΟΛΙΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ

ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

ΥΓΕΙΑΣ:

ΕΡΕΥΝΑ ΣΤΗΝ ΓΕΡΜΑΝΙΑ

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΟ ΣΠΟΥΔΑΣΤΗ

Λογαρνούδη Μαρία

ΕΠΟΠΤΕΥΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

Μπακάλης Νικόλαος

ΠΑΤΡΑ 2018

Ευχαριστίες

Η παρούσα πτυχιακή εκπονήθηκε από την φοιτήτρια Λογαρνούδη Μαρία του τμήματος Νοσηλευτικής στο ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Πάτρας. Η παρούσα εργασία ξεκίνησε και τελείωσε μέσα στο ακαδημαϊκό έτος 2018 υπό την επίβλεψη του καθηγητή τμήματος Δρ. Νικολάου Μπακάλη.

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μου εργασίας θα ήθελα να εκφράσω τις ευχαριστίες μου στους ανθρώπους που με στήριζαν καθ' όλη τη διάρκεια της προσπάθειάς μου.

Πρωταρχικό ρόλο για μένα έπαιξαν οι γονείς μου, στους οποίους και θα ήθελα να απευθύνω τις ιδιαίτερες ευχαριστίες μου για την ανυπολόγιστη ηθική και ψυχολογική υποστήριξη τους, την συμπαράσταση και την κατανόηση που έδειξαν αυτά τα τέσσερα χρόνια σπουδών μου, καθώς και την οικονομική υποστήριξη που μου παρείχαν για την πραγματοποίηση της πρακτικής μου άσκησης στο εξωτερικό μέσω του προγράμματος Erasmus.

Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον υπεύθυνο καθηγητή κ. Μπακάλη Νικόλαο που χάρη στις γνώσεις και τις πολύτιμες οδηγίες και συμβουλές του κατάφερα να ολοκληρώσω με επιτυχία την παρούσα εργασία. Η βοήθεια και η καθοδήγηση του θα αποτελέσουν σημαντικά εφόδια για την μετέπειτα πορεία μου στο χώρο της νοσηλευτικής επιστήμης.

Τέλος θα ήθελα να ευχαριστήσω τους προϊσταμένους του νοσοκομείου της Γερμανίας για την άμεση και θετική τους ανταπόκριση όσον αφορά την πραγματοποίηση της έρευνας και φυσικά, τους ασθενείς του νοσοκομείου που συμμετείχαν πολύ ευχάριστα στην διεξαγωγή της έρευνας για την ανάδειξη των αποτελεσμάτων.

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η συνεχής εξέλιξη του τομέα της υγείας στις ανεπτυγμένες χώρες της Ευρώπης, μαζί με την αύξηση των δαπανών και των επενδύσεων, ακόμη, την πρόοδο της τεχνολογίας και την αύξηση των υλικών και ανθρώπινων πόρων, είχε ως αποτέλεσμα την μετατόπιση του βάρους της επιστημονικής έρευνας και προβληματισμού γύρω από τα συστήματα υγείας από την ποσότητα και την επάρκεια, στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Επίσης αλλαγές παρατηρούνται και στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας που σήμερα μεταβάλλουν τη συμπεριφορά τους στην υγεία, έχοντας καλύτερη πρόσβαση στη γνώση και στην πληροφορία και διατυπώνοντας υψηλότερα αιτήματα και προσδοκίες, τα οποία δεν περιορίζονται μόνο στην επάρκεια και την προσβασιμότητα στην φροντίδα, αλλά διευρύνονται στην ικανοποίηση και την ανταποκρισιμότητα των υπηρεσιών και του συστήματος υγείας.

Η παρούσα έρευνα σκοπό έχει, να διερευνήσει τη στάση που υιοθετούν οι πολίτες της Γερμανίας απέναντι στις δημόσιες υπηρεσίες υγείας που τους προσφέρει το κράτος.

Για την υλοποίηση της συγκεκριμένης έρευνας σπουδαίο ρόλο έπαιξαν η υπομονή και η βοήθεια που προσέφερε ο επιβλέπων καθηγητής κος Νικόλαος Μπακάλης, δίνοντας συνεχώς τις κατευθυντήριες και χρήσιμες οδηγίες του.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

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

Σκοπός: Να διερευνηθεί η ικανοποίηση των πολιτών στην Γερμανία από την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας.

Μεθοδολογία: Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε ένα περιφερειακό νοσοκομείο της Γερμανίας, που εδρεύει συγκεκριμένα στην περιοχή της Χαϊδελβέργης και αντανακλούσε την ικανοποίηση των ασθενών που εισήχθησαν σε κάποια από τα τμήματα του νοσοκομείου για νοσηλεία μετά τη σύσταση θεράποντος ιατρού και τη σύμφωνη γνώμη των ασθενών. Συγκεκριμένα, η έρευνα περιελάμβανε τα ακόλουθα βήματα: Προκαταρκτική έρευνα, βελτιστοποίηση του ερωτηματολογίου, πραγματοποίηση της έρευνας, ανάλυση και παρουσίαση των αποτελεσμάτων. Στην παρούσα μελέτη δημιουργήθηκε ένα ερωτηματολόγιο με 28 ερωτήσεις, που είχαν ως στόχο να αναλύσουν τις υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου. Για τη μέτρηση των κριτηρίων ποιότητας και ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε η πενταβάθμια κλίμακα Likert με την ακόλουθη κλιμάκωση: Πολύ Καλές, Μάλλον Καλές, Ούτε Καλές - Ούτε Κακές, Μάλλον Κακές, Πολύ Κακές. Στο τέλος του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονταν επιπλέον ερωτήσεις που αφορούσαν στα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων. Η έρευνα έλαβε χώρα κατά το πρώτο εξάμηνο του 2018 σε 100 ασθενείς με δειγματοληψία ευκολίας λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων.

Αποτελέσματα: Η έρευνα αποκάλυψε ότι η ικανοποίηση των ασθενών των διαφόρων τμημάτων του περιφερειακού νοσοκομείου της Χαϊδελβέργης κυμαίνεται σε ικανοποιητικά επίπεδα. Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης αφορούν τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις που μπορεί να προσφέρει, την ετοιμότητα και την ταχύτητα του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις, καθώς επίσης και την υψηλή ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής αλλά και νοσηλευτικής φροντίδας. Δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική σχέση της συνολικής ικανοποίησης με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των χρηστών ή άλλους παράγοντες, αν και η βαθμολόγηση των υπηρεσιών φαίνεται να επηρεάζεται από την κατάσταση της υγείας των ασθενών, την εκπαίδευση και το φύλο τους.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ευχαριστημένη από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου, παρόλο που έδειξε να υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης.

Δεν είναι γνωστό κατα πόσο το δείγμα απάντησε αντικειμενικά ή μπορεί να μην γνωρίζει ή να μην έχει μέτρο σύγκρισης των ουσιαστικών υπηρεσιών υγείας που χρειάζεται. Γι' αυτό τον λόγο, η διερεύνηση αυτών σε εσωτερικό και εξωτερικό θα πρέπει να συνεχιστεί με διάφορες ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους.

Λέξεις κλειδιά: Ικανοποίηση, Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας, Πολίτες, Γερμανία

Πηγές αναζήτησης: <https://scholar.google.gr/>, <https://www.esn.org/>, <https://www.heal-link.gr/>, <https://www.sciencedirect.com/>, www.iatrotek.org/, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>, <https://www.elsevier.com/>, <https://link.springer.com/>

Περιεχόμενα

Ευχαριστίες.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ABSTRACT	8
Κεφάλαιο 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	9
1.1. Εισαγωγή.....	9
1.2. Ορισμός της ικανοποίησης.....	10
1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών.....	12
1.4. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Ορισμοί).....	19
1.5. Η μέτρηση της ποιότητας.....	21
1.6. Η νοσηλευτική ενημέρωση ως παράγοντας διασφάλισης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.....	22
1.7. Παρεχόμενη φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό	23
1.8. Η επικοινωνία ως βασικός παράγοντας για την σωστή παροχή φροντίδας.....	23
1.9. Οι διαστάσεις της ικανοποίησης στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας (Έρευνες).....	24
1.10. Έρευνες ικανοποίησης ασθενών - Ελληνικές έρευνες	26
1.11. Έρευνες ικανοποίησης ασθενών - Διεθνής έρευνες.....	28
1.12. Δημογραφικά στοιχεία Γερμανίας	29
1.13. Η λειτουργία του Τομέα της Υγείας στην Γερμανία.....	30
1.14. Η λειτουργία του Γερμανικού Συστήματος Υγείας	31
1.15. Δυνατά σημεία του Γερμανικού Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας	32
Κεφάλαιο 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	33
2.1. Ορίζοντας την έννοια της έρευνας.....	33
2.2. Επιλογή θέματος και ερευνητικού προβλήματος.....	34
2.3. Σκοπός της έρευνας	35
2.4. Διατύπωση υποθέσεων και ορισμός μεταβλητών.....	35
2.5. Επιλογή ερευνητικού εργαλείου.....	35
2.6. Η επιλογή του δείγματος (μέθοδος δειγματοληψίας)	36
2.7. Η επιλογή των μεθόδων μέτρησης	37
2.8. Διατύπωση των δειγματολογικών μεθόδων.....	38
2.9. Αναθεώρηση του ερευνητικού σχεδίου.....	38
2.10. Επιλογή ερευνητικού σχεδίου.....	39
2.11. Προετοιμασία δεδομένων για ανάλυση	40
2.12. Ανάλυση των δεδομένων	40

2.13. Ανακοίνωση των αποτελεσμάτων	41
2.14. Εφαρμογή των ευρημάτων	42
Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα έρευνας	43
3.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος	43
3.2. Παρουσίαση αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου	46
2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	52
3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ	54
4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΥΠΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	56
5. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	61
6. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	62
Κεφάλαιο 4: Συζήτηση	63
4.1. Εισαγωγή.....	63
4.2. Συζήτηση.....	63
Παραρτήματα.....	69
Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών	69
Παράρτημα 2:.....	75
Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία	76
Ελληνική Βιβλιογραφία	81

ABSTRACT

Introduction: Over the last few decades, the contribution of health professionals has increasingly been aimed at satisfying patients with healthcare provided both internally and abroad.

Purpose: The purpose of this work is to investigate the satisfaction of citizens in Germany by the health service provided.

Methodology: The survey was carried out at a regional hospital in Germany, specifically located in the Heidelberg area, reflecting the satisfaction of patients admitted to some of the hospital's hospitals for hospitalization following the setting up of a physician and the patient's agreement. In particular, the survey included the following steps: Preliminary research, optimization of the questionnaire, research, analysis and presentation of the results. In this study, a questionnaire was created with 28 questions to analyze the hospital's health services. To measure the quality and satisfaction criteria, the Likert five-step scale was used with the following scale: Very Good, Fairly Good, Not Good - Not Bad, Rather Poor, Very Poor. At the end of the questionnaire, additional questions related to the demographics of the respondents were included. The survey was conducted in the first half of 2018 in 100 patients with ease of sampling due to lack of time and financial resources.

Results: The survey revealed that the satisfaction of patients in the various departments of Heidelberg Regional Hospital is high. The highest satisfaction rates relate to the clinical and laboratory tests that can be offered, the preparedness and speed of the staff in emergency situations, as well as the high quality of the provided medical and nursing care. No statistically significant relationship of overall satisfaction with user demographics or other factors was found, although service rating appears to be affected by patients' health status, education, and gender.

Conclusions: The majority of the sample said they were pleased with the hospital's health services, although they showed room for improvement. It is not known whether the sample responded objectively or may not know or have no means of comparing the essential health services it needs. For this reason, exploring them internally and externally should be pursued with various quantitative and qualitative methods.

Key words: Satisfaction, Health Services, Citizens, Germany

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Κεφάλαιο 1: ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

1.1. Εισαγωγή

Τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζει όλο και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη υπηρεσία υγείας. Παρότι, η αξία της νοσηλείας, η ασφάλεια των ασθενών και η ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας υγείας γενικότερα, έχει αποτελέσει αντικείμενο μελέτης σε πολλές έρευνες, ωστόσο έως σήμερα σε αρκετές χώρες παγκοσμίως δεν υπάρχει επαρκής αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας από το Εθνικό Σύστημα Υγείας (Kronenfeld 2006). Αυτό έχει ως συνέπεια, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών να μπορεί να διερευνηθεί και να εκτιμηθεί με δυσκολία.

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

Γίνεται αντιληπτό ότι η ποιότητα στον τομέα της υγείας έχει πολυδιάστατο χαρακτήρα και εμπεριέχει εμπειρίες του παρελθόντος και του παρόντος, οπότε είναι λογικό να μην έχει διατυπωθεί ακόμα ένας σαφής και ακριβής ορισμός γι' αυτήν. Οι ορισμοί που έχουν διατυπωθεί εξαρτώνται από τα άτομα που τους επεξηγούν κάθε φορά.

1.2. Ορισμός της ικανοποίησης

Η ικανοποίηση των ασθενών, είναι ένας πολύ σημαντικός δείκτης για τη μέτρηση της επιτυχίας νοσοκομείων και προσωπικού. Αποτελεί ηθική και νομική υποχρέωση κάθε κράτους και παρότι είναι μια σχετικά υποκειμενική έννοια, εντούτοις πρέπει να καθίσταται αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας τους.

Η ικανοποίηση, σαν ψυχολογικός παράγοντας είναι εύκολο να κατανοηθεί αλλά δύσκολο να οριστεί. Δεν είναι ένα φαινόμενο που προϋπάρχει αλλά μία άποψη που διαμορφώνουν τα άτομα με βάση τις εμπειρίες τους. Μία απλή ερμηνεία της ικανοποίησης είναι «ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι».

Ο Donabedian το 1966 προσπαθώντας να δώσει έναν ορισμό στην ικανοποίηση των ασθενών, υπογράμμισε πως πρόκειται για την υποκειμενική αντίληψη του κάθε ασθενούς την οποία οι πάροχοι φροντίδας πρέπει να αντιλαμβάνονται ως πραγματικότητα.

Ανεξαρτήτως της βαρύτητας ή της αυθεντικότητας των παραπόνων τους, αυτό που μετράει είναι το πώς νιώθει ο ασθενής ακόμη και αν η πραγματική αντίληψη των παροχών που του προσφέρονται είναι διαφορετική.

Ο Pascoe το 1983 όρισε την ικανοποίηση των ασθενών, αναλύοντάς την ως την αντίδραση του ασθενή στους τομείς της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων από τη διαδικασία της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Πάνω στην αντίδραση αυτή πάτησε και ο Μερκούρης το 1996 τονίζοντας ότι είναι εσωτερική και μοναδική για κάθε ασθενή και είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτή από μεταβολές της συμπεριφοράς του.

Παρόμοιο ορισμό έδωσε και ο Petersen το 1988, ο οποίος περιέγραψε

την ικανοποίηση των ασθενών, ως την αντίληψή τους απέναντι στις παροχές φροντίδας, εξαιρώντας όμως το αποτέλεσμα της κατάστασης της υγείας τους ή την καταλληλότητα της θεραπείας.

Σύμφωνα με μια αναφορά των Bond και Thoma το 1992, η εκπλήρωση αναγκών μπορεί να οριστεί ως, ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας, ενώ πολλές μέθοδοι έχουν πραγματοποιηθεί για να αποσπάσουν τις απαντήσεις των αρρώστων, σχετικά με τις προσδοκίες τους. Για να το καταφέρουν αυτό, υποστήριξαν ότι «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες».

Ο Bowers et.al. το 1994, έδωσαν βάση σε μία άλλη έννοια, αυτή των “προσδοκιών” του κάθε ασθενούς και επεσήμαναν πως τα συνολικά επίπεδα της ικανοποίησης των ασθενών επηρεάζονται άμεσα και περισσότερο από τη γενική αίσθηση της επιβεβαίωσης των προσδοκιών, παρά από τις προσωπικές τους αξιολογήσεις για συγκεκριμένα κομμάτια της νοσοκομειακής απόδοσης.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής το 2003 όρισε την ποιότητα ως «τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών θετικών αποτελεσμάτων για τους ασθενείς και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση», ενώ σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιούν τις δηλωθείσες ή τις προκύπτουσες ανάγκες, από τη χρήση τους».

Ο Mosadeghrad σε μία πρόσφατη ανασκόπηση το 2014 παραθέτει διάφορες ερμηνείες της ποιότητας, κάποιες από αυτές είναι «αξία», «τελειότητα», «συμμόρφωση με τις προδιαγραφές», «συμμόρφωση με τις απαιτήσεις», «εκπλήρωση των προσδοκιών των χρηστών» κ.α. Ο ίδιος τολμά έναν πιο σύγχρονο ορισμό της ποιότητας ορίζοντάς την ως μία ιδιότητα «σταθερά μαγευτική προς τον ασθενή, η οποία παρέχει αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα, με αποτελεσματικές υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, σύμφωνα με τις

τελευταίες κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες και πρότυπα, οι οποίες ανταποκρίνονται στις ανάγκες των ασθενών και ικανοποιούν τους παρόχους».

1.3. Παράγοντες που επηρεάζουν την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών βασίζεται σε τρεις κύριους παράγοντες σύμφωνα με την Μαρία Τσιριντάνη et.al. το 2010:

1. Τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία.
δυνατότητα ενημέρωσης και πρόσβασης σε ανάλογα προγράμματα μπορεί να ξαφνιάσει ευχάριστα τον ασθενή. Στο πλαίσιο του εν λόγω μοντέλου, η ικανοποίηση του ασθενή διαμορφώνεται μέσω της σύγκρισης της αντιλαμβανόμενης αποδοτικότητας και των προσδοκιών για τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας που κατανάλωσε. 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 απολαμβάνει. Επαλήθευση των προσδοκιών σημαίνει, ότι η αποδοτικότητα είναι μεγαλύτερη των προσδοκιών που ο ασθενής είχε και οδηγεί επομένως στην ικανοποίηση του.
2. Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά τους.
Ανάλογα, τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η οικονομική κατάσταση αλλά και η ηλικία, συνιστούν παράγοντες που μπορούν, σύμφωνα με μελέτες, να επηρεάσουν την ικανοποίηση του χρήστη.
3. Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.
Όσον αφορά στους ψυχοκοινωνικούς παράγοντες, επιδρούν στο χρήστη, κατά τη διαδικασία αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, επιφέροντας αλλοίωση του μεγέθους της ικανοποίησής του. Η ύπαρξη των παραγόντων ενθουσιασμού (excitement factors) ανεβάζει το επίπεδο ικανοποίησης. Ωστόσο, η απουσία τους δεν προκαλεί δυσαρέσκεια. Η θετική αποδοτικότητα αυτών των παραγόντων έχει μεγαλύτερη επίδραση στη διαμόρφωση της ικανοποίησης μπορούν να ξαφνιάσουν ευχάριστα και να προκαλέσουν μεγάλη ευχαρίστηση.

Λαμβάνοντας υπόψιν τους παράγοντες αυτούς και διερευνώντας τις ποικίλες πτυχές του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την διαθεσιμότητα, την προσβασιμότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, το ανθρώπινο

δυναμικό αλλά και το φυσικό περιβάλλον, η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί επιτυχώς.

Η Αγγελικοπούλου το 2013 μελέτησε καλύτερα τις διάφορες όψεις στις υπηρεσίες υγείας που μπορούν να ικανοποιήσουν τον ασθενή.

Ένας τέτοιος κατάλογος μπορεί να είναι όπως αυτός που ακολουθεί:

1. Ικανοποίηση από δραστηριότητες πριν την εισαγωγή:

Ερεθίσματα

1. Τηλεφωνική επικοινωνία με το νοσοκομείο
2. Τήρηση της κανονισμένης ώρας εισαγωγής
3. Συμπλήρωση κατάλληλων εντύπων πριν και κατά την διάρκεια της εισαγωγής

2. Ικανοποίηση από την πρόσβαση στο νοσοκομείο:

Ερεθίσματα

1. Στάθμευση
2. Εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο
3. Πίνακες προσανατολισμού για την σωστή εύρεση των κλινικών / τμημάτων του νοσοκομείου (χειρουργική / παθολογική)

3. Ικανοποίηση από την εισαγωγή και το προσωπικό

Ερεθίσματα

1. Ώρα αναμονής για την εισαγωγή
2. Φιλικό περιβάλλον στην αίθουσα αναμονής
3. Στάση και συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής
4. Συμπλήρωση εντύπων

4. Ικανοποίηση από το δωμάτιο του ασθενή

Ερεθίσματα

1. Ευρυχωρία
2. Άνεση
3. Επαρκής φωτισμός
4. Μηδαμινός θόρυβος
5. Κατάλληλη θερμοκρασία
6. Αριθμός κρεβατιών

7. Καθαριότητα δωματίου και μπάνιου
8. Οσμές
1. Ύπαρξη θερμαντικών σωμάτων

5. Ικανοποίηση από το φαγητό

Ερεθίσματα

1. Παρουσίαση φαγητού
2. Ποιότητα φαγητού
3. Επιλογές φαγητού
4. Θερμοκρασία φαγητού
5. Γεύση και μυρωδιά φαγητού
6. Συμπεριφορά διαιτητικού προσωπικού

6. Περιβάλλον νοσοκομείου

Ερεθίσματα

1. Αίθουσες (ικανοποιητικός αριθμός αιθουσών για την φιλοξενία μεγάλου αριθμού ασθενών)

2. Θόρυβος
3. Μυρωδιές
4. Επαρκής φωτισμός
5. Πρόσβαση στο χώρο αναμονής και ύπαρξη καθισμάτων
6. Περιοχές επισκέψεων

7. Ικανοποίηση από το προσωπικό φροντίδας

Ερεθίσματα

A. Ικανοποίηση από τους γιατρούς

1. Συμπεριφορά
2. Στάση

B. Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό

1. Συμπεριφορά
2. Στάση

Γ. Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό (εργαστήρια, ακτινολογικά κ.ά.)

1. Συμπεριφορά

2. Στάση

8. Ικανοποίηση από προσωπικούς σωματικούς παράγοντες

Ερεθίσματα

1. Εμπειρία πόνου που ένιωσε ο ασθενής
2. Αποτελεσματικός χειρισμός πόνου από το προσωπικό
3. Σωματική άνεση κατά την διάρκεια παραμονής
4. Υποστήριξη με αναπηρικό εξοπλισμό

9. Ικανοποίηση κατά την έξοδο

Ερεθίσματα

1. Χρόνος εξόδου
2. Χρόνος έκδοσης εντύπων
3. Παροχή συμβουλών από το προσωπικό για την φροντίδα στο σπίτι
4. Διευθέτηση κατάλληλου περιβάλλοντος στο σπίτι (διαθέσιμη συσκευή οξυγόνου που τυχόν χρειάζεται και διαθέσιμα φάρμακα μετά την έξοδο)

10. Ικανοποίηση από το λογαριασμό (σε περίπτωση ιδιωτικού νοσοκομείου)

Ερεθίσματα

1. Αναγνώριση της οικονομικής δυνατότητας του κάθε ασθενή
2. Δυνατότητες διευκόλυνσης ασθενών με μικρότερη οικονομική δυνατότητα

11. Ικανοποίηση από την κλινική θεραπεία

Ερεθίσματα

1. Διαδικασίες που επέφεραν αποτέλεσμα (θεραπείες - φάρμακα)
2. Διαδικασίες που έγιναν χωρίς πόνο (νοσηλευτικές / ιατρικές δεξιότητες)
3. Προσωπικό που φάνηκε γνώστης της ασθένειας του ασθενή
4. Λογική παρεχόμενη φροντίδα
5. Επίπεδα άνεσης και πόνου
6. Προσδοκίες για την πορεία της ασθένειας

12. Ικανοποίηση από τα αποτελέσματα της φροντίδας του ασθενή

Ερεθίσματα

1. Καλύτερα ή χειρότερα μετά την έξοδό του

2. Ποιότητα ζωής μετά την έξοδο
3. Επίπεδα πόνου πριν και μετά τη θεραπεία
4. Ψυχολογικό απότοκο της φροντίδας (νιώθει περισσότερη / λιγότερη ασφάλεια - έλεγχο - βεβαιότητα)

Με αυτές τις ανάγκες συμφώνησαν επίσης ο Atherton et.al. το 2018. Συγκεκριμένα, αναφέρονται ανάγκες που μπορούν να γίνουν πιο κατανοητές από ένα μέλος του προσωπικού υγείας, όταν αυτό βρεθεί στη θέση του ασθενή. Υπάρχουν φορές που ένας άνθρωπος εκτός από εργαζόμενος σε ένα νοσοκομείο, μπορεί να πάρει και τη θέση του ασθενή, καθώς ομοίως με τους υπόλοιπους ανθρώπους πιθανώς να νοσήσει και ο ίδιος, έχοντας έτσι ανάγκη από την περίθαλψη του προσωπικού. Το γεγονός αυτό βοηθάει τους εργαζόμενους να εντοπίσουν ανάγκες και προβλήματα στον εργασιακό τους χώρο, τα οποία πιθανόν να μην είχαν κατανοήσει νωρίτερα και έτσι να καταφέρουν να βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγείας που ως τότε παρείχαν ή ακόμη και να ενημερώσουν και το λοιπό προσωπικό.

Όσο πιο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής από τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα ύπαρξης συνεργασίας με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, να γίνει αποδεκτή η ιατρική περίθαλψη και να γίνει πιο δραστήριος ο ρόλος του ίδιου στην πορεία της υγείας του. Με αυτό εννοούμε, να υπάρξει εμπιστοσύνη απέναντι στις υπηρεσίες υγείας που θα του προσφέρονται, χτίζοντας με αυτό τον τρόπο γερά θεμέλια στην σχέση ιατρού-νοσηλευτή-ασθενή, δίνοντας έτσι παρατεταμένες ευκαιρίες στην ολοκλήρωση της θεραπείας. (Αλεξιάδης, 2000)

1.4. Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Ορισμοί)

Η έννοια της ποιότητας είναι δύσκολο να προσδιοριστεί με σαφήνεια, καθώς εκλαμβάνει διαφορετικές διαστάσεις και δέχεται πολλές ερμηνείες. Οι ορισμοί που κατά καιρούς έχουν προταθεί από τους ερευνητές είναι πολλοί και ανάλογοι με την ερμηνεία που δίνει ο καθένας.

Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιούνται οι ανάγκες του, στον κατάλληλο χρόνο, με τον κατάλληλο τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας έτσι το βέλτιστο αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ «η ποιότητα αποτελεί την παροχή διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων ικανών να διασφαλίσουν το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα στον τομέα της υγείας, στο πλαίσιο των δυνατοτήτων της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, η οποία πρέπει να στοχεύει στο καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με τον ελάχιστο ιατρογενή κίνδυνο, καθώς και στη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση του ασθενή από άποψη διαδικασιών, αποτελεσμάτων και ανθρώπινης επαφής».

Από διοικητικής μεριάς σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και ορθολογική κατανομή των διαθέσιμων αλλά παράλληλα περιορισμένων πόρων. Από την πλευρά των ασθενών σημαίνει την δυνατότητα επιλογής των επιθυμητών και κατάλληλων υπηρεσιών υγείας και πρόσβασης τους σε αυτές το συντομότερο δυνατόν.

Είναι εμφανές ότι η έννοια της ποιότητας έχει διαφορετικές αποχρώσεις για τον άμεσα ενδιαφερόμενο (Κουλουκούρα, 2014).

Ένας άλλος ορισμός για την ποιότητα αναφέρει ότι αυτή πραγματώνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες έτσι, ώστε να ανταποκρίνονται συνεχώς, αρχικά στις ανάγκες του κοινού και ακολούθως στις απαιτήσεις των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών. Συχνά, οι προσδοκίες των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις πραγματικές ανάγκες τους. Ένας αποτελεσματικός τρόπος όμως για να προσεγγίσουν οι επαγγελματίες υγείας τις προσδοκίες των ασθενών τους, είναι η ανάπτυξη αρμονικής σχέσης μαζί τους και οι περιοδικές έρευνες -ερωτηματολόγια σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας- (Κουλουκούρα, 2014).

Η American Medical Association το 2000 θεώρησε ότι «φροντίδα υψηλής ποιότητας είναι η ιατρική φροντίδα που συνεχώς και με συνέπεια συμβάλλει στη βελτίωση της διατήρησης της ποιότητας ή / και της διάρκειας της ζωής. Τα χαρακτηριστικά αυτής της φροντίδας είναι η προώθηση της υγείας και πρόληψη των ασθενών, η έγκαιρη παρέμβαση, η ενημέρωση και η συμμετοχή των ασθενών, η προσοχή στην επιστημονική βάση της Ιατρικής, η αποτελεσματική χρήση των πόρων».

Ακόμη, ένας ορισμός για την ποιότητα που έχει διατυπωθεί είναι και ο εξής:

Να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς.

Αυτό ισχύει, για παράδειγμα, όταν ο ιατρός κινητοποιείται για την καλύτερη προσέγγιση μιας περίπτωσης που είναι αφορμή για περισσότερη γνώση και εμπειρία που θα αποδοθεί στον επόμενο ασθενή (Al-Assaf, Sheikh 2004).

1.5. Η μέτρηση της ποιότητας

Η ποιότητα είναι απτή και μπορεί να μετρηθεί. Σύμφωνα με τη συστημική θεωρία του Donebedian, στις υπηρεσίες υγείας μπορούν να διακριθούν τρία συστατικά στοιχεία:

1. Η δομή (ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές)
2. Οι διαδικασίες (οργάνωση, λειτουργία του οργανισμού και παροχή υπηρεσιών υγείας)
3. Τα αποτελέσματα (των δράσεων και των υπηρεσιών).

Σε κάθε κατηγορία υπάρχουν ποσοτικά χαρακτηριστικά που μπορούν να μετρηθούν, όπως για παράδειγμα η εκπαίδευση και τα έτη εμπειρίας των ιατρών, οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά. Αρκεί να εντοπιστούν τα κρίσιμα σημεία ενδιαφέροντος στις υπηρεσίες υγείας και στη συνέχεια μπορούν να οριστούν πρότυπα καλής πρακτικής, δείκτες αξιολόγησης και δράσεις συμμόρφωσης (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς, 2012).

Ο N.Black δίνει έναν ορισμό στην ποιότητα υπηρεσιών υγείας ο οποίος αγγίζει συγκεκριμένες πτυχές: ποιότητα υπηρεσιών είναι αυτή που παρέχει αποτελεσματική φροντίδα η οποία ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε ασθενή και η οποία παρέχεται δίκαια , αποτελεσματικά , αποδοτικά και ανθρώπινα.

Αν λοιπόν η ποιότητα αποτελεί σήμερα το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής αλλά και επιχειρηματικής συμπεριφοράς, για όλα τα αγαθά και υπηρεσίες που μπορεί να διατίθενται στην αγορά, τότε πολύ μεγαλύτερη σημασία έχει αυτή η ποιότητα στις υπηρεσίες, οι οποίες επιδιώκουν την ικανοποίηση ζωτικών αναγκών του ανθρώπου, όπως είναι οι υπηρεσίες υγείας. Ειδικότερα η ποιότητα σε ένα Νοσοκομείο είναι τόσο ηθική όσο και πρακτική απαίτηση. Ένα Νοσοκομείο έχει σαν στόχο τη φροντίδα. Οτιδήποτε λιγότερο από μια πασιφανή δέσμευση για ένα υψηλό επίπεδο παροχής υπηρεσιών από το υγειονομικό προσωπικό και τους υπόλοιπους φορείς, έχει αρνητικές επιπτώσεις στους ασθενείς. Όταν το προσωπικό καταβάλλει την μεγαλύτερη δυνατή προσπάθεια για να ανταποκριθεί και να υπερβεί τις προσδοκίες των ασθενών, οι ίδιοι οι ασθενείς πλέον θα δώσουν τις καλύτερες συστάσεις. Οι ασθενείς είναι σε θέση να εκτιμήσουν την αξία της ποιότητας στην παροχή

υπηρεσιών και να αναζητήσουν το Νοσοκομείο που όχι μόνο θα ικανοποιήσει, αλλά και θα υπερβεί τις προσδοκίες τους.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί προτεραιότητα και έχει για όλους όσους ενδιαφέρονται για τις υπηρεσίες υγείας ξεχωριστή και μεγάλη σημασία, αφού αναμφισβήτητα οδηγεί σε ουσιαστικά υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη.

1.6. Η νοσηλευτική ενημέρωση ως παράγοντας διασφάλισης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας

Η νοσηλευτική ενημέρωση αποτελεί μάλλον το σημαντικότερο κομμάτι στη νοσηλευτική κλινική πρακτική. Το περιεχόμενο της νοσηλευτικής ενημέρωσης είναι σύνθετο αλλά και πολυδιάστατο συνάμα. Περικλείει την επικοινωνία μεταξύ των νοσηλευτών, των γιατρών, ακόμα μεταξύ των συνοδών, των ασθενών αλλά και των άλλων επαγγελματιών υγείας, ενώ διαθέτει πολλαπλές τεχνικές και «εργαλεία» με στόχο την εξασφάλιση μιας συνεχούς, ολιστικής και ποιοτικά αναβαθμισμένης φροντίδας υγείας. Παράλληλα, οδηγεί στην ενίσχυση της διασύνδεσης και της ομαδικής προσπάθειας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και στην αύξηση της ασφάλειας, της παρεχόμενης φροντίδας, για τον ασθενή (Ervin, 2006).

Πρωταρχικός ρόλος αλλά και στόχος της νοσηλευτικής ενημέρωσης, είναι η παροχή ακριβών πληροφοριών σχετικά με τη φροντίδα, τη θεραπεία και τις ανάγκες του κάθε ασθενούς ξεχωριστά. Έμφαση δίνεται στην τρέχουσα κλινική του (και όχι μόνο) κατάσταση αλλά και στις τυχόν πρόσφατες ή αναμενόμενες αλλαγές στην αγωγή που λαμβάνει.

Οι πληροφορίες-δεδομένα και οι πρακτικές τις οποίες περιλαμβάνει η νοσηλευτική ενημέρωση θα πρέπει να είναι γενικές αλλά και αρκετά εστιασμένες, για την αποδοτικότερη κάλυψη των αναγκών των ασθενών. Ακόμα, θα πρέπει να περιλαμβάνει πληροφορίες και άλλων επιστημονικών κλάδων υγείας, όπως των ιατρών, ενώ η νοσηλευτική φροντίδα οφείλει να προσεγγίζει σφαιρικά, τόσο τον ασθενή (σωματικά, ψυχοκοινωνικά, πνευματικά), όσο και την οικογένειά του. Οι μη αποτελεσματικές νοσηλευτικές ενημερώσεις μπορεί να οδηγήσουν σε πλήθος προβλημάτων είτε κατανόησης είτε λάθος πρακτικής, που σχετίζονται με την ασφάλεια του ασθενούς και την ποιότητα της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (Johansson et. al. 2002).

Η παρούσα βιβλιογραφική διερεύνηση ορισμένων μεθόδων και τεχνικών που ακολουθούνται στις νοσηλευτικές ενημερώσεις, επιχειρεί τη βαθύτερη κατανόηση της σημασίας και της

συνεισφοράς της νοσηλευτικής ενημέρωσης στην ασφάλεια και στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας, δίνοντας το έναυσμα για περισσότερες μελέτες και επιστρατεύοντας τους νοσηλευτές προς την κατεύθυνση της αλλαγής του τρόπου με τον οποίο πραγματοποιούνται οι νοσηλευτικές ενημερώσεις μέχρι σήμερα. Σημειώνεται ότι το θέμα της νοσηλευτικής ενημέρωσης δεν έχει εμφανιστεί έως τώρα στην ελληνική βιβλιογραφία (Ν Ρίκος, Α Φιλαλήθης, 2016).

1.7. Παρεχόμενη φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

Η φροντίδα σε έναν ασθενή είναι απαραίτητο να παρέχεται με συγκεκριμένο τρόπο, όχι μερικές φορές ή συνήθως, αλλά πάντα. Η ποιότητα της δεν πρέπει να παραμένει στάσιμη, αλλά να είναι γραμμική και πάντα αύξουσα, ώστε κάθε φορά να παρέχεται η καλύτερη φροντίδα στο δυνατόν υψηλότερο επίπεδο από τις προσδοκίες του κάθε ασθενούς (Prakash, 2010).

Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ασθενών τις οποίες το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κλείνετε να αντιμετωπίσει με προσοχή, μοναδικότητα και ευλάβεια, διότι η καθεμία έχει τις δικές της ιδιαιτερότητες. Διάφοροι τύποι ασθενών είναι τα βρέφη, τα παιδιά, οι έφηβοι, οι ηλικιωμένοι, οι χρόνιοι ασθενείς είτε οι περιστασιακοί, άνδρες - γυναίκες, καταθλιπτικοί ασθενείς, νευρικοί, ψυχιατρικοί, κωφάλαλοι ή με άλλη αναπηρία, άλλης εθνικότητας και θρησκείας, με υψηλό ή χαμηλό μορφωτικό επίπεδο και αντίστοιχη κοινωνική θέση. Έτσι ο καθένας από αυτούς επιβάλλεται να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο σεβασμό και να δέχεται την ανάλογη φροντίδα υγείας από τους επαγγελματίες υγείας (Prakash, 2010).

1.8. Η επικοινωνία ως βασικός παράγοντας για την σωστή παροχή φροντίδας

Γιατροί και νοσηλευτές κινούνται στο ίδιο μήκος κύματος, όσον αφορά την επικοινωνία με τους ασθενείς εκτός των κλινικών, εντός κλινικών όμως ο νοσηλευτής αποκτά άλλη σημασία και βαρύτητα. Άλλωστε, οι δεξιότητες της επικοινωνίας αποτελούν βασικό μέρος του προγράμματος διδασκαλίας των νοσηλευτών και σημαντικό στοιχείο στην θεραπεία των ασθενών (Seago, 2008).

Μιλώντας για επικοινωνία όμως δεν εννοούμε μόνο τη λεκτική μορφή επικοινωνίας.

Για παράδειγμα ένας πάροχος φροντίδας στο νοσοκομείο ο οποίος εργάζεται νευρικά, περπατά βιαστικά στους διαδρόμους, κλείνει δυνατά τις πόρτες και απαντά απότομα, παρουσιάζεται στον ασθενή ως ένα πρόσωπο απρόσιτο. Αντίθετα όμως, ο νοσηλευτής και ο γιατρός που χαμογελάει, δείχνει φιλικός, μιλάει με ζεστασιά και δουλεύει ήρεμα, κάνει τον ασθενή να νιώθει αποδεκτός και πως απέναντί του βρίσκεται ένα άτομο εμπιστοσύνης.

Αυτό είναι ένα παράδειγμα μιας σωστής επικοινωνίας μεταξύ προσωπικού και ασθενή.

Ειδικότερα όμως, στόχοι για μία επιτυχημένη επικοινωνία είναι:

1. Η διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης μεταξύ ασθενή και ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
2. Η άμεση παροχή πληροφοριών στον ασθενή.
3. Τη διερεύνηση και παροχή γνώσεων του ασθενή σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.
4. Η εκτίμηση των αναγκών του ασθενή κάθε στιγμή.
5. Η αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών.
6. Ο προγραμματισμός του πλάνου υγείας και η υποστήριξη (Φυλάκη, 2016).

1.9. Οι διαστάσεις της ικανοποίησης στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες Υγείας (Έρευνες)

Μεγάλος αριθμός μελετών καταλήγουν στο ότι, οι ασθενείς αντιμετωπίζουν ο καθένας με διαφορετικό τρόπο την επαφή τους με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Η ανάλυση των απαντήσεών τους, επιβεβαιώνει την πολυπλοκότητα της έννοιας που αντιλαμβάνονται ως ποιότητα (Haddad και άλλοι, 2000). Από τις πιο χαρακτηριστικές διαστάσεις που δίνουν οι χρήστες στην ικανοποίηση, είναι η ανθρωπιά και η ενσυναίσθηση στην οποία δίνουν την ερμηνεία της ζεστασιάς, της φιλικότητας, του σεβασμού, της ευγένειας, της κατανόησης, της οικειότητας και της υποστήριξης (Crow και άλλοι, 2002).

Ο Ραφτόπουλος το 2009 καταλήγει σε έξι διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των ΠΥΥ:

1. στο σεβασμό από τη νοσηλεύτρια
2. στο σεβασμό από τον ιατρό
3. στις τεχνικές δεξιότητες του ιατρού
4. στους παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των ραντεβού, άνεση και ησυχία του χώρου αναμονής)
5. στην εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του ιατρού
6. στην επάρκεια του ρόλου του ιατρού

Οι Kurpas et.al. το 2013 σε έρευνά τους σχετικά με τα χρόνια νοσήματα, διαπίστωσαν ότι το είδος του νοσήματος επηρεάζει τις απόψεις των πασχόντων για την ποιότητα. Πιο συγκεκριμένα, οι διαστάσεις που δίνουν οι ασθενείς στην ποιότητα είναι οι εξής:

1. Επικοινωνία κατά τη διάρκεια της εξέτασης: περιλαμβάνει την προσεκτική εξέταση του ασθενούς, την ευγένεια που επιδεικνύει ο ιατρός, το σεβασμό της ιδιωτικής ζωής του ασθενούς, την έγκαιρη ενημέρωση σχετικά με τα συμπτώματα της νόσου και τις παρενέργειες των φαρμάκων.
2. Συμμετοχή του ασθενούς στη διάγνωση και τη θεραπεία: περιλαμβάνει την ενεργό συμμετοχή του ασθενούς στη λήψη των αποφάσεων και το σεβασμό της γνώμης του.
3. Ψυχολογικοί παράγοντες: για παράδειγμα, το ενδιαφέρον που επιδεικνύει ο ιατρός για την κατάσταση του ασθενούς, αλλά και για τους συγγενείς του, την στήριξη του ασθενούς για τη διαχείριση των φόβων του.
4. Διαθεσιμότητα του ιατρικού προσωπικού: γίνεται αναφορά στη δυνατότητα του ασθενούς να έρθει σε άμεση επαφή με τον ιατρό, μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας.

5. Ενσυναίσθηση: περιλαμβάνει την εμπιστοσύνη, την ευγένεια και την προθυμία για βοήθεια του ιατρικού αλλά και του νοσηλευτικού προσωπικού προς τον ασθενή.

1.10. Έρευνες ικανοποίησης ασθενών - Ελληνικές έρευνες

Οι μελέτες που αφορούν στην ικανοποίηση των ατόμων από τις υπηρεσίες υγείας, χρησιμοποιώντας κάποιο ερωτηματολόγιο είναι περιορισμένες, παρά τη γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας. Οι λίγες σχετικές μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί δεν έχουν αξιοποιηθεί επαρκώς πάνω στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας. Οι περισσότεροι Έλληνες και ξένοι ειδικοί που έχουν μελετήσει το ελληνικό σύστημα υγείας είναι της γνώμης ότι η δυσαρέσκεια, στο επίπεδο που έχει τεκμηριωθεί, μπορεί να προκληθεί κατά κύριο λόγο, από τα δομικά προβλήματα του συστήματος υγείας όπως, η έλλειψη ιατρικού προσωπικού, η μέθοδος χρηματοδότησης, οι υψηλές αποδοχές από το λεγόμενο, «φακελάκι» κλπ.

Αυτή η γενική δυσαρέσκεια που εκφράζεται μέσα από δημοσκοπήσεις της κοινής γνώμης, επιβεβαιώθηκε από μια πανελλαδική έρευνα η οποία έδειξε ότι οκτώ (8) στους δέκα (10) ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι. Είναι γνωστό ότι οι ίδιοι χρήστες είναι πιο ικανοποιημένοι επειδή είχαν άμεση εμπειρία των υπηρεσιών υγείας που ερευνώνται. Αντιθέτως, η κοινή γνώμη επηρεάζεται συχνά από άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των μέσων μαζικής ενημέρωσης.

Αναμφισβήτητα έχει κλονηθεί η εμπιστοσύνη ανάμεσα σε χρήστες και νοσοκομεία που εκδηλώνεται κυρίως με την ροή των ασθενών από την επαρχία προς το κέντρο. Την τελευταία δεκαετία, γίνεται αρκετός λόγος για τη συνεχόμενη αύξηση του κόστους των δαπανών για την υγεία και την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Νιάκας). Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι τελευταία χρόνια παρατηρήθηκε μια αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας, η οποία όμως δεν συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα. Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με το στόχο της Π.Ο.Υ.

Παρόλο που έχουν γίνει κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες σε επιμέρους τομείς των νοσοκομειακών υπηρεσιών, λίγες είναι οι έρευνες που αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Οι Τούντας, Λοπατατζίδης και Χουλιάρα (2003), εξέτασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του οργανισμού. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 51% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι έχει καλή υγεία και το 76% προτιμά να επισκέπτεται πρώτα ένα γενικό ιατρό, ενώ διαπιστώνεται η ανάγκη βελτίωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών του ΙΚΑ. Η έρευνα ήταν ποσοτική με τυχαία δειγματοληψία και η έρευνα έγινε με ερωτηματολόγια τα οποία συμπληρώθηκαν ανώνυμα από τους χρήστες.

Η Καμπάντα και Νιάκας (2004) ερεύντησαν σε μια ποσοτική έρευνα την ικανοποίηση των χρηστών ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας. Χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με συνέντευξη τηλεφωνικός, για να μετρηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από την υποδομή και τις διοικητικο-διαχειριστικές διαδικασίες, τις ιατρικές και παραϊατρικές υπηρεσίες και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών. Η ικανοποίηση ήταν υψηλή (70%) στο κλινικό έργο και λιγότερο στους τομείς της υποδομής (30%) και των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών.

Το 2005, οι Νιάκας & Μυλωνάκης εξέτασαν τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες που παρέχονται από τρία δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας, με σκοπό την παραγωγή προκαταρκτικών αποτελεσμάτων. Η στατιστική ανάλυση έδειξε διαφορά στην ικανοποίηση με βάση την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Στη μελέτη των Μυλωνάκης και Νιάκας (2005), η ανάλυση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλεία, αξιολογήθηκε με όρους ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών που παρέχονται σε σχέση με συγκεκριμένα κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ταχυδρομικά και όχι με προσωπικές συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν με δείκτη ανταπόκρισης 28%.

Επίσης, η έρευνα των Αλέτρας, Παπαδόπουλος και Νιάκας το 2006 υποστηρίχθηκε από το Υπουργείο Υγείας δίνοντας όμως δείκτη ανταπόκρισης 35,5%. Οι ταχυδρομικές έρευνες έχουν πολύ χαμηλό δείκτη ανταπόκρισης στην Ελλάδα, καταλήγοντας σε σημαντικές προκαταλήψεις. Αυτό ίσως συμβαίνει επειδή τέτοιες έρευνες δεν είναι συνηθισμένες στη χώρα μας.

Τέλος, έρευνα των Παπαγιαννόπουλου, et.al. το 2008 έδειξε ότι, οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δηλώνουν ικανοποιημένοι από την παροχή των υπηρεσιών, στάση που επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι, όταν οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση, εάν θα συνέστηναν το νοσοκομείο σε κάποιο δικό τους άνθρωπο με παρόμοιο πρόβλημα υγείας, η συντριπτική πλειοψηφία απαντά θετικά.

1.11. Έρευνες ικανοποίησης ασθενών - Διεθνής έρευνες

Τα τελευταία έτη, έχουν πολλαπλασιαστεί οι μελέτες που αφορούν την ικανοποίηση των ατόμων από τις υπηρεσίες υγείας και χρησιμοποιούν ερωτηματολόγιο. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζονται περισσότερες από 1.000 σχετικές δημοσιεύσεις κάθε χρόνο. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολλές και ποικίλουν από αναδρομικές μελέτες σε προσωπικές συνεντεύξεις με την χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, διεξαγωγή ταχυδρομικών ερευνών, διαχείριση παραπόνων και άλλες.

Ο Bowling προτείνει ότι ο μοναδικός και έγκυρος τρόπος αφογκρασμού της φωνής του κοινού είναι από τις προσωπικές τους συνεντεύξεις, εκ των οποίων μπορούν να αναγνωριστούν οι ορατές ανεκπλήρωτες ανάγκες τους (Dicker & Armstrong, 1995).

Το 2004 η έρευνα του Miceli αξιολόγησε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της ισπανικής μετάφρασης της «Έρευνας Νοσηλευθέντων Ασθενών» (Inpatient Survey) της Press Ganey. Η μελέτη ήταν αναδρομική και βασίστηκε στην Εθνική Βάση Δεδομένων της Press Ganey. Οι ισπανόφωνοι έδειξαν χαμηλό μέσο όρο βαθμολογίας στην ευγένεια και την φιλικότητα του νοσηλευτικού προσωπικού, παρόλο που αυτή η διαφορά θεωρήθηκε στατιστικά ασήμαντη. Σε μια πρόσφατη μελέτη, για να μειωθεί ο αριθμός των ερωτηματολογίων που δεν επιστρέφονταν, οι ερευνητές αναγκάστηκαν να υπενθυμίσουν ή να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά με τους μετέχοντες, παρόλο που αυτό αποτελεί μια επιπλέον πηγή προκατάληψης.

Στη ποσοτική μελέτη των Durieux et al, σχεδιάστηκαν δύο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, ένα για τους ασθενείς και ένα για τους επαγγελματίες υγείας, που αποτελούνταν από τις ίδιες ερωτήσεις αλλά είχαν διαφορετική διατύπωση. Είναι αξιοσημείωτο, ότι οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας συμφώνησαν στο τι είναι καλύτερο και τι χειρότερο στην παροχή φροντίδας με εξαίρεση τον έλεγχο του πόνου, όπου οι ασθενείς ήταν πιο ικανοποιημένοι από ότι νόμιζαν οι επαγγελματίες υγείας.

Η Η.Π.Α. είναι η πρώτη Πολιτεία που επέβαλλε σε όλα τα νοσοκομεία της να χρησιμοποιούν την ίδια έρευνα για τους ασθενείς της και παρουσίασε τα αποτελέσματα στο κοινό του, ήταν η πολιτεία του Rhode Island (Drain & Clark, 2004).

Το Ινστιτούτο Picker έχει σχεδιάσει ερευνητικά εργαλεία για να ενημερώνεται με λεπτομερείς αναφορές για τις πρόσφατες εμπειρίες των ασθενών στα νοσοκομεία νοσηλείας

τους. Ακολουθώντας την ποιοτική έρευνα έχουν αναπτυχθεί ερωτηματολόγια που επικεντρώνονται σε 132 συγκεκριμένες διαστάσεις της εμπειρίας του ασθενούς (Coulter, 2006) .

Στη Νορβηγία για παράδειγμα, μία μελέτη σε ένα Περιφερειακό Νοσοκομείο βρήκε ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται περισσότερο από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα μεταξύ της επαφής νοσηλευτών και γιατρών.

Μια αντίστοιχη μελέτη του Ettelt και άλλων στη Νέα Ζηλανδία το 2012 προτείνει ότι οι ασθενείς με διαφορετικά δημογραφικά, γεωγραφικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά έχουν διαφορετικές ανάγκες και 'θέλω' κατά τη λήψη της φροντίδας τους και επομένως, αντιλαμβάνονται διαφορετικά τη σημασία της ποιότητας, θεωρώντας την υποκειμενική.

Στη Σουηδία, οι μελέτες ικανοποίησης ασθενών αποτελούν κατά κύριο λόγο, ζωτικό κομμάτι της αξιολόγησης της υγειονομικής φροντίδας ενώ σε εθνικό επίπεδο, πολλές χώρες, όπως η Γερμανία, η Ιρλανδία, η Δανία και το Ηνωμένο Βασίλειο, έχουν αναπτύξει πλαίσια για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της αποδοτικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το Ερωτηματολόγιο Picker (Picker Inpatient Survey questionnaire) χρησιμοποιείται από την Αυστραλία, τον Καναδά και πολλές άλλες ευρωπαϊκές χώρες.

1.12. Δημογραφικά στοιχεία Γερμανίας

Η Γερμανία, επίσημα Ομοσπονδιακή Δημοκρατία της Γερμανίας, είναι μία από τις μεγαλύτερες σε πληθυσμό χώρες της Ευρώπης, η πολυπληθέστερη χώρα στην Ευρωπαϊκή Ένωση και Κινητήρια δύναμη της και μία από τις σημαντικότερες βιομηχανικές και αναπτυγμένες χώρες του κόσμου. Η Γερμανία είναι ένα από τα ιδρυτικά μέλη της Ευρωπαϊκής Ένωσης. Επίσης, η Γερμανία είναι ο δεύτερος πιο δημοφιλής προορισμός μετανάστευσης μετά τις Ηνωμένες Πολιτείες. Η πρωτεύουσα και η μεγαλύτερη Μητρόπολη της Γερμανίας είναι το Βερολίνο (Gebiet und Bevölkerung - Fläche und Bevölkerung 2017)

Με 82.535.000 κατοίκους, σύμφωνα με επίσημη εκτίμηση του 2017, η Γερμανία είναι η μεγαλύτερη πληθυσμιακά χώρα της Ευρώπης.

Η πλειονότητα των κατοίκων, περίπου 68 εκατομμύρια (82%), είναι Γερμανικής καταγωγής, ενώ συνολικά περίπου 75 εκατομμύρια έχουν την γερμανική υπηκοότητα. Περίπου 15 εκατομμύρια κάτοικοι είναι ξένης καταγωγής, ενώ 8 εκατομμύρια έχουν ξένες υπηκοότητες. (Population - Germany 2017)

Μεγάλο μέρος του πληθυσμού συγκεντρώνεται σε μεγάλα αστικά συγκροτήματα, όπως το Βερολίνο, το Αμβούργο, το Μόναχο, η Κολονία, η Φρανκφούρτη και η Στουτγκάρδη. Παράλληλα, η επαρχία της χώρας είναι αρκετά πυκνοκατοικημένη, με μικρές πόλεις, κωμοπόλεις, αλλά και μεγάλα χωριά, σε όλη την έκτασή της (Gebiet und Bevölkerung - Fläche und Bevölkerung 2017)

Ο μεγαλύτερο τμήμα της χώρας έχει ένα εύκρατο κλίμα με εποχικές διακυμάνσεις, ενώ γενικότερα επικρατούν υγροί δυτικοί άνεμοι. Το κλίμα επηρεάζεται από το βόρειο Ατλαντικό ρεύμα του ωκεανού. Αυτό έχει ως συνέπεια την παρουσία ωκεάνιου κλίματος στις βορειοδυτικές και βόρειες περιοχές, με μέγιστη βροχόπτωση το καλοκαίρι και παρουσία υετού όλο το χρόνο. Οι χειμώνες είναι ήπιοι και τα καλοκαίρια δροσερά, αν και σε ορισμένες περιοχές οι θερμοκρασίες υπερβαίνουν και τους 30 °C για παρατεταμένες περιόδους. Η κεντρική και νότια Γερμανία αποτελούν κλιματικά μεταβατικές περιοχές από μέσο ωκεάνιο κλίμα σε ηπειρωτικό ή ορεινό. Και εδώ όμως, οι καλοκαιρινές θερμοκρασίες είναι πιθανό να υπερβούν και τους 30 ° το καλοκαίρι.

1.13. Η Λειτουργία του Τομέα της Υγείας στην Γερμανία

Η Γερμανία αποτελεί το πλέον χαρακτηριστικό παράδειγμα του μοντέλου Bismark, το οποίο ιδρύθηκε στη χώρα στα τέλη του 19ου αιώνα. Οι δαπάνες υγείας στη Γερμανία καταβάλλονται κατά 56% από την κοινωνική ασφάλιση, κατά 19% από τη γενική φορολογία, ενώ το υπόλοιπο 24,5% αφορά ιδιωτικές δαπάνες. Η κοινωνική ασφάλιση παρέχεται από 453 ταμεία υγείας, που καλύπτουν περίπου 72 εκατομμύρια ασφαλισμένους και 52 ιδιωτικούς ασφαλιστικούς φορείς με περίπου 7,1 εκατομμύρια ασφαλισμένους. Το 50% των ασφαλισμένων στα Ταμεία Υγείας (κυρίως οι υψηλόμισθοι) μπορούν να επιλέξουν το ταμείο τους και το 40% αυτών μπορούν να επιλέξουν ιδιωτική ασφάλιση (Ιατρικός Σύλλογος Γερμανίας 2013).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας παρέχεται κυρίως από ιδιώτες γιατρούς, το 75% των οποίων έχει δικό του ιατρείο και το 25% συστεγάζεται με άλλους γιατρούς. Το 5% των ιδιωτών γιατρών έχουν δικαίωμα να περιθάλπουν τους ασθενείς τους σε νοσοκομείο. Κάθε

ασφαλισμένος επιλέγει ελεύθερα το γενικό γιατρό από τη λίστα των συμβεβλημένων με το ταμείο του, ενώ του παρέχεται δυνατότητα ελεύθερης πρόσβασης και στους συμβεβλημένους γιατρούς ειδικοτήτων (Ιατρικός Σύλλογος Γερμανίας 2013).

Το ένα στα τέσσερα νοσοκομεία της Γερμανίας καταβάλλει πριμ σε γιατρούς για την παραπομπή ασθενών, σύμφωνα με πρόσφατη μελέτη που είδε το φως της δημοσιότητας.

Στην πρωτοβάθμια περίθαλψη οι γιατροί αμείβονται κατά πράξη, με τιμές που καθορίζονται ύστερα από διαπραγματεύσεις των ταμείων υγείας με τα τοπικά σωματεία των γιατρών κάθε χρόνο. Η διαδικασία αμοιβής των γιατρών ελέγχεται μέσω σφαιρικών προϋπολογισμών για όλους τους γιατρούς κάθε τοπικής ένωσης, με ένα σύστημα βαθμών για 2500 ιατρικές πράξεις, σύμφωνα με το οποίο μειώνεται η τιμή ανά βαθμό σε υπέρβαση της κατανάλωσης.

Το Υπουργείο Υγείας της Γερμανίας γράφει:

«Το σύστημα υγείας της Γερμανίας διαθέτει ένα πυκνό δίκτυο άριστα εκπαιδευμένων γιατρών και θεωρείται ένα από τα αρτιότερα του κόσμου.

Η γερμανική υγειονομική υπηρεσία είναι άριστη. Η ιατρική ασφάλιση είναι υποχρεωτική και η επιλογή του ασφαλιστικού ταμείου είναι για τον καθένα ελεύθερη.»

1.14. Η λειτουργία του Γερμανικού Συστήματος Υγείας

Το γερμανικό σύστημα υγείας, έχει ως κυρίαρχο ρόλο την κοινωνική ασφάλιση, μέσω των ταμείων υγείας. Είναι ένα σύστημα όπου συνυπάρχουν αρμονικά και αποτελεσματικά, η χρηματοδότηση από εργοδότες και εργαζομένους, η επαγγελματική αυτονομία των γιατρών, ο κρατικός έλεγχος, και ο έλεγχος των νοσοκομειακών δαπανών από τα ταμεία υγείας. Η δομή και η οργάνωση του συστήματος υγείας, χαρακτηρίζεται αποκεντρωμένη. Όλοι οι πολίτες έχουν πρόσβαση σε μία προσφερόμενη, δωρεάν δέσμη υπηρεσιών υγείας, έχουν μεγάλη ελευθερία επιλογής γιατρού και νοσοκομείου, ενώ οι γιατροί είναι επαγγελματικά αυτόνομοι. Η γερμανική κυβέρνηση τα τελευταία 25 χρόνια ψήφισε μια σειρά από νόμους, έτσι ώστε σήμερα το σύστημα υγείας να χαρακτηρίζεται ως το πιο ελεγχόμενο τμήμα της γερμανικής οικονομίας. Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων, που αποτελούνται από δημοσίου ή ιδιωτικού δικαίου οργανισμούς, μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα κατά κύριο λόγο, γίνεται από τα ασφαλιστικά ταμεία. Οι διοικητικές και κεφαλαιουχικές δαπάνες καλύπτονται από επιδοτήσεις της τοπικής και ομοσπονδιακής κυβέρνησης. Το προσωπικό των νοσοκομείων αμείβεται με μισθό, με βάση την ειδικότητα και τα χρόνια προϋπηρεσίας (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001).

Το σύστημα θεωρείται ότι παρέχει υψηλού επιπέδου φροντίδα σε όλο τον πληθυσμό, όμως όπως όλα τα συστήματα των αναπτυγμένων κρατών, έχει κι αυτό να αντιμετωπίσει προκλήσεις και προβλήματα. Πρέπει να διαθέσει αυξημένους πόρους για τη βελτίωση του επιπέδου υγείας των πολιτών της ενωμένης Γερμανίας και να αναβάλει την οποιαδήποτε προσπάθεια για αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Το γερμανικό μοντέλο αποτελεί υπόδειγμα ενός αποτελεσματικού και πολύ καλά οργανωμένου εθνικού συστήματος υγείας (Θεοδώρου, Σαρρής, Σούλης, 2001).

1.15. Δυνατά σημεία του Γερμανικού Ασφαλιστικού Συστήματος Υγείας

Το γερμανικό ασφαλιστικό σύστημα διακατέχεται τόσο από δυνατά όσο και από αδύνατα σημεία. Όσον αφορά τα δυνατά του σημεία αξίζει να σημειωθεί, ότι με βάση το σύστημα υγειονομικής περίθαλψης της Γερμανίας, η ασφάλιση υγείας είναι καθολική και από το 1996 και μετά, οι Γερμανοί φαίνεται να έχουν ελεύθερη επιλογή σε πάνω από 160 σχέδια σχετικά με την υγεία. Η επιλογή των σχεδίων δεν περιορίζεται από το εισόδημα, το είδος της απασχόλησης ή την κατάσταση της νόσου. Επιπλέον, αυτά τα σχέδια για την υγεία δεν συνδέονται με μεμονωμένους εργοδότες ή ακόμη και την κατάσταση της απασχόλησης. Μπορούν να καλύπτουν τα άτομα σε όλα τα στάδια της ζωής τους, ακόμα και σε περιόδους ανεργίας ή ασθένειας (Beck, 2002).

Με βάση τα διεθνή πρότυπα, η υγεία όσον αφορά τις δαπάνες στη Γερμανία κινείται χαμηλά, καθιστώντας μακροπρόθεσμες τις όποιες επενδύσεις υγείας. Τα έσοδα εξαρτώνται άμεσα από τα ασφάλιστρα, ενώ το νομικό σύστημα διαθέτει μέσα τα οποία διασφαλίζουν την πρόσβαση στην υγεία ολόκληρου του πληθυσμού σχεδόν, παρέχοντας ισοδύναμη κάλυψη και πρόσβαση σε άτομα από όλες τις κοινωνικές τάξεις. Οι εισφορές καθορίζονται με βάση το εισόδημα επιμερίζοντας δίκαια το κόστος της υγειονομικής περίθαλψης. Η ιδιωτική ασφάλιση στην παρούσα μορφή της, παραβιάζει τις αρχές της αλληλεγγύης, ωστόσο όμως λειτουργεί θετικά σε ολόκληρο το ασφαλιστικό σύστημα, παρέχοντας βοηθητικές συμπληρωματικές υπηρεσίες

(Ettelt et. al., 2012).

Καμία άλλη χώρα δεν έχει αναπτύξει μια τόσο εκτενή προσέγγιση του θέματος ώστε ανεξάρτητα εισοδήματος να διασφαλίζεται η παροχή υπηρεσιών υγείας. Η ασφαλιστική κάλυψη στη Γερμανία δίνει απεριόριστη πρόσβαση σε ένα από τα πιο οργανωμένα συστήματα παροχής με εύρος που την ξεχωρίζουν παγκόσμια (Muller & Maaz 2010).

Κεφάλαιο 2: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

2.1. Ορίζοντας την έννοια της έρευνας

Τις τελευταίες δεκαετίες, στον χώρο της Υγείας και των επιστημών, η έρευνα εξελίσσεται ραγδαία, καθώς μεγαλώνει και η ανάγκη του ανθρώπου να διερευνήσει τους παράγοντες που ευθύνονται για την εκδήλωση και την εξέλιξη των νοσημάτων, αλλά και την ικανότητά του να μπορέσει να συμβάλλει στην πρόληψή τους, με τις κατάλληλες θεραπευτικές παρεμβάσεις (Παναγιωτάκος, 2011).

Η γνώση, επομένως, που αποκτάται μέσω της νοσηλευτικής έρευνας είναι απαραίτητη, διότι όχι μόνο παρέχει ένα επιστημονικό υπόβαθρο, αλλά μπορεί, μέσω αυτής, να προβλεφθούν τα αποτελέσματα μιας νοσηλευτικής απόφασης και να ανακαλυφθούν ή και να κατηγοριοποιηθούν νέες που θα στοχεύουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα (Nirmala et.al., 2011).

Η νοσηλευτική έρευνα παίζει σπουδαίο ρόλο στον χώρο της Υγείας, καθώς μέσω αυτής οι νοσηλευτές μπορούν να κατανοήσουν πιο εύκολα ανάγκες και προβλήματα ασθενών, να βεβαιωθούν για την παρεχόμενη ποιότητα και αποτελεσματικότητα της περίθαλψής τους, να παίρνουν πιο εύκολα αποφάσεις και πρωτοβουλίες και να στηρίζουν την πρακτική τους πάνω σε επιστημονικά τεκμηριωμένες γνώσεις, αφού θα έχουν μελετήσει την ανάλογη βιβλιογραφία την οποία και θα εφαρμόζουν όχι μόνο στη νοσηλευτική πρακτική, αλλά και στη διοίκηση και την εκπαίδευση (Hoskins & Mariano, 2004).

Έρευνα, ονομάζεται η συστηματική και αδιάλειπτη διαδικασία αναζήτησης πληροφοριών που αποσκοπεί στην περιγραφή των φαινομένων, στην ανάπτυξη και τον έλεγχο επεξηγηματικών εννοιών και θεωριών (Bowling, 2014). Βασικός της στόχος είναι να συμβάλλει με τον καλύτερο δυνατό τρόπο στην εξέλιξη, την συμπλήρωση και την τροποποίηση της επιστημονικής γνώσης. Είναι η αλήθεια που δεν έχει ακόμα βρεθεί και για αυτό τον λόγο, κάθε ερευνητική μελέτη έχει το δικό της συγκεκριμένο σκοπό και τους δικούς της ερευνητικούς στόχους (Kothari, 2004).

Η νοσηλευτική έρευνα, σύμφωνα με τον Fain το 2017, μπορεί να οριστεί ως μια διαδικασία, η οποία επιτρέπει στους νοσηλευτές να υποβάλλουν ερωτήματα τα οποία αποσκοπούν στην απόκτηση νέων γνώσεων για τη βελτίωση της υγείας των ασθενών. Ακολουθεί μια

συστηματική προσέγγιση, η οποία βοηθάει τους νοσηλευτές στην πρακτική τους εξάσκηση, καθώς μπορεί να λειτουργήσει ως μια βάση γνώσεων (Polit & Beck, 2008).

Στόχος της νοσηλευτικής έρευνας είναι η εύρεση λύσεων σε προβλήματα της καθημερινής νοσηλευτικής πρακτικής. Η νοσηλευτική γνώση, η οποία μετατρέπεται σε πράξη, παύει να βασίζεται σε μύθους και παραδόσεις και η αντικειμενικότητα της ελέγχεται με την έρευνα. Στις τεκμηριωμένες δηλαδή, μέσω της έρευνας, νοσηλευτικές πρακτικές που οδηγούν στη βελτίωση της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας, και κατά επέκταση της αναβάθμισης του νοσηλευτικού επαγγέλματος (Munten et.al., 2009).

Η επιστημονική έρευνα σύμφωνα με την Αντωνία το 2010, είναι διεργασία με την οποία συγκεντρώνονται με συστηματικό και οργανωμένο τρόπο, απαραίτητα βεβαιώσιμα δεδομένα προκειμένου να επεξηγηθούν, να περιγραφούν, ή και να προβλεφθούν πιθανώς μελλοντικά γεγονότα. Η έρευνα αποτελεί το βασικό εργαλείο, για την απόκτηση της γνώσης και της επιστημονικής προσέγγισης θεμάτων και προβλημάτων. Διαφέρει από τα άλλα μέσα απόκτησης γνώσης γιατί διαθέτει αντικειμενικότητα. Στόχοι της έρευνας είναι η ερμηνεία και κατανόηση της πραγματικότητας καθώς και η εύρεση λύσεων σε προβλήματα και ερωτήματα που προκύπτουν από την καθημερινότητα. Ο βασικός όμως σκοπός της έρευνας, από οποιαδήποτε επιστήμη και αν διεξαχθεί, είναι κυρίως η προσφορά ποιοτικής και ασφαλέστερης ζωής στο κοινωνικό σύνολο.

2.2. Επιλογή θέματος και ερευνητικού προβλήματος

Παρόλο που στο διεθνές ερευνητικό και εκπαιδευτικό πεδίο το ζήτημα της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας έχει αναγνωριστεί ως πολύ σημαντικό, ωστόσο όμως στην Γερμανία δεν καταφέραμε να βρούμε επιστημονικά έγκυρο υλικό ώστε να στηρίξουμε την έρευνα μας. Μέχρι στιγμής δεν υπάρχουν ερευνητικά δεδομένα σχετικά με το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών στην Γερμανία, με απώτερη συνέπεια να αγνοούνται οι ελλείψεις που υπάρχουν στον τομέα της υγείας και εν τέλει στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Είναι επιστημονική νοσηλευτική γνώση που θα παραχθεί θα έχει ως στόχο να βοηθήσει και να προβληματίσει τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θα μπορούν στη συνέχεια να συνεχίσουν την έρευνα και να την εμπλουτίσουν, έτσι ώστε η ικανοποίηση των ασθενών να αυξάνεται συνεχόμενα και να μην είναι στάσιμη.

2.3. Σκοπός της έρευνας

Με τον σκοπό, δίνεται από τον ερευνητή, μια επεξήγηση, της σημαντικότητας του ερευνητικού προβλήματος που εξετάζεται (Brink et al., 2006). Δηλώνεται δηλαδή, συνοπτικά ο λόγος για τον οποίο διεξάγεται η μελέτη (Gray et al., 2017).

Ο σκοπός της συγκεκριμένης έρευνας είναι να διερευνηθεί η ικανοποίηση των πολιτών, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, που προσφέρουν τα Δημόσια Νοσοκομεία της Γερμανίας.

2.4. Διατύπωση υποθέσεων και ορισμός μεταβλητών

Η υπόθεση, σχετίζεται άμεσα με το σκοπό που έχει η κάθε έρευνα και διαμορφώνεται από την αναζήτηση της ανάλογης βιβλιογραφίας. Επομένως, τα αποτελέσματα είτε υποστηρίζουν και επιβεβαιώνουν την αρχική υπόθεση, είτε ενδέχεται να μην την επαληθεύσουν και να απορρήψουν έτσι το θεωρητικό υπόβαθρο (Gerrish & Lathlean, 2015). Η ερευνητική υπόθεση της συγκεκριμένης μελέτης, σύμφωνα με τις βιβλιογραφικές αναφορές, είναι ότι οι ασθενείς δεν μένουν απολύτως ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Γερμανία. Η έρευνα, θα αποδείξει αν η αρχική αυτή υπόθεση είναι σωστή ή αν είναι λανθασμένη και πρέπει να απορριφθεί.

Οι μεταβλητές είναι χαρακτηριστικά που μεταβάλλονται και ταξινομούνται σε εξαρτημένες και ανεξάρτητες (Bowers, 2011). Πιο συγκεκριμένα, η ικανοποίηση (των ασθενών) είναι η εξαρτημένη μεταβλητή και υπηρεσίες υγείας που είναι διαφορετικές κάθε φορά, είναι η ανεξάρτητη μεταβλητή.

2.5. Επιλογή ερευνητικού εργαλείου

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία ποσοτική, πρωτογενή έρευνα με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο είναι κατασκευασμένο από το Υπουργείο Υγείας του Ελληνικού Κράτους (Υ.ΠΕ.) και είναι επιστημονικά έγκυρο. Για να μπορέσουμε να δουλέψουμε με το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο στην Γερμανία, έγινε αρχικά μια πρόχειρη μετάφραση του στα γερμανικά και στην συνέχεια προωθήθηκε σε καθηγήτρια Γερμανικών για την τελική του μορφή. Στη συλλογή δεδομένων της έρευνας, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, το οποίο χωρίζετε σε δύο ενότητες. Το πρώτο μέρος,

περιέχει 32 ερωτήσεις κλειστού τύπου όπου διερευνάτε η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες που προσφέρει το τοπικό νοσοκομείο της περιοχής τους κατά την διάρκεια νοσηλείας τους σε 5 διαφορετικές διαστάσεις της. Οι ερωτήσεις αναφέρονται στην υποδοχή-περιβάλλον, ταχύτητα εξυπηρέτησης, κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις, εντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα, εντυπώσεις από την νοσηλευτική φροντίδα, διοικητικές υπηρεσίες, γενική εξυπηρέτηση.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιέχει ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικούς παράγοντες και συγκεκριμένα το φύλο, την ηλικία, ασφαλιστική κάλυψη, ιθαγένεια, επίπεδο εκπαίδευσης. Οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν αν οι εντυπώσεις που

αποκόμισαν από το νοσοκομείο είναι πολύ καλές, μάλλον καλές, ούτε καλές ούτε κακές, μάλλον κακές, πολύ κακές. Κάθε μία από τις 5 διαστάσεις παρέχει μια ξεχωριστή τιμή. Αν προστεθούν όλες οι διαστάσεις μεταξύ τους, το άθροισμα τους αντιστοιχεί στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Το ερωτηματολόγιο ήταν ανώνυμο και οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν έτσι, ώστε να υπάρχει σαφήνεια.

2.6. Η επιλογή του δείγματος (μέθοδος δειγματοληψίας)

Ο κάθε ερευνητής, πρέπει να είναι σε θέση να προσδιορίσει με σαφήνεια τον πληθυσμό-δείγμα που μελετά και τον τρόπο της επιλογής του. Ακόμη, στη μελέτη του θα πρέπει να προσδιορίζει με σαφήνεια ποια κριτήρια χρησιμοποιήθηκαν για να συμπεριληφθούν ή να αποκλειστούν συμμετέχοντες, πώς επιλέχθηκε το δείγμα πληθυσμού και πόσοι προσκλήθηκαν να συμμετάσχουν (Moule & Goodman, 2013).

Τον σημαντικότερο ρόλο στην εκτέλεση και την τελική αξιολόγηση της έρευνας παίζει το μέγεθος του δείγματος. Για παράδειγμα, όσο μεγαλύτερο είναι το δείγμα της έρευνας, τόσο μικρότερη είναι η πιθανότητα λάθους και επομένως αυξάνονται οι πιθανότητες να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού (Schneider et al., 2013).

Το δείγμα αποτελείται από 99 ασθενείς από ένα Δημόσιο Νοσοκομείο της Γερμανίας. Το δείγμα επιλέχθηκε από τις τοπικές κλινικές και αρχικά αποτελείτο από 100 ασθενείς στους οποίους και δόθηκαν τα ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση. Από τα 100 ερωτηματολόγια επεστράφησαν συμπληρωμένα 99. Όλα τα ερωτηματολόγια παρελήφθησαν και συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια επισκεπτηρίου στην κλινική ή στον προαύλιο χώρο. Διαπιστώνεται λοιπόν υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης 99%.

Το δείγμα είναι μικρό, καθώς υπήρχαν περιορισμοί οικονομικοί, χρονικοί και έλλειψης

δυνατότητας μεταφοράς. Το ίδιο ισχύει και για τα τμήματα, όπου δεν υπήρχε ποικιλία, καθώς δεν ήταν παντού οι ασθενείς πρόθυμοι για τη συμμετοχή τους στην έρευνα.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με αυτοπρόσωπη παρουσία του ερευνητή από τον Μάιο έως τον Ιούνιο του 2018. Ο πληθυσμός στόχος της έρευνας ήταν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ενός Δημόσιου Νοσοκομείου της Γερμανίας. Προκειμένου να συλλεχθεί δείγμα από τον πληθυσμό στόχο επιλέχθηκε η διακίνηση του ερωτηματολογίου με τυχαίο τρόπο στα μέλη του πληθυσμού στόχου που επισκέφτηκαν την κλινική κατά την περίοδο της έρευνας. Τα άτομα του δείγματος ενημερώνονταν από την αρχή για το σκοπό της έρευνας, συμμετείχαν εκούσια και στις απαντήσεις των ατόμων υπήρξε απόλυτη εχεμύθεια και σεβασμός.

Ανάλογα με το ερώτημα που ψάχνουμε, ο ερευνητής διαλέγει ανάμεσα σε δύο μεγάλες κατηγορίες της έρευνας, την ποιοτική και την ποσοτική. Θα πρέπει να τονισθεί ότι καμία μέθοδος δεν θεωρείται καλύτερη από την άλλη, καθώς κάθε έρευνα είναι χρήσιμη με διαφορετικό τρόπο και επομένως, ο κάθε ερευνητής διαλέγει τη μέθοδο που είναι καλύτερη για το ερώτημα που ερευνά (Brockopp & Hastings-Tolsma, 2003). Η μέθοδος που χρησιμοποιείται στην παρούσα έρευνα, είναι η ποσοτική και τα δεδομένα που θα προκύψουν, θα βοηθήσουν τους νοσηλευτές να κατανοήσουν καλύτερα, την ικανοποίηση που λαμβάνει ο ασθενής κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του, να ευαισθητοποιηθούν στο να βρουν τρόπους να βελτιώσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, καθώς και να παρακινηθούν για περαιτέρω έρευνα πάνω σε αυτό το ζήτημα.

Κριτήρια αποκλεισμού αποτέλεσαν οι εξής κατηγορίες του πληθυσμού δείγματος : α) ηλικία <16 ετών β) υπερήλικες με έκπτωση των γνωστικών λειτουργιών και γ) οι πάσχοντες από σοβαρά νοσήματα.

2.7. Η επιλογή των μεθόδων μέτρησης

Στα δημογραφικά στοιχεία το φύλο, η ασφάλιση και η υπηκοότητα, ακολουθούν ονομαστική κλίμακα μέτρησης, ενώ η ηλικία και το μορφωτικό επίπεδο ακολουθούν αναλογική κλίμακα μέτρησης.

Τα παραπάνω στοιχεία συμπληρώνονται από τον ίδιο τον ερευνητή σε μορφή ερωτηματολογίου για το κάθε υποκείμενο που έπαιρνε μέρος στην συγκεκριμένη έρευνα ξεχωριστά.

2.8. Διατύπωση των δειγματολογικών μεθόδων

Στη φάση του σχεδιασμού και της εφαρμογή της έρευνας η δειγματοληψία είναι από τις σημαντικές διαδικασίες και διακρίνεται σε πιθανότητας και μη πιθανότητας. Στην κατηγορία της πιθανότητας κάθε μέλος του πληθυσμού της μελέτης έχει μία ισότιμη και ανεξάρτητη ευκαιρία να επιλέγει σαν δείγμα, ενώ στη μη πιθανότητας δεν προσφέρονται ίσες ευκαιρίες επιλογής σε όλα τα μέλη (Grove & Ciper 2017).

Η κατηγορία της δειγματοληψίας που ακολουθείται στην συγκεκριμένη έρευνα είναι η μη πιθανότητας και το είδος της είναι ευκολίας ή περιστασιακή καθώς αποτελείται από τα υποκείμενα που είναι πιο εύκολα διαθέσιμα και προσβάσιμα. Το δείγμα ευκολίας προέρχεται από τους ασθενείς που νοσηλεύονται σε ένα δημόσιο νοσοκομείο της Γερμανίας, λόγω έλλειψης χρόνου και οικονομικών πόρων. Αυτό έχει σαν αποτέλεσμα την χαμηλή αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος και την αδυναμία γενικεύσεις στον πληθυσμό.

Το δείγμα ευκολίας όμως έχει κάποια πλεονεκτήματα όπως το ότι μπορεί να βρίσκεται σε έναν εύκολα προσβάσιμο γεωγραφικό χώρο, σε κατάλληλη ώρα και σημείο, μειωμένο κόστος διεξαγωγής αλλά σίγουρα και αυξημένος κίνδυνος μεροληψίας, συστηματικών σφαλμάτων και μη αντιπροσωπευτικού δείγματος.

2.9. Αναθεώρηση του ερευνητικού σχεδίου

Η ερευνητική ομάδα, πριν περάσει στην υλοποίηση της έρευνας, με το μοίρασμα των ερωτηματολογίων, έπρεπε να υποβάλλει το σχέδιό της προς αναθεώρηση. Ο επιβλέπων καθηγητής (κος Μπακάλης Νικόλαος), έλαβε αναλυτικά όλο το σχέδιο της έρευνας για το θέμα και αφού έγιναν οι απαραίτητες προσθήκες και αλλαγές, έδωσε την έγκρισή του για να πραγματοποιηθεί η έρευνα στα δημόσια νοσοκομεία της Γερμανίας.

Στην πορεία της έρευνας, όμως, υπήρξαν κάποιοι περιορισμοί, όπως η δυσκολία της μεταφοράς του ερευνητή στα διάφορα δημόσια νοσοκομεία της Γερμανίας και επομένως, έγινε εστίαση μόνο σε αυτά που βρίσκονται στην περιοχή της Χαϊδελβέργης.

Στη συνέχεια, στάλθηκαν επιστολές, καθώς και η ατζέντα των ερωτήσεων στα γραφεία διεύθυνσης νοσηλευτικού προσωπικού, κάθε δημόσιου νοσοκομείου, ώστε να δοθεί άδεια για να προσεγγιστούν οι ασθενείς. Οι επιστολές αυτές, όχι μόνο θα έκαναν γνωστό τον σκοπό της έρευνας, αλλά θα επιβεβαίωναν ότι οι ηθικές αρχές, δεν θα παραβιάζονταν και η συμμετοχή των ασθενών, θα ήταν εθελοντική και ανώνυμη.

Οι προϊστάμενοι των τμημάτων, αφού έγινε δεχτό το αίτημα, εξέτασαν και αυτοί με τη σειρά τους, τον σκοπό της έρευνας και μελέτησαν αναλυτικά τη θεματολογία των ερωτήσεων. Είναι πολύ σημαντικό να τονιστεί ότι, κατά τη διάρκεια της έρευνας, τηρήθηκε από την ερευνητική ομάδα, ο ηθικός κώδικας, τοποθετώντας τον σε προτεραιότητα. Δηλαδή, όλα τα υποκείμενα της έρευνας, πληροφορήθηκαν ότι θα διατηρηθεί η εμπιστευτικότητα και η ανωνυμία όλων των απαντήσεων, προστατεύοντας με αυτόν τον τρόπο την ιδιωτικότητάς τους. Η συμμετοχή τους είναι καθαρά εθελοντική και μπορούν να αποχωρήσουν από την έρευνα, όποτε το επιθυμήσουν. Τέλος, αναφέρθηκε ότι δεν θα υπάρξουν τυχόν οικονομικά ανταλλάγματα.

2.10. Επιλογή ερευνητικού σχεδίου

Η συγκεκριμένη έρευνα, διακρίνεται από αρχή, μέση και τέλος και περιλαμβάνει όλες τις φάσεις του σχεδιασμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης. Αρχικά, στο ερευνητικό σχέδιο, αναφέρονται η υπόθεση και τα ερευνητικά ερωτήματα που θα μελετηθούν και τα οποία κατεγράφησαν αναλυτικά παραπάνω. Μετά την παραχώρηση της άδειας από το διοικητικό προσωπικό, προγραμματίζεται ο χώρος και ο χρόνος για την έναρξη της έρευνας. Ο χώρος βρίσκεται στο ίδιο το νοσοκομείο και πιο συγκεκριμένα στο εκάστοτε τμήμα που νοσηλεύεται ο ασθενής - υποκείμενο της έρευνας, είτε ακόμη και στον προαύλιο χώρο ψυχαγωγίας των νοσοκομείων και επομένως θα νιώθουν πιο οικεία και οι ίδιοι. Ο χρόνος, υπολογίζεται περίπου στα 10-15 λεπτά και αναλόγως τις σύντομες ή εκτενέστερες απαντήσεις που θα δοθούν.

Τέλος, θα πρέπει να αποσαφηνιστεί ο τρόπος με τον οποίο θα γίνει η επεξεργασία και ανάλυση των δεδομένων. Σε κάθε ερωτηματολόγιο θα γίνει αποκωδικοποίηση των απαντήσεων και στη συνέχεια, θα γίνει η ανάλυση και η ερμηνεία των δεδομένων, τα οποία θα συσχετιστούν με την ανάλογη βιβλιογραφία του πρώτου κεφαλαίου. Το πρόγραμμα που

θα χρησιμοποιηθεί για την ανάλυση των στοιχείων και την αποκωδικοποίηση των αποτελεσμάτων είναι τα υπολογιστικά φύλλα της Google.

2.11. Προετοιμασία δεδομένων για ανάλυση

Μετά την συγκέντρωση των δεδομένων ακολουθεί η κατάλληλη προετοιμασία για την ανάλυσή τους. Έγινε δηλαδή, η ανάλογη κωδικοποίηση των απαντήσεων από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν από το δείγμα. Για την συλλογή και την καταγραφή των αποτελεσμάτων από τα ερωτηματολόγια πραγματοποιήθηκε η ηλεκτρονική καταγραφή τους σε ειδικές φόρμες που παρέχει η Google Drive. Συγκεκριμένα, ο ερευνητής πέρασε τις απαντήσεις των ερωτηματολογίων στις ειδικές φόρμες που παρέχει η Google Drive (Υπολογιστικά φύλλα της Google) και εκεί έγινε η κωδικοποίηση των απαντήσεων. Στην συνέχεια, ακολούθησε η ανάλογη ομαδοποίηση των απαντήσεων για την καλύτερη ανάλυση και νοηματοποίηση των δεδομένων. Η καταγραφή των αποτελεσμάτων παρουσιάζεται αναλυτικά στο επόμενο κεφάλαιο της παρούσας μελέτης..

2.12. Ανάλυση των δεδομένων

Η ανάλυση των δεδομένων είναι μία συστηματική μέθοδος, η οποία εξετάζει τα δεδομένα που συλλέχθηκαν για την έρευνα, ώστε με αυτό τον τρόπο να στηριχθούν οι ερμηνείες και τα αποτελέσματα που σχετίζονται με τα συμπεράσματα στον πληθυσμό (Fitzpatrick & Kazer, 2012).

Μπορεί κανείς μάλιστα, να πει ότι η φάση της επεξεργασίας αρχίζει πολύ πριν από την συλλογή των δεδομένων και συνεχίζεται κατά την διάρκειά αυτής. Εννοώντας ότι κατά την φάση του σχεδιασμού ήδη έχει αποφασιστεί ένα «πλάνο» επεξεργασίας περισσότερο ή λιγότερο λεπτομερές, ανάλογα με τη γνώση του αντικειμένου της έρευνας, τη φύση της έρευνας, την οργάνωσή της και ότι κατά τη διάρκεια της συλλογής των στοιχείων η πρώτη πράξη της επεξεργασίας, δηλαδή ο έλεγχος των ερωτηματολογίων, ήδη συντελείται.

Αρχικά, αναλύονται τα δημογραφικά στοιχεία των υποκειμένων τα οποία παίζουν σημαντικό ρόλο σε κάθε έρευνα καθώς περιλαμβάνουν σημαντικά χαρακτηριστικά και πληροφορίες του πληθυσμού που βοηθούν στην περιγραφή και στην σύγκριση των διαφορετικών δειγμάτων.

Στη συνέχεια, γίνεται η μεμονωμένη ανάλυση των δεδομένων για κάθε ερώτημα ξεχωριστά, ώστε να βγει το αποτέλεσμα της μελέτης.

Πρέπει να αναφερθεί ότι η ανάλυση χωρίζεται σε τρία επιμέρους στάδια σύμφωνα με την Δαρβίρη το 2009, τα οποία οργανώνονται πριν, μετά και κατά την τη διάρκεια της συλλογής των δεδομένων.

1. Το πρώτο στάδιο είναι ο έλεγχος ο οποίος για να είναι επιτυχής θα πρέπει να έχει γίνει σωστή προετοιμασία της έρευνας. Φυσικά, πρέπει να ασκείται σε όλη τη διάρκεια της έρευνας, για κάθε δραστηριότητα όπως, έλεγχος της σωστής διατύπωσης των στόχων της έρευνας, έλεγχος στη σωστή εκτύπωση των εντύπων, έλεγχος στην επιλογή των συνεντευκτών, έλεγχος στην σωστή ανάλυση των δεδομένων. Ο βασικότερος όμως έλεγχος αφορά την ορθή συμπλήρωση και την τήρηση των κανόνων δειγματοληψίας.
2. Το δεύτερο στάδιο αναφέρετε στην παρουσίαση των δεδομένων και περιλαμβάνει όλες τις τεχνικές που θα βοηθήσουν τον ερευνητή, να μπορέσει να οργανώσει τα δεδομένα του, έτσι ώστε να μην έχει καμία δυσκολία στο στάδιο της ανάλυσής τους. Όπως για παράδειγμα την κωδικογράφιση, την μετατροπή των απαντήσεων σε σύμβολα ή αριθμούς, έτσι ώστε να έχουν την κατάλληλη μορφή για μηχανογραφική επεξεργασία.
3. Το τρίτο και τελευταίο στάδιο σχετίζεται με τον έλεγχο των δεδομένων και την θεωρητικοποίηση τους. Σε αυτό το στάδιο θα πρέπει ο ερευνητής να αποδώσει ένα νόημα σε όλα αυτά τα δεδομένα που συνέλεξε και να προχωρήσει σε ένα νοηματικό επεξηγηματικό πλαίσιο. Με αυτό τον τρόπο θα απαντήσει στα ερωτήματα που έθεσε στην αρχή της μελέτης του αλλά και θα επιβεβαιώσει τα δεδομένα που έχει ήδη αναφέρει.

2.13. Ανακοίνωση των αποτελεσμάτων

Αφού ολοκληρωθεί η κάθε έρευνα, καλό θα ήταν τα αποτελέσματα της να ανακοινώνονται δημοσίως, είτε σε κάποιο συνέδριο, είτε να δημοσιεύονται σε κάποιο επιστημονικό περιοδικό. Θεωρείται ευθύνη των ίδιων των ερευνητών να κάνουν χρήση των ευρημάτων της έρευνας τους σε θέματα, όπου μπορούν ίσως να προσφέρουν κάτι καινούργιο προς μελέτη.

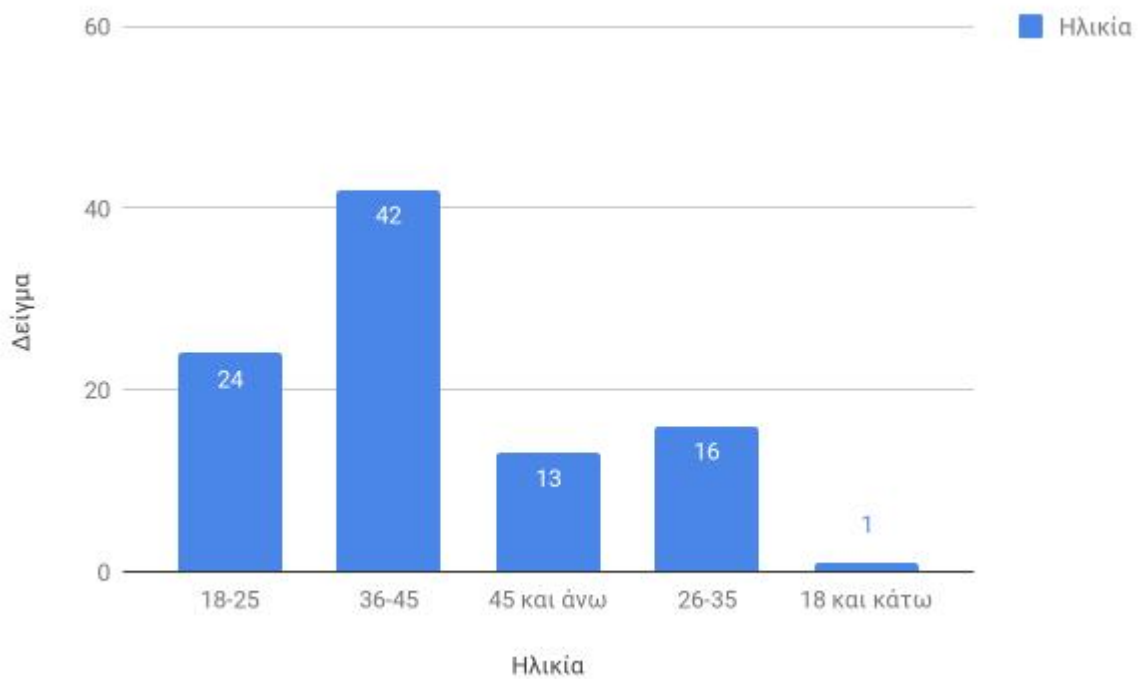
2.14. Εφαρμογή των ευρημάτων

Η συγκεκριμένη έρευνα έχει ως στόχο όχι μόνο να ευαισθητοποιήσει, αλλά και να προβληματίσει νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό πάνω στο θέμα της ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στην Γερμανία. Κάνοντας γνωστά τα ευρήματα της έρευνας (περίληψη των αποτελεσμάτων θα σταλεί στην Διεύθυνση του νοσοκομείου) παράγεται μία νέα γνώση που έχει ως στόχο να βελτιώσει την ποιότητα ζωής των ασθενών και να βελτιώσει τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στο μέλλον.

Κεφάλαιο 3: Αποτελέσματα έρευνας

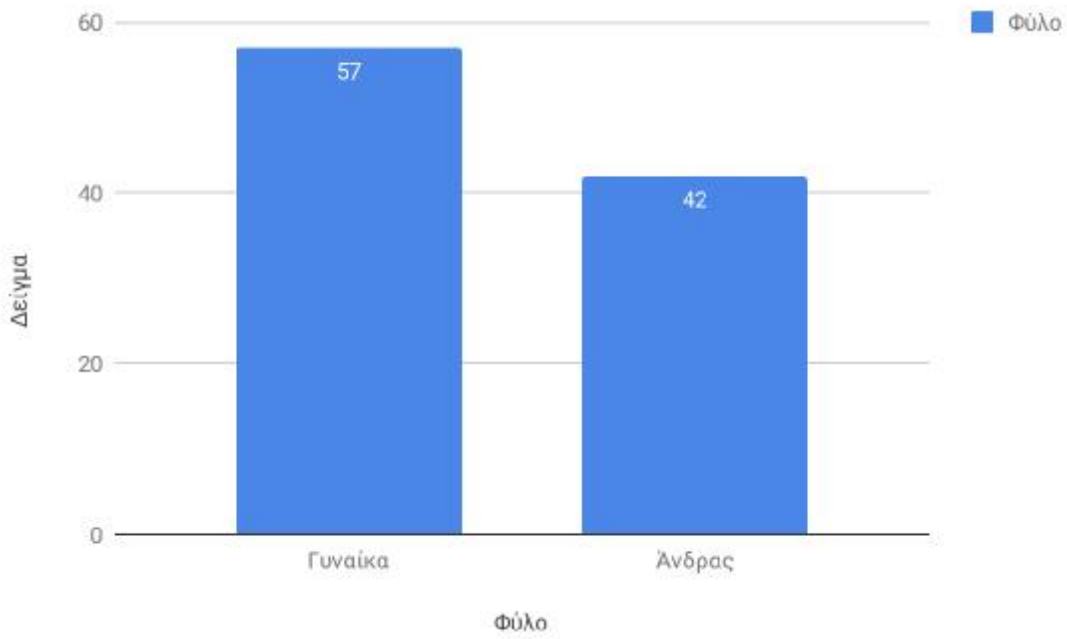
3.1. Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

ΓΡΑΦΗΜΑ 1: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την ηλικία



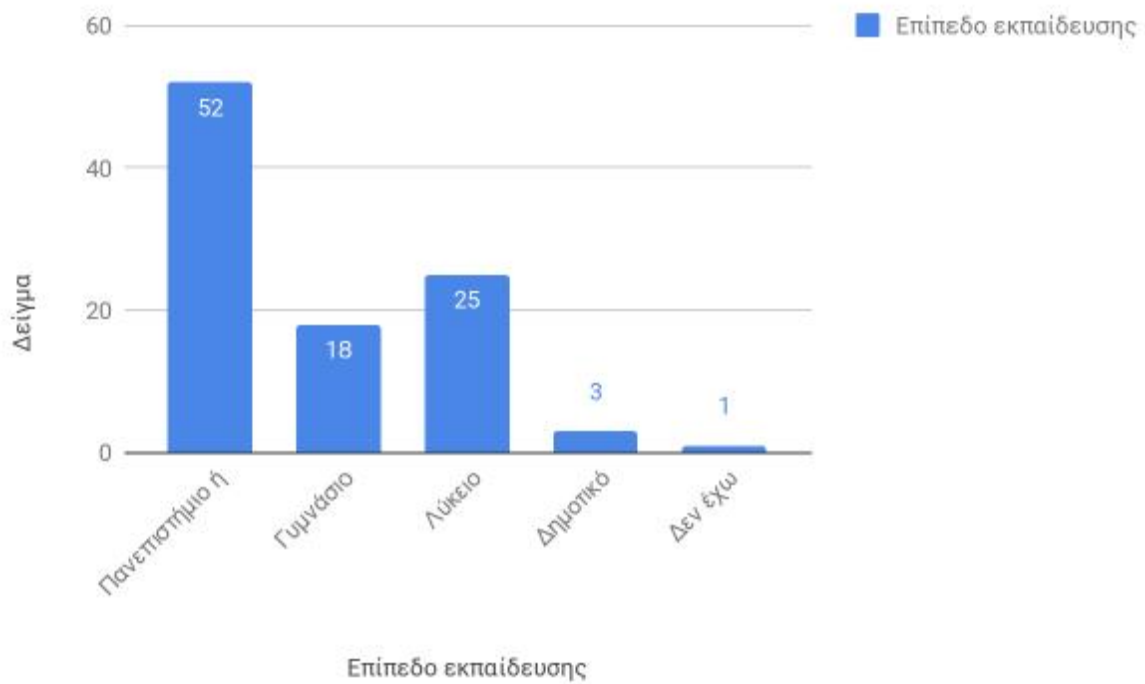
Η πλειοψηφία των πολιτών που συμμετείχαν στην έρευνα, κυμαίνονται σε ηλικία από 36-45 το 42% και από 18-24 το 24%.

ΓΡΑΦΗΜΑ 2: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το φύλο



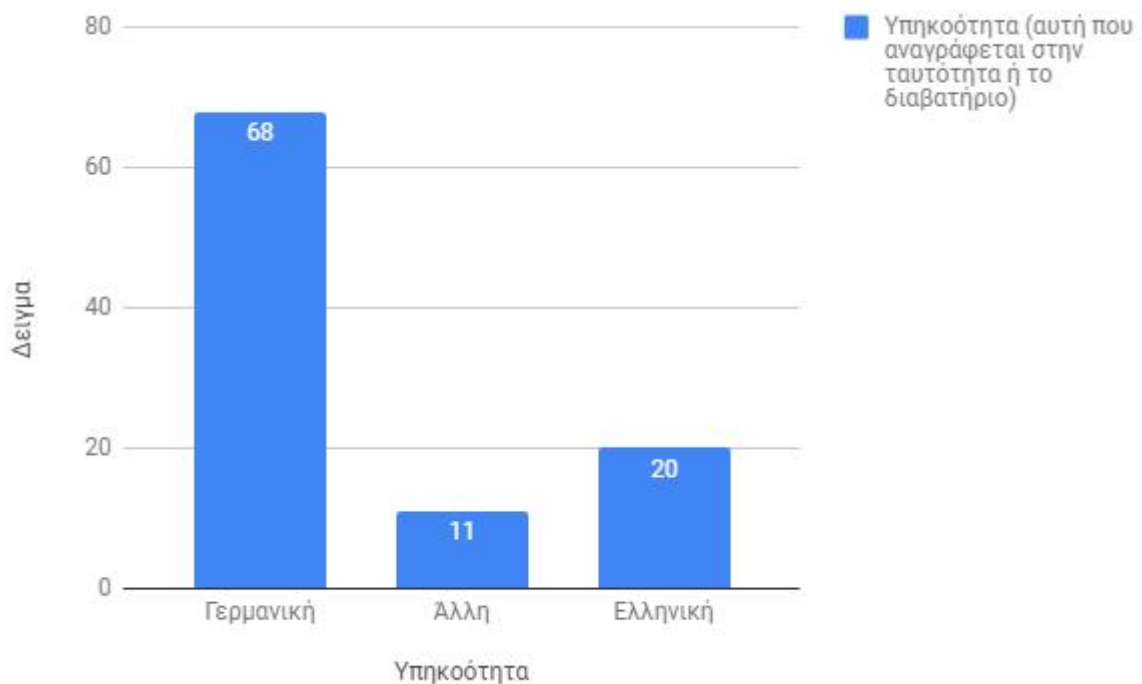
Το 57% των συμμετεχόντων είναι γυναίκες, ενώ το 42% άντρες.

ΓΡΑΦΗΜΑ 3: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με το επίπεδο εκπαίδευσης



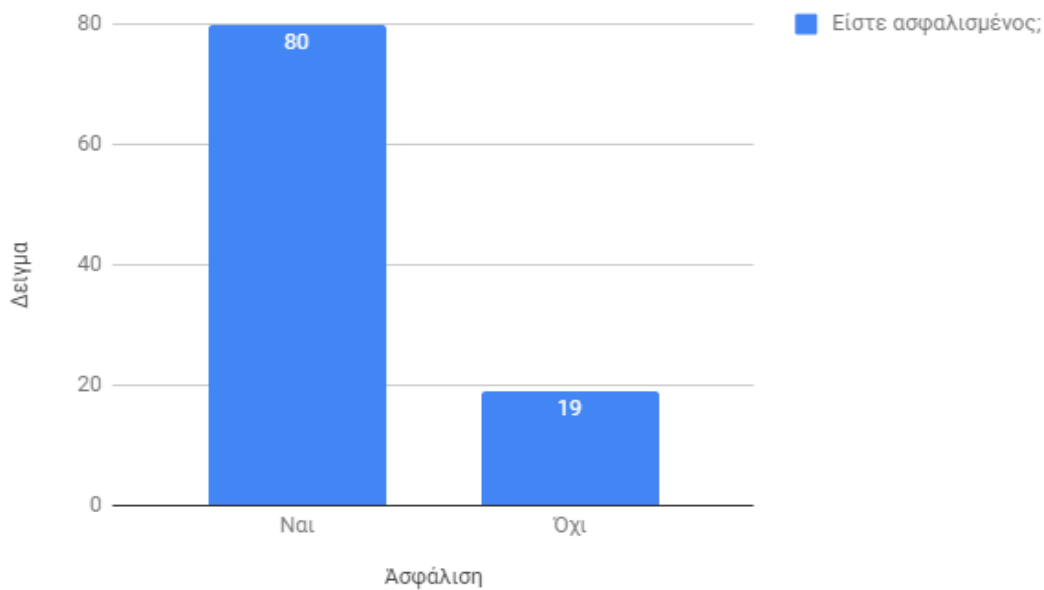
Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων (52%), έχουν ολοκληρώσει κάποιο Πανεπιστήμιο ή άλλη ανώτατη βαθμίδα εκπαίδευσης.

ΓΡΑΦΗΜΑ 4: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την υπηκοότητα



Η υπηκοότητα που υπερίσχυσε με 68% είναι η Γερμανική.

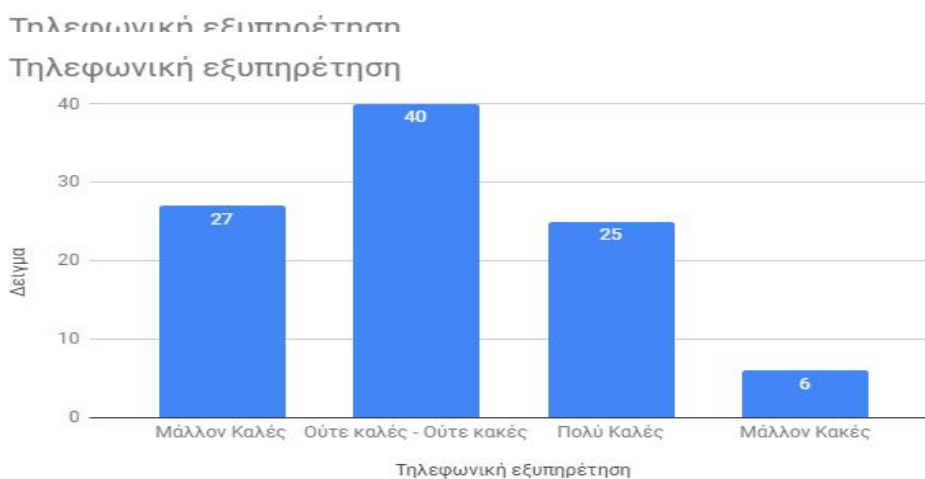
ΓΡΑΦΗΜΑ 5: Δημογραφικά στοιχεία σε σχέση με την ασφάλιση



Η συντριπτική πλειοψηφία (το 79%) του δείγματος υπηρεσιών υγείας είναι ασφαλισμένη.

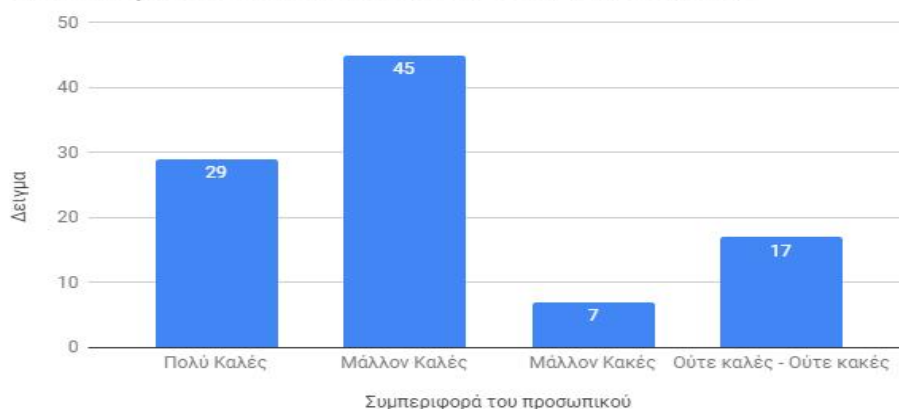
3.2. Παρουσίαση αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου

1. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΥΠΟΔΟΧΗΣ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ



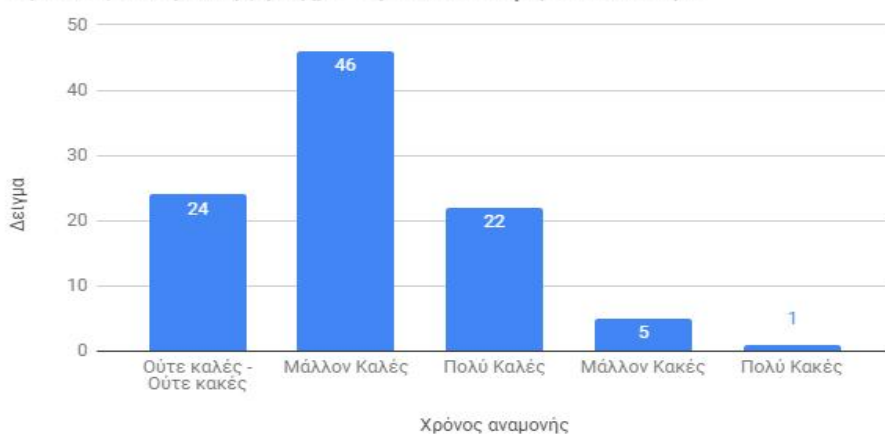
Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών από την τηλεφωνική εξυπηρέτηση, οι απαντήσεις κυμάνθηκαν από Πολύ Καλές έως Μάλλον Καλές στο 52% των χρηστών, ενώ το 40% κράτησε ουδέτερη στάση.

Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχεται.



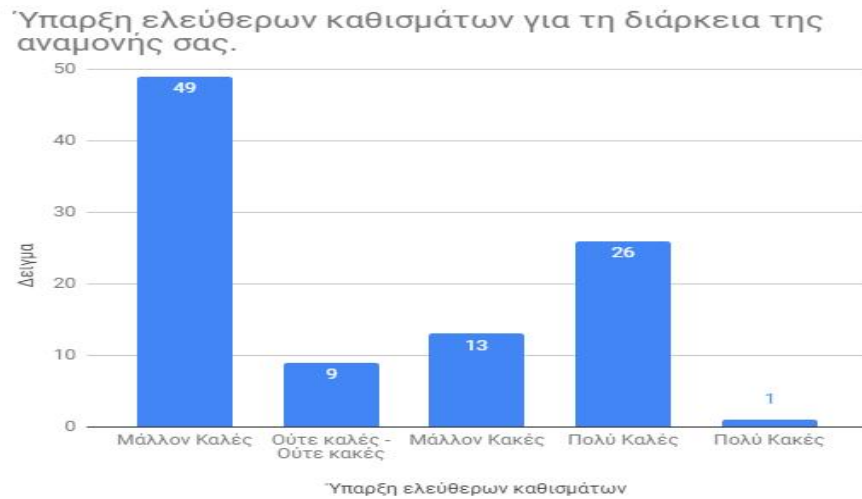
Από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την ικανοποίηση των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, οι ασθενείς φαίνεται να εκτιμούν σε μεγάλο βαθμό την συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού, καθώς το μέγιστο ποσοστό την έκρινε από Πολύ Καλή έως Μάλλον Καλή (74%).

Χρόνος αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον ιατρό



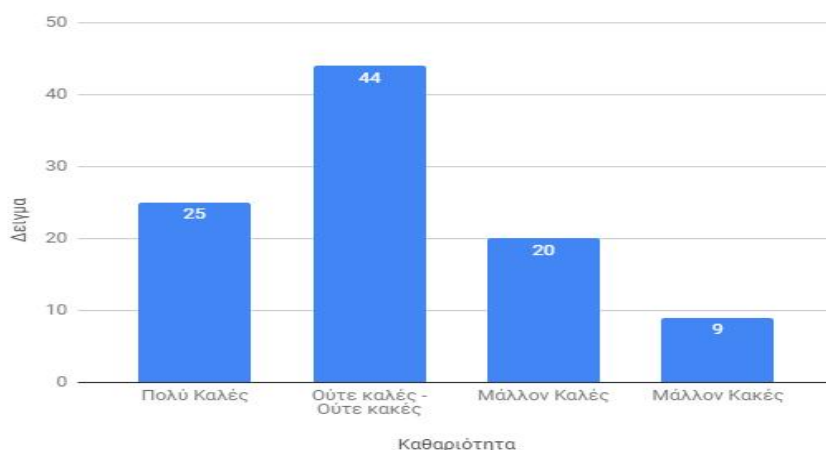
Από την παράθεση του παραπάνω διαγράμματος που αφορά τον χρόνο αναμονής πριν την επίσκεψη στον ιατρό, προκύπτει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι Πολύ Καλή είτε

Μάλλον Καλή, σε ποσοστό που είναι αρκετό ώστε να επηρεάσει τα αποτελέσματα της έρευνας (74%).



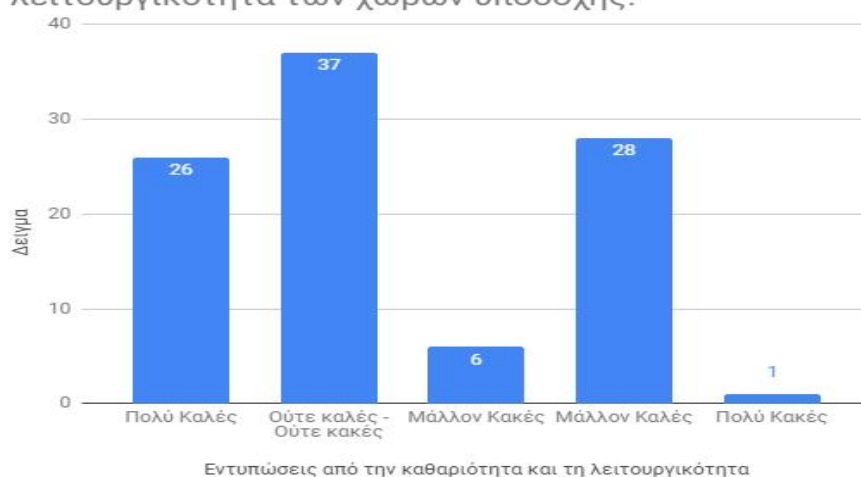
Το 68% των ασθενών είχε Πολύ Καλές έως Μάλλον Καλές εντυπώσεις από τον χρόνο αναμονής του στο νοσοκομείο και την ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων κατά την διάρκεια αυτής, ενώ το 14% είχε αντίθετη άποψη.

Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (W.C κ.α.)

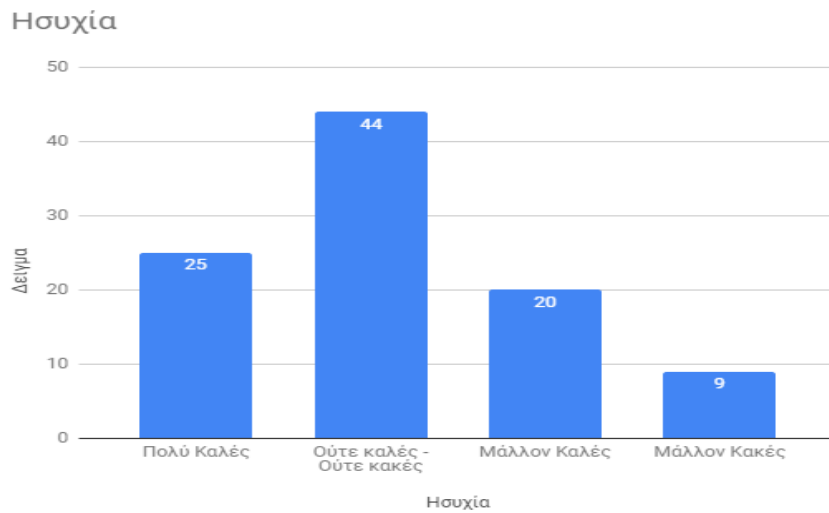


Περιθώρια βελτίωσης φαίνεται να υπάρχουν στο νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης όσον αφορά την καθαριότητα στους χώρους υγιεινής και υποδοχής, αφού στις σχετικές ερωτήσεις τα ποσοστά ικανοποίησης μειώθηκαν. Συγκεκριμένα, μόνο το 45% απάντησε θετικά σχετικά με την υγιεινή των βοηθητικών χώρων και το 9% αρνητικά.

Εντυπώσεις από την καθαριότητα και τη λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής.

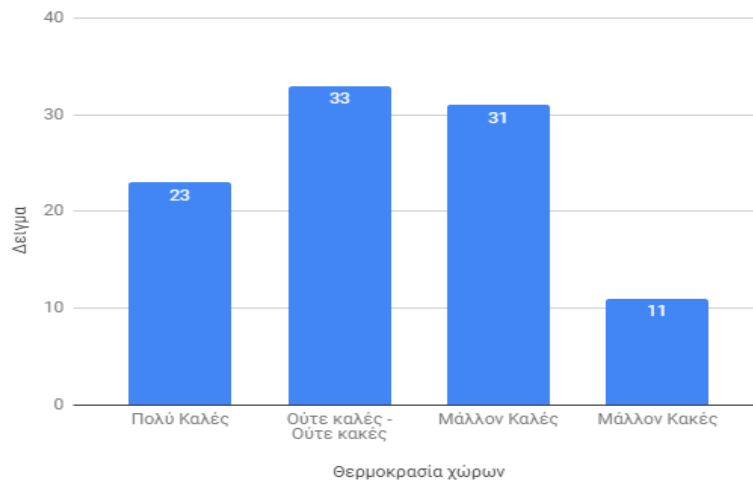


Όσον αφορά την καθαριότητα και τη λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής μόνο το 54% απέσπασε θετική εντύπωση, ενώ το 37% κράτησε ουδέτερη στάση. Το 7% του δείγματος είχε μάλλον κακές εντυπώσεις.



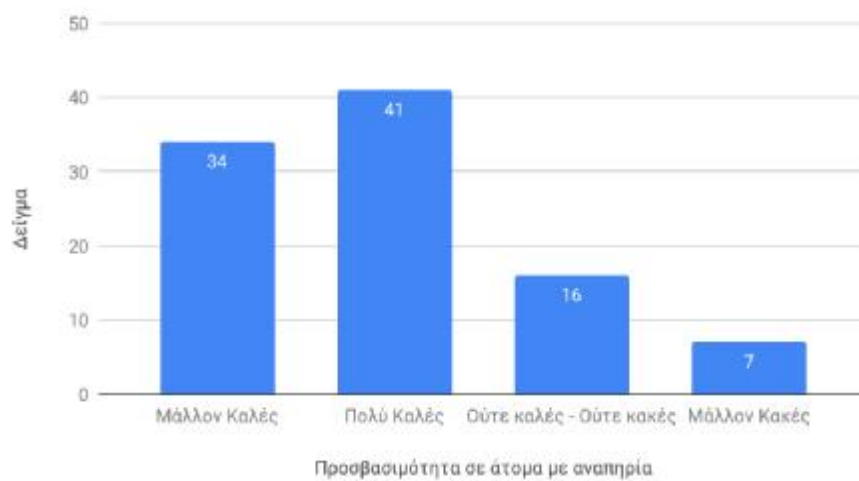
Στην ερώτηση εκτίμησης της ησυχίας των χώρων το 45% είχε Πολύ Καλές έως Μάλλον Καλές εντυπώσεις, ενώ το 44% θεώρησε την ησυχία στους χώρους του νοσοκομείου ουδέτερη.

Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση- ψύξη)



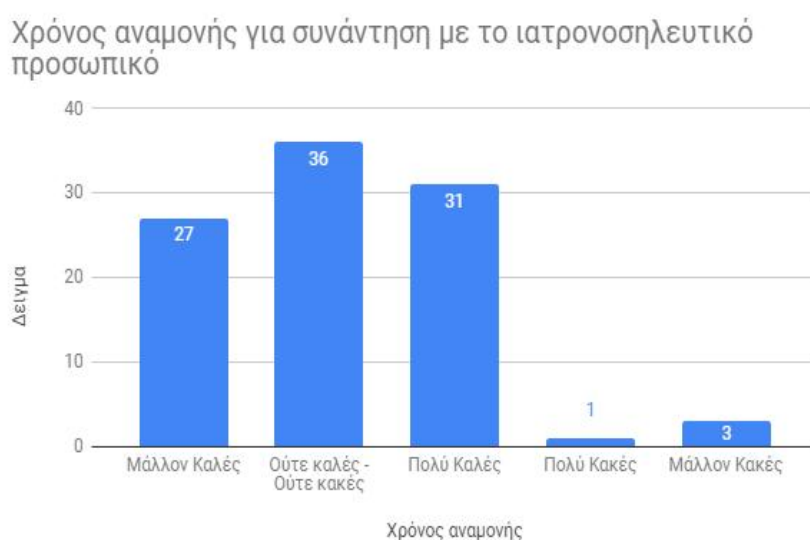
Στην ερώτηση εκτίμησης της θερμοκρασίας, το 54% των ασθενών έκρινε την θέρμανση των χώρων από Πολύ Καλή έως Μάλλον Καλή ενώ, το 11% δεν συμφωνησε με τις παραπάνω εντυπώσεις.

Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία



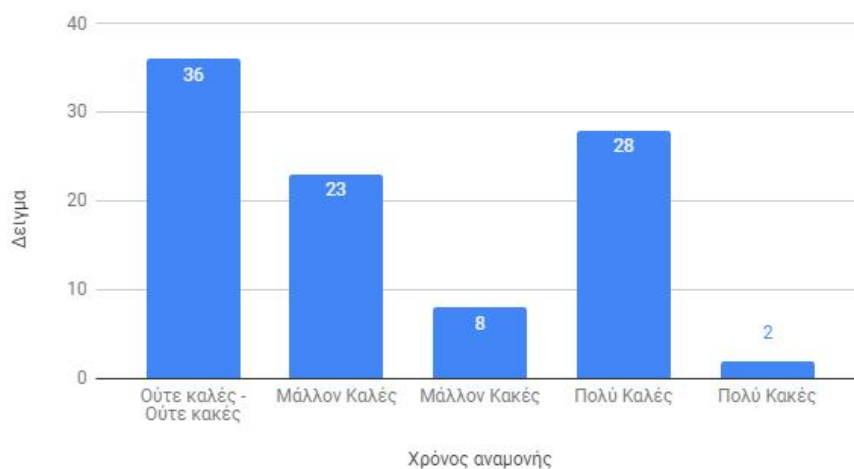
Πολύ σημαντικό ρόλο παίζει η εντύπωση των χρηστών από τις δυνατότητες προσβασιμότητας που παρέχει το νοσοκομείο σε άτομα με αναπηρία. Αξίζει να σημειωθεί, ότι το 75% είχε Πολύ Καλές έως Μάλλον Καλές εντυπώσεις από την προσβασιμότητα του χώρου, πράγμα που ανεβάζει το επίπεδο λειτουργικότητας του νοσοκομείου και των χώρων του.

2. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΗΣ ΤΑΧΥΤΗΤΑΣ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ



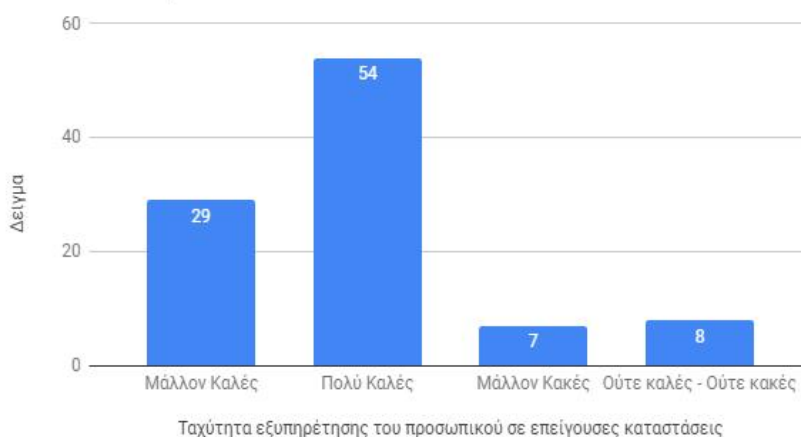
Στο κεφάλαιο που αφορά την ταχύτητα εξυπηρέτησης, φαίνεται ότι στον χρόνο αναμονής για την συνάντηση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό το 58% του πληθυσμού δήλωσε την εκτίμησή του στην υπηρεσία από Πολύ Καλή έως Μάλλον Καλή.

Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων



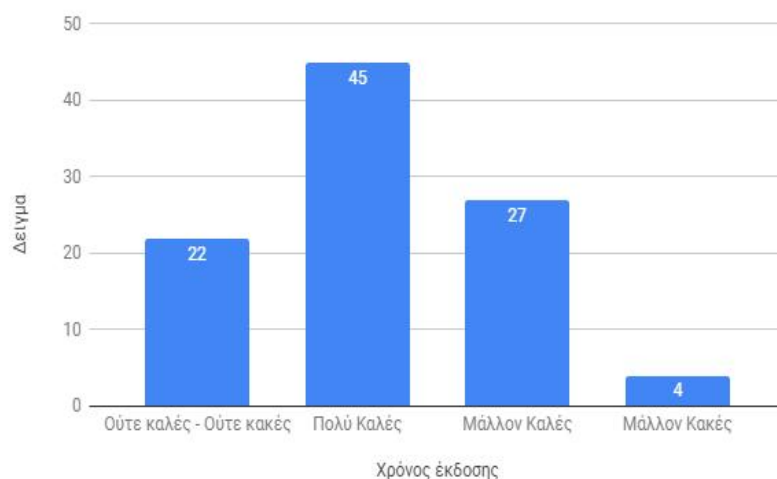
Στην ερώτηση για τον χρόνο αναμονής της διενέργειας των εξετάσεων την ίδια θετική απάντηση έδωσε το 51%. Και στις δύο ερωτήσεις όμως, το 36% θεώρησε τις υπηρεσίες Ούτε καλές αλλά Ούτε κακές.

Ταχύτητα εξυπηρέτησης του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις



Από τα παραπάνω αποτελέσματα φαίνεται πως οι ασθενείς έχουν πολύ καλές εντυπώσεις όσον αφορά την ταχύτητα εξυπηρέτησης του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις. Στην δεύτερη ερώτηση που αφορά την ταχύτητα εξυπηρέτησης σε επείγουσες καταστάσεις, το 83% έχει πολύ καλές εντυπώσεις, ενώ μόνο το 7% αρνητική.

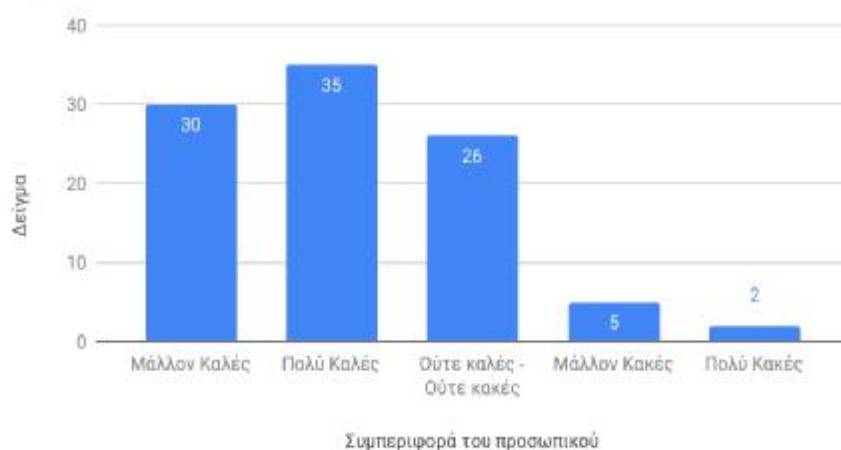
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων



Οι ασθενείς έχουν πολύ καλές εντυπώσεις όσον αφορά τον χρόνο έκδοσης αποτελεσμάτων των εξετάσεων. Συγκεκριμένα, το 72% των ασθενών χαρακτήρισε την έκδοση των αποτελεσμάτων Πολύ Καλή έως Μάλλον Καλή, ενώ μόνο το 4% έμεινε δυσαρεστημένο.

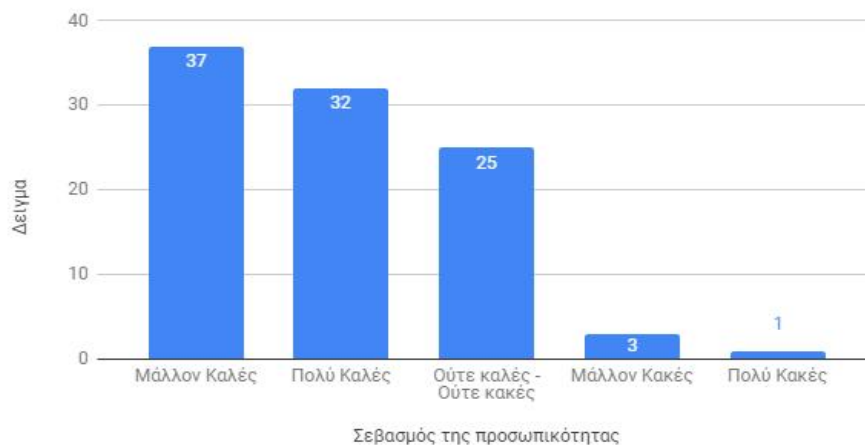
3. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΚΛΙΝΙΚΩΝ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΩΝ ΕΞΕΤΑΣΕΩΝ

Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων



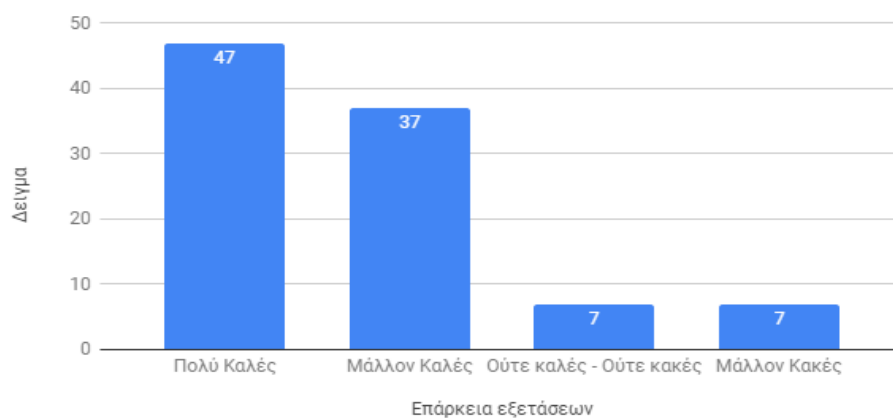
Η συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διενέργεια των εξετάσεων χαρακτηρίζεται από το 65% του πληθυσμού Πολύ - Μάλλον Καλή, το 26% είχε ουδέτερες εντυπώσεις, ενώ οι αρνητικές απαντήσεις κυμαίνονταν στο 7%.

Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς



Η τήρηση του σεβασμού της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς, χαρακτηρίστηκε επίσης από το 69% των συμμετεχόντων Πολύ έως Μάλλον Καλή ενώ το 25% τις θεώρησε ουδέτερες.

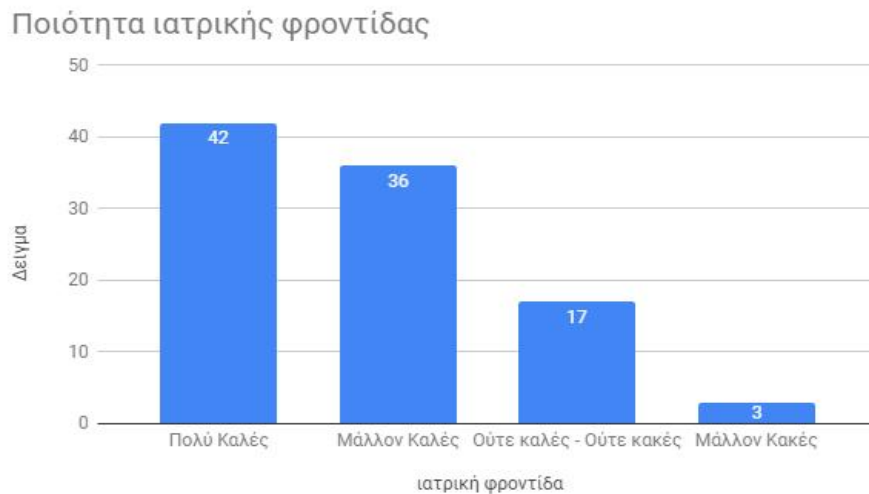
Επάρκεια εξετάσεων που το Νοσοκομείο μπορεί να προσφέρει



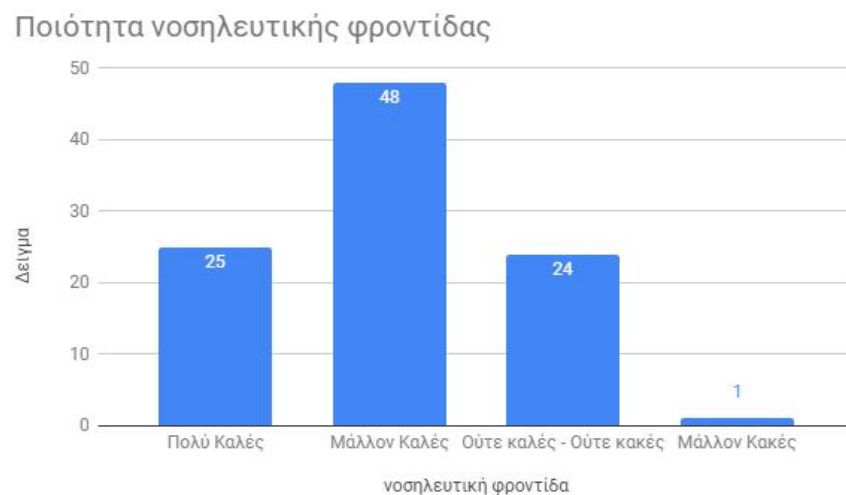
Τέλος, στην τρίτη και επίσης κρίσιμη ερώτηση του διαγράμματος (που έχει να κάνει με την επάρκεια των εξετάσεων που μπορεί να προσφέρει το νοσοκομείο), η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 84% είχε πολύ θετική εντύπωση, ενώ μόνο το 7% αρνητική.

4. ΕΚΤΙΜΗΣΗ ΤΩΝ ΕΝΤΥΠΩΣΕΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΚΑΙ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ

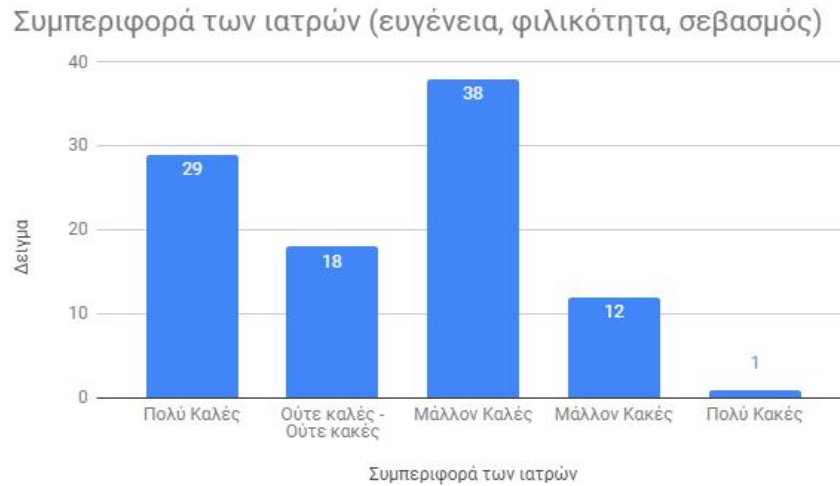
Απο τα αποτελέσματα των εντυπώσεων της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας φαίνεται ότι η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας είναι κατά ένα πολύ μικρό ποσοστό καλύτερη από της νοσηλευτικής. Συγκεκριμένα, η ερώτηση για την ιατρική φροντίδα απέσπασε από το 78%



θετικές εντυπώσεις, με το 42% να την αξιολογεί ως Πολύ Καλή. Μόνο το 3% είχε αρνητικές εντυπώσεις.



Όσον αφορά την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα το 73% είχε μια αρκετά θετική εντύπωση με το 48% να την χαρακτηρίζει ως Πολύ Καλή και το 24% σαν ουδέτερη.



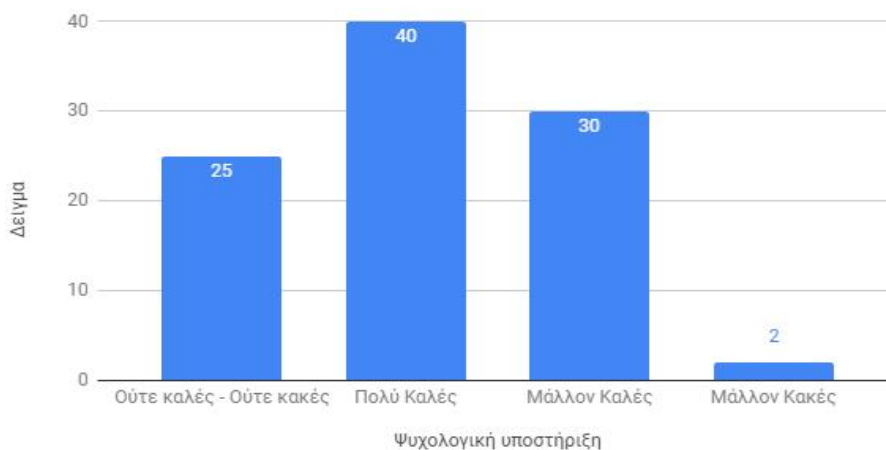
Ενδιαφέρον παρουσιάζουν τα αποτελέσματα που αφορούν την συμπεριφορά του προσωπικού στον χώρο του νοσοκομείου καθώς φαίνεται ότι η συμπεριφορά των νοσηλευτών θεωρείται, σε ένα μικρό ποσοστό, καλύτερη από αυτή των ιατρών. Πιο συγκεκριμένα, η συμπεριφορά των ιατρών κρίνεται από το 67% των ασθενών από Πολύ Καλή έως Μάλλον Καλή.

Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, σεβασμός, ευγένεια φιλικότητα)



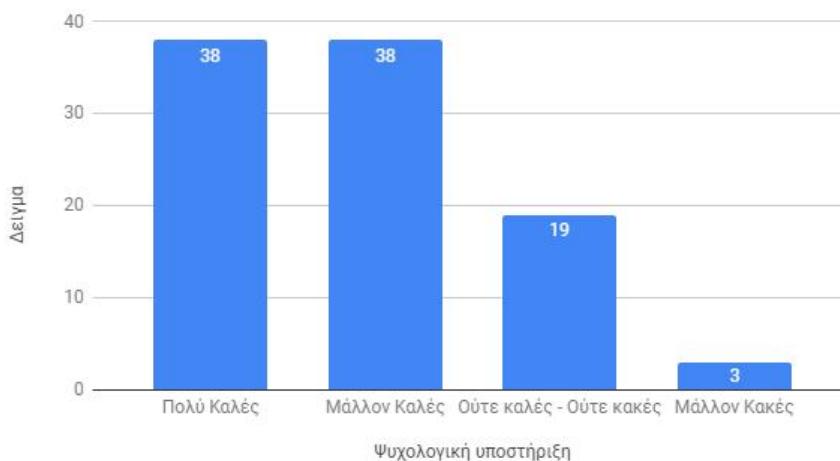
Ενώ την ίδια απάντηση έδωσε το 79% όταν ρωτήθηκε σχετικά με την συμπεριφορά των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου (με το 42% να την κρίνει σαν Πολύ Καλή). Τα αρνητικά ποσοστά κυμαίνονται από 1% μέχρι και 2% αντίστοιχα.

Ψυχολογική υποστήριξη από τους ιατρούς



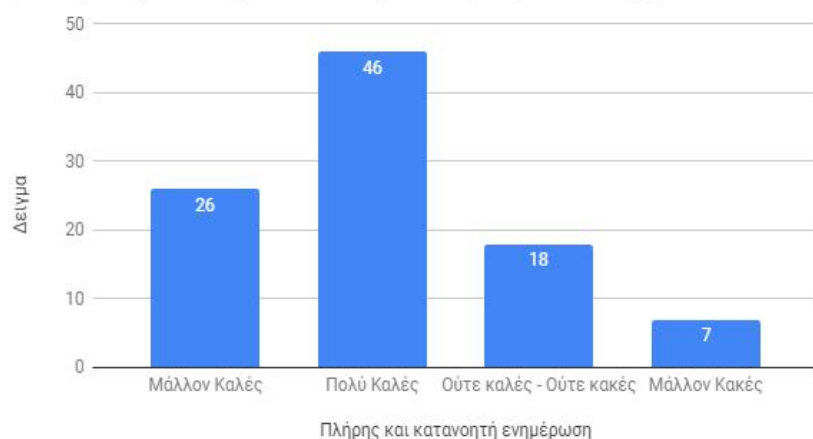
Σημαντικό ρόλο παίζει η ψυχολογική υποστήριξη που λαμβάνουν οι ασθενείς από ιατρούς και νοσηλευτές. Η έρευνα έδειξε ότι η νοσηλευτική ψυχολογική υποστήριξη υπάρχει σε λίγο μεγαλύτερη ένταση σε σχέση με την ιατρική. Πιο ειδικά, το 65% είναι καταφατικό στην απάντησή του για την ιατρική ψυχολογική υποστήριξη,

Ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές



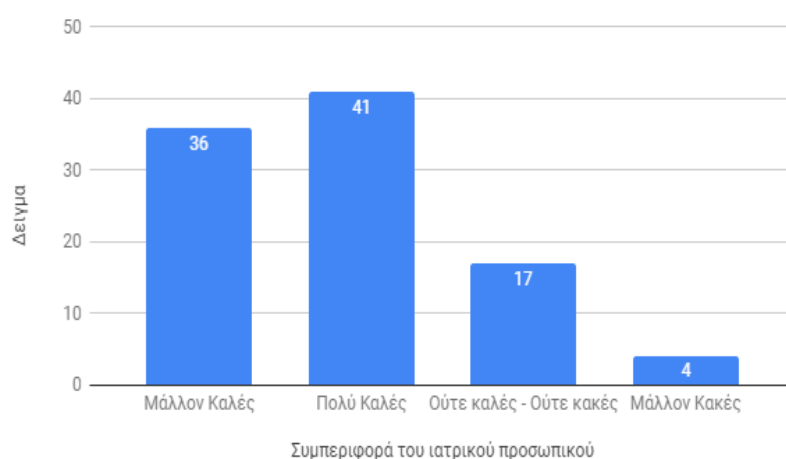
Ενώ, στην ερώτηση για την παρεχόμενη νοσηλευτική ψυχολογική υποστήριξη, το 76% έλαβε τις καλύτερες εντυπώσεις. Τα αρνητικά ποσοστά κυμαίνονται από 2% μέχρι και 3% αντίστοιχα.

Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία της



Ευχαριστημένοι φαίνονται οι πολίτες από την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση για την πορεία της ασθένειας και της θεραπείας της από το προσωπικό, καθώς το 72% των ασθενών την χαρακτήρισε Πολύ Καλή και Μάλλον Καλή, παρόλο που το 7% δήλωσε δυσαρεστημένο.

Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων



Την ίδια θετική εντύπωση όμως, είχε το 77% των ασθενών σχετικά την συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων, ενώ το επίπεδο των αρνητικών απαντήσεων αγγίζει μόλις το 4%.

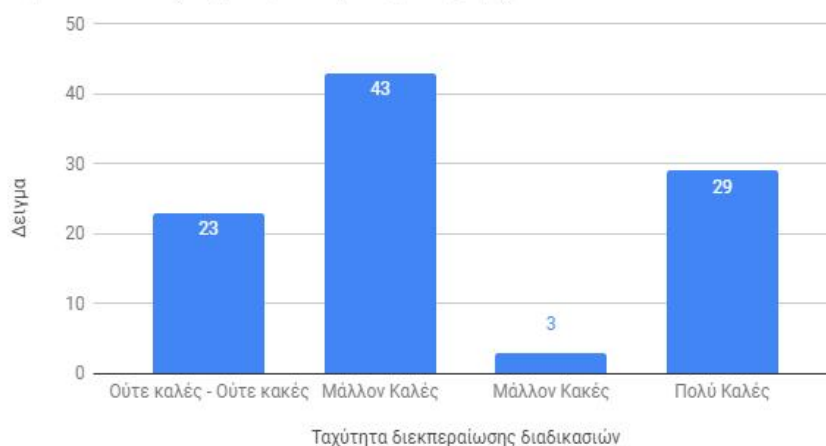
5. ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)



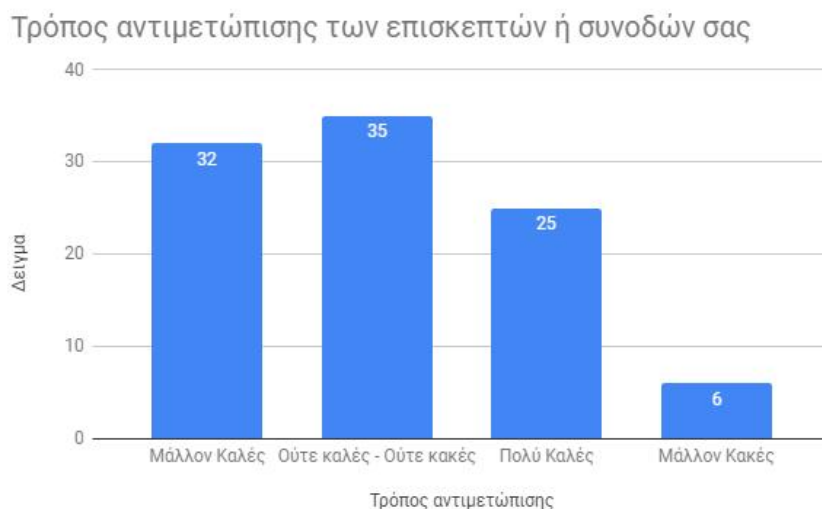
Όσον αφορά την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού, το 70% φαίνεται να είναι αρκετά ευχαριστημένο με το 36% να αποσπά πολύ καλές εντυπώσεις, ενώ μόνο το 6% αρνητικές.

Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης)

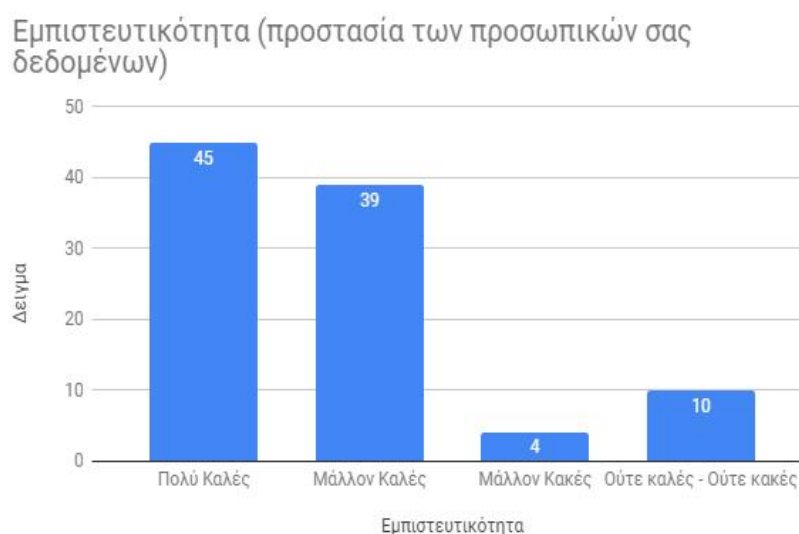


Για την ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό, το 43% των ασθενών τις θεωρεί Μάλλον Καλές ενώ το 29% Πολύ Καλές. Σύνολο, το 72% έχει μια πολύ καλή εντύπωση και μόλις το 3% αρνητική.

6. ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ



Το 35% θεώρησε ότι οι συνοδοί τους αντιμετωπίστηκαν ούτε πολύ καλά ούτε πολύ κακά, ενώ οι Πολύ Καλές και Μάλλον Καλές εντυπώσεις αγγίζουν μόλις το 57%.



Τα αποτελέσματα σε σχέση με την εμπιστευτικότητα είναι πολύ εντυπωσιακά, καθώς το 84% απάντησε πολύ εποικοδομητικά στην συγκεκριμένη ερώτηση εκτοξεύοντας την τήρηση της εμπιστευτικότητας στα υψηλότερα επίπεδα.

Κεφάλαιο 4: Συζήτηση

4.1. Εισαγωγή

Στο παρόν κεφάλαιο αναλύονται τα αποτελέσματα της δευτερογενούς έρευνας σε συνδυασμό με στοιχεία της πρωτογενούς έρευνας που έγινε στο πρώτο κεφάλαιο, ώστε να βγούν ασφαλή συμπεράσματα σχετικά με το αντικείμενο έρευνας της παρούσας πτυχιακής εργασίας.

4.2. Συζήτηση

Το συνεχές ερώτημα που βασανίζει επιστήμονες υγείας αλλά και εργαζόμενους σε νοσοκομεία ευρείας κλίμακας σε όλο τον κόσμο, είναι εάν οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν οι ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιητικές, ώστε να καλύψουν τις πραγματικές ανάγκες τους. Με την εκπλήρωση αυτών των αναγκών από το Ιατρικό και Νοσηλευτικό προσωπικό, είναι εφικτό να διατηρηθεί η ικανοποίηση των ασθενών και να βελτιωθεί η ποιότητα ζωής τους ακόμη και εκτός νοσοκομείου.

Σύμφωνα με την βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε και αναλύθηκε στο 1ο κεφάλαιο, η ύπαρξη του συγκεκριμένου προκείμενου υπάρχει και έχει αποδειχθεί κυρίως από ξένους επιστήμονες στην Ελλάδα. Πρόσφατες έρευνες που αναφέρθηκαν παραπάνω, έχουν επιβεβαιώσει την ανάγκη για αναβάθμιση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα νοσοκομεία και ανάγκη εύρεσης νέων τακτικών που θα βοηθήσουν στην μετέπειτα ποιότητα υγείας των ασθενών. Είναι δύσκολο όμως να επιτευχθεί, λόγω μεγάλων δαπανών που χρειάζονται και εφαρμογής νέων ιατρικών και τεχνολογικών γνώσεων. Άλλος ένας παράγοντας που παίζει σημαντικό ρόλο στην μη επίτευξη του στόχου, είναι ίσως η όχι και τόσο μεγάλη αναγνωρισιμότητά του εκτός του χώρου της νοσηλευτικής.

Στην Ελλάδα οι έρευνες έχουν επικεντρωθεί κυρίως σε βιβλιογραφικές ανασκοπήσεις ενώ το προκείμενο αυτό άρχισε να ευαισθητοποιεί επιστήμονες υγείας σε Ελλάδα, Γερμανία και εξωτερικό τα τελευταία περίπου δέκα χρόνια, όπου και άρχισε να λαμβάνει χώρα σαν θέμα πιο τακτικά σε διάφορα συνέδρια και ημερίδες (Αντεριώτη, Αντωνίου - 2015, Μπήλιου - 2015, Παυλάκης 2007).

Τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι νοσηλευθέντες στο νοσοκομείο της Γερμανίας θεωρούν, στη μεγάλη τους πλειοψηφία, την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας ικανοποιητική από την παραμονή και νοσηλεία τους στο νοσοκομείο.

Σύμφωνα με τα ερευνητικά ερωτήματα που παρουσιάστηκαν στο δεύτερο κεφάλαιο, παρουσιάζεται μια ανάλυση απαντήσεων, ανάλογα με τη θεματική ενότητα που παρουσιάζονται στο ερωτηματολόγιο. Πιο συγκεκριμένα στην πρώτη θεματική ενότητα, οι συμμετέχοντες απάντησαν σε ερωτήσεις που σχετίζονται με την υποδοχή και το περιβάλλον. Η υποδοχή και το περιβάλλον ειδικά σε ένα νοσοκομείο, μπορεί πολλές φορές να προκαλέσει αποτροπή και αίσθημα δυσανασχέτησης στους ασθενείς - πελάτες, δείγμα που μπορεί να επηρεάσει αρνητικά τα αποτελέσματα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Στην παρούσα έρευνα όμως, η πλειοψηφία των ασθενών δήλωσε ευχαριστημένη από τις εντυπώσεις που της άφησε η υποδοχή και το περιβάλλον του νοσοκομείου, ενώ ένα μικρό ποσοστό κράτησε μια ουδέτερη στάση, ίσως λόγω πρόληψης που απέκτησαν από επίσκεψη τους σε προηγούμενα νοσοκομεία ή λαμβάνοντας υπόψιν αρνητική κριτική από τρίτους.

Αναλυτικότερα, εντυπωσιακά ήταν τα αποτελέσματα από τις απαντήσεις σχετικά με την δυνατότητα πρόσβασης ατόμων με αναπηρία στους χώρους του νοσοκομείου. Φαίνεται πως το νοσοκομείο μπορεί να παρέχει αρκετά ικανοποιητικές υπηρεσίες και ανέσεις, ακόμα και για άτομα με ειδικές ανάγκες και την δυνατότητα πρόσβασης σε κάθε του χώρο και όροφο, λόγω της σωστά προμελετημένης αρχιτεκτονικής του σχεδίασης και των τεχνολογικών μέσων, ώστε να εξυπηρετεί τον σκοπό αυτό. Δυνατότητα που είναι δύσκολη να βρεθεί σε πολλά νοσοκομεία, λόγω αυξημένων δαπανών που χρειάζονται.

Τα χαμηλότερα ποσοστά σχετικά, θα μπορούσαμε να πούμε ότι συγκεντρώθηκαν στην ερώτηση σχετικά με την καθαριότητα των βοηθητικών χώρων (WC κ.α.). Κάτι όμως, το οποίο δεν θεωρείται απόλυτα αντικειμενικό αν σκεφτεί κανείς την επισκεψιμότητα που έχουν οι χώροι αυτοί σε πρωινές ώρες αιχμής και την έλλειψη προσωπικού καθαρισμού. Από προσωπική εμπειρία κατά την διάρκεια της πρακτικής μου στο νοσοκομείο, γνωρίζω για την έλλειψη αυτή. Το υπάρχον προσωπικό πρέπει να καλύψει εργασία διπλής βάρδιας σε μια αρκετά μεγάλη έκταση του νοσοκομείου, σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Αυτό έχει σαν επίπτωση, η καθαριότητα να μην τηρείται ιδανικά στα χρονικά και τυπικά πλαίσια, οι επισκέπτες να δηλώνουν δυσαρεστημένοι από την υγιεινή των χώρων και σαν αποτέλεσμα να μην προσπαθούν να τους διατηρούν οι ίδιοι καθαρούς. Σίγουρα, η καθαριότητα παίζει έναν από τους βασικότερους ρόλους παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, γι' αυτό και το νοσοκομείο θα πρέπει να επενδύσει ίσως πιο πολύ σε αυτό, προσλαμβάνοντας περισσότερο προσωπικό, παρά τις δαπάνες, και βελτιώνοντας έτσι το επίπεδο των υπηρεσιών του.

Επίσης, από τα χαμηλότερα ποσοστά συνέλλεξε η ερώτηση σχετικά με την διατήρηση της ησυχίας στους χώρους. Η πλειοψηφία κρίνει την ησυχία στους κοινόχρηστους χώρους ως ουδέτερη και χωρίς να τους αφήνει κάποια ιδιαίτερη αίσθηση. Αυτό μπορεί να συμβαίνει επειδή ασθενείς και επισκέπτες, είτε λόγω βιασύνης είτε και άγχους, αγωνίας, δεν έδωσαν ή δεν πρόλαβαν να δώσουν ιδιαίτερη προσοχή σε φασαρία ή οποιαδήποτε ένταση εντός του νοσοκομείου. Η διατήρηση της ησυχίας πάντως, είναι από τους καλύτερους τρόπους διαφύλαξης της ηρεμίας των ασθενών και μείωσης του άγχους τους, γι' αυτό ίσως και ένα μέσο συντήρησης της σε κάθε περίπτωση, θα ήταν η ύπαρξη όσο το δυνατόν περισσότερων ενημερωτικών σημειώσεων-πινακίδων σε διάφορα σημεία του νοσοκομείου, με σκοπό την υπενθύμιση της σημαντικότητας της.

Στην δεύτερη θεματική ενότητα, που αφορά την ταχύτητα εξυπηρέτησης οι τέσσερις ερωτήσεις που απαντήθηκαν έχουν να κάνουν σχετικά, με τον χρόνο αναμονής για την διενέργεια των εξετάσεων, την ταχύτητα εξυπηρέτηση του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις, τον χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων, και τον χρόνο αναμονής για τη συνάντηση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό.

Πιο συγκεκριμένα, χαμηλότερα ποσοστά παρατηρήθηκαν στον χρόνο αναμονής για την συνάντηση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό και την διενέργεια των εξετάσεων. Όπως προαναφέρθηκε η έλλειψη προσωπικού, ειδικότερα νοσηλευτικού, μαστίζει αρκετά από τα νοσοκομεία της Γερμανίας λόγω μη αναγνωρισιμότητάς της νοσηλευτικής ως πανεπιστημιακής βαθμίδας, καθώς η φύση της είναι ακόμη διετούς και η επιλογή της από φοιτητές δεν είναι μεγάλη. Έτσι, το αποτέλεσμα είναι να υπάρχει μεγάλο φόρτο εργασίας για νοσηλευτές και γιατρούς και κατά συνέπεια ίσως μεγαλύτερος χρόνος αναμονής για τους ασθενείς. Φυσικά, οι λόγοι μπορεί να είναι πολύ περισσότεροι, όπως η ύπαρξη μεγάλης ουράς αναμονής μαζί με τον λιγιστό αριθμό των γιατρών που είναι δυνατόν να επιβραδύνουν την εξέλιξη των συναντήσεων και των εξετάσεων. Μια πρόταση για την πιθανή λύση του προβλήματος θα ήταν να προγραμματίζονται όλες οι συναντήσεις και οι διενέργειες των εξετάσεων μόνο κατόπιν ραντεβού και τήρησης του ωραρίου του, είτε και πρόσληψης περισσότερου προσωπικού, έτσι ώστε και το νοσοκομείο να στοχεύσει σε μια μείωση των ωρών αναμονής και να επισπεύσει την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών του.

Αντιθέτως, εντυπωσιακά ποσοστά παρατηρήθηκαν σε ταχύτητα εξυπηρέτησης του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις και στον χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων των εξετάσεων. Οι παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αξιολογούνται όχι μόνο από τους ιατρικούς και νοσηλευτικούς χειρισμούς αλλά και από την ετοιμότητα του προσωπικού σε επείγοντα περιστατικά. Συγκεκριμένα, στο νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης εκτός από το τμήμα των επειγόντων περιστατικών, υπάρχει ειδική ομάδα άμεσης δράσης εντός του νοσοκομείου σε περίπτωση έκτακτης ανάγκης ασθενούς ή και παροχής βοήθειας σε συναδέλφους. Η ειδοποίηση της γίνεται μέσω έκτακτης κλήσης συγκεκριμένου αριθμού και η δράση της είναι

άμεση (περίπου ένα με δύο λεπτά αναμονής). Ένα ακόμη πολύ βοηθητικό μέσο στην άμεση επέμβαση του προσωπικού, είναι η ύπαρξη τηλεχειριστηρίων στα κρεβάτια των ασθενών τα οποία με διπλό πάτημα του κουμπιού (εάν ο ασθενής χρειάζεται επείγοντως βοήθεια) ενεργοποιούν ειδικό συναγερμό σε όλο το τμήμα και στα γραφεία των γιατρών την ημέρα αλλά και την νύχτα. Την νύχτα συγκεκριμένα, η ενεργοποίηση του γίνεται σε όλα τα τμήματα του νοσοκομείου με σκοπό την άμεση ενημέρωση νυχτερινών νοσηλευτών και ιατρών για την έγκαιρη σπεύση βοήθειας, καθώς τα βράδια υπάρχει μόνο ένας νοσηλευτής σε κάθε τμήμα.

Στην τρίτη θεματική ενότητα, γίνεται η εκτίμηση των κλινικών και εργαστηριακών εξετάσεων μέσω διαφόρων ερωτήσεων που αφορούν το θέμα. Η ανταπόκριση είναι πολύ θετική απολαμβάνοντας αρκετά θετικά ποσοστά, παρόλο που οι κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις είναι ένα ευαίσθητο θέμα, καθώς μόνο επιλεγμένα νοσοκομεία μπορούν να καλύψουν επαρκώς εξετάσεις που δεν διαθέτουν τα υπόλοιπα. Ακόμα και αυτό κάποιες φορές με επιφύλαξη, καθώς η διαδικασία με την οποία μπορεί να πραγματοποιούνται να μην γίνεται σωστά λόγω χαμηλού επιπέδου γνώσεων ή μη τεχνολογικά προηγμένων συσκευών και μηχανημάτων. Το νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης προσέλκυσε ικανοποιητικά ποσοστά σε όλες τις ερωτήσεις, αλλά ειδικότερα για εξετάσεις που μπορεί να προσφέρει, κάτι το οποίο ανεβάζει αρκετά τον πήχη στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τα υπόλοιπα.

Τα αποτελέσματα για τον σεβασμό της προσωπικότητας του ασθενούς κατά την διενέργεια των εξετάσεων αλλά και την συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια αυτών ήταν θετικά στην πλειοψηφία τους αλλά όχι σε βαθμό ικανοποιητικό (άγγιζαν τουλάχιστον το 60%). Ίσως αυτό συμβαίνει λόγω περιορισμένου χρόνου από πλευράς του προσωπικού και διενέργειας των εξετάσεων όσο το δυνατόν γρηγορότερα για την καλύτερη εξυπηρέτηση των ασθενών και μείωσης του χρόνου αναμονής. Έτσι, ίσως δεν δίνεται η προσοχή που χρειάζεται σε κάποιους ασθενής με αποτέλεσμα την δυσαρέσκεια τους. Η νοσηλευτική διεργασία που πρέπει να ακολουθεί ο κάθε νοσηλευτής σε τέτοιες περιπτώσεις είναι πως ως σεβόμενος της προσωπικότητας του ασθενή, πρέπει να παρέχει τη συνδρομή του για την ορθή ενημέρωση του ασθενή αναφορικά με την πρόγνωση, τη διάγνωση, τη θεραπεία, τους ενδεχόμενους κινδύνους και τα οφέλη, πριν από τη διενέργεια κάθε νοσηλευτικής ή ιατρικής πράξης και εξέτασης. Ο Νοσηλευτής οφείλει απόλυτο σεβασμό στην προσωπικότητα, την αξιοπρέπεια και την τιμή του ασθενή. Οφείλει να λαμβάνει κάθε μέτρο που προάγει, αλλά και να απέχει από κάθε ενέργεια που είναι δυνατό να θίξει το αίσθημα της προσωπικής ελευθερίας και την ελεύθερη βούληση του ασθενή.

Στην τέταρτη θεματική ενότητα, όπου κρίνεται η εκτίμηση των εντυπώσεων από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στους τομείς της ποιότητας, της συμπεριφοράς αλλά και της ψυχολογικής υποστήριξης, οι εκτιμήσεις ήταν πολύ καλές και από τις δύο πλευρές με πολύ μικρές αποκλίσεις η μια από την άλλη. Στο νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης η συμπεριφορά

του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού φαίνεται να είναι σε πολύ καλά επίπεδα παρόλο που οι εκτιμήσεις δεν μπορούν να είναι πάντα αντικειμενικές, λόγω της διαφορετικής προσωπικότητας του κάθε ασθενή και από την πλευρά του προσωπικού, μη ύπαρξης κάποιου συγκεκριμένου πρωτοκόλλου συμπεριφοράς. Η έννοια της συμπεριφοράς είναι υποκειμενικός όρος για να μπορέσει να εκτιμηθεί και να κριθεί σωστά, γι' αυτό σίγουρα υπάρχουν και πλευρές με αντίθετη άποψη.

Πολύ θετικά είναι και τα αποτελέσματα σχετικά με την συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς αλλά και η ψυχολογική υποστήριξη που τους παρέχεται. Και στις δύο ερωτήσεις τα θετικά αποτελέσματα τείνουν προς τους νοσηλευτές και μια πιθανή απάντηση θα ήταν ίσως γιατί οι ασθενείς αναπτύσσουν σχεδόν πάντα μια πιο στενή και άμεση επαφή με τους νοσηλευτές, καθώς είναι το μέσο επικοινωνίας μεταξύ ιατρού και ασθενούς, συζητούν πιο άνετα μαζί τους για τα προβλήματά τους και καταλαβαίνουν πιο εύκολα τις ανάγκες τους. Θα μπορούσαμε να πούμε ότι η επαφή με τους γιατρούς χαρακτηρίζεται πιο επαγγελματική και αποστασιοποιημένη λόγω του κύρους που αποπνέουν και της αντικειμενικότητας που χρειάζεται το επάγγελμα για να έχει σωστά αποτελέσματα. Παρόλα αυτά, από το νοσοκομείο παρέχεται δωρεάν ψυχολογική υποστήριξη από ψυχολόγους (μετά από αίτημα), σε κάθε έναν από τους ασθενείς ξεχωριστά που το έχουν ανάγκη, συνεπώς σίγουρα και αυτή η παροχή υγείας είναι καλυμμένη σε πολύ μεγάλο βαθμό.

Ακόμη, η πλειοψηφία των ασθενών απάντησε θετικά στην ερώτηση σχετικά με την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από τους γιατρούς με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία της και αυτό γιατί πριν από κάθε έξοδο ασθενή δίνεται ειδικό πλάνο ανάρρωσης, γίνεται δωρεάν παροχή φαρμάκων από το νοσοκομείο για μία εβδομάδα και ακόμη υπάρχει δυνατότητα επίσκεψης γιατρού δωρεάν στο σπίτι για ένα μήνα (συνήθως για αφαίρεση των ραμμάτων μετά το χειρουργείο). Έτσι, ο ασθενής μπορεί να έχει μια ολοκληρωμένη άποψη για την πορεία της ασθένειας του και το πλάνο που πρέπει να ακολουθήσει για την θεραπεία της.

Στην πέμπτη θεματική ενότητα, κρίνονται η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού αλλά και η ταχύτητα διεκπεραίωσης διαφόρων διαδικασιών. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών δήλωσε ικανοποιημένο από τις διοικητικές υπηρεσίες τονίζοντας έτσι, ότι όχι μόνο η συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού ήταν ευγενική και φιλική, αλλά ακόμα και οι γραφειοκρατικές διαδικασίες που λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο αποδίδουν πολύ καλά στον ασθενή αυτό που χρειάζεται ακόμα και από θέμα ταχύτητας. Εάν υποθέσουμε ότι οι γραφειοκρατικές διαδικασίες του νοσοκομείου εξελισσόταν με πολύ αργούς ρυθμούς, τότε και οι παροχές υγείας θα θεωρούνταν χαμηλού επιπέδου, καθώς θα υπήρχε ο κίνδυνος επιδείνωσης της υγείας του ασθενούς κατά την αναμονή των ημερών αλλά και της αργοπορημένης πιθανώς εύρεσης του αιτίου πάθησης.

Στην τελευταία θεματική ενότητα, οι συμμετέχοντες καλέστηκαν να κρίνουν την γενική εξυπηρέτηση του νοσοκομείου, που αυτή αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης των επισκεπτών αλλά και την τήρηση απορρήτου των δεδομένων. Τα ποσοστά για την τήρηση του απορρήτου των δεδομένων εκτινάχθηκαν σε υψηλά ποσοστά, καθώς θεωρούμε πως είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες που καθορίζει την σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρονοσηλευτικού προσωπικού και ασθενή. Αυτό γίνεται γιατί η εχεμύθεια την οποία οφείλει να τηρεί ο γιατρός, οι νοσηλευτές αλλά και το νοσοκομείο για οποιοδήποτε στοιχείο υποπίπτει στην αντίληψή τους (ιατρικό απόρρητο), συνιστά μια υποχρέωση ευρύτερη των δεδομένων υγείας που απ' ότι φαίνεται τηρείται σε στο νοσοκομείο της Χαϊδελβέργης. Μην ξεχνάμε ότι ιδιαίτερα ανάμεσα στη σχέση γιατρού και ασθενή δημιουργείται ένας νομικός δεσμός απ' τον οποίο απορρέουν δικαιώματα και υποχρεώσεις και από τις δύο πλευρές. Ένας ακόμη λόγος που κρίνουμε ότι διατηρείται το υψηλό ποσοστό, είναι οι συνεχείς έλεγχοι που γίνονται στα δεδομένα των ασθενών από επιτροπές και η προφύλαξή τους μέσω ειδικών προγραμμάτων και κωδικών στους οποίους μπορούν να έχουν πρόσβαση μόνο επιλεγμένα άτομα του προσωπικού και του διοικητικού τμήματος.

Όσον αφορά τον τρόπο αντιμετώπισης των επισκεπτών, η πλειοψηφία δήλωσε ευχαριστημένη, ενώ ένα μικρό ποσοστό θεώρησε ότι η αντιμετώπισή τους από το προσωπικό δεν ήταν ούτε καλή αλλά ούτε κακή. Αυτό ίσως να οφείλεται στο ότι το προσωπικό λόγω φόρτου εργασίας, μειωμένου χρόνου για δημόσιες σχέσεις, ψυχολογικής επιρροής από το κλίμα του νοσοκομείου ακόμη και μιας “κακής μέρας”, να μην μπόρεσε να δείξει την απαραίτητη προσοχή σε επισκέπτες και συνοδούς και φυσικά δεν είναι κατακριτέο από την στιγμή που τα ποσοστά δεν ήταν αρνητικά και συνεπώς δεν μιλάμε για έλλειψη σεβασμού.

Συμπεράσματα: Η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ευχαριστημένη σε μεσαία ποσοστά από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας του νοσοκομείου, παρόλο που έδειξε να υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης σε κάποια κομμάτια του. Δεν είναι γνωστό κατά πόσο το δείγμα απάντησε αντικειμενικά ή μπορεί να μην γνωρίζει ή να μην έχει μέτρο σύγκρισης των ουσιαστικών υπηρεσιών υγείας που χρειάζεται. Γι' αυτό τον λόγο, η διερεύνηση αυτών σε εσωτερικό και εξωτερικό θα πρέπει να συνεχιστεί με διάφορες ποσοτικές και ποιοτικές μεθόδους.

Παραρτήματα

Παράρτημα 1: Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών

ΕΝΗΜΕΡΩΤΙΚΗ ΣΕΛΙΔΑ

Αγαπητοί πολίτες,

Είμαι προπτυχιακή φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Δυτικής Ελλάδας (Πάτρα). Το ερωτηματολόγιο που κρατάτε στα χέρια σας αποτελεί μέρος της πτυχιακής μου εργασίας, υπό την επίβλεψη του καθηγητή Νικόλαου Μπακάλη. Σκοπός της έρευνας είναι να διαπιστώσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των πολιτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας της περιοχής σας. Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 32 ερωτήσεις, καθώς και μερικών δημογραφικών στοιχείων.

Απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις, επιλέγοντας μόνο μία επιλογή.

Οι πληροφορίες που θα συγκεντρωθούν θα κρατηθούν **αυστηρώς απόρρητες**.

Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική.

Θα πρέπει να γνωρίζετε ότι σε οποιαδήποτε στιγμή της διαδικασίας έχετε το δικαίωμα να αποσυρθείτε.

Να έχετε κατά νου τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνετε τώρα ή που έχετε λάβει πρόσφατα.

Για οποιαδήποτε απορία, μη διστάσετε να με ρωτήσετε.

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΙΟ ΚΑΤΩ:

Α] ΥΠΟΔΟΧΗ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ	Πολύ Καλές	Μάλλον Καλές	Ούτε καλές Ούτε κακές	Μάλλον Κακές	Πολύ Κακές
1.Τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες)					
2.Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχεται.					
3.Χρόνος αναμονής μέχρι την επίσκεψη στον ιατρό					
4.Εντυπώσεις από την καθαριότητα και τη λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής.					
5.Ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων για τη διάρκεια της αναμονής σας.					
6.Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση- ψύξη)					
7.Ησυχία					
8.Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (W.C κ.α.)					
9.Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία.					
Β] ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	Πολύ	Μάλλον	Ούτε καλές	Μάλλον	Πολύ

	Καλές	Καλές	Ούτε κακές	Κακές	Κακές
10.Χρόνος αναμονής για συνάντηση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό					
11.Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων					
12.Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων					
13.Ταχύτητα εξυπηρέτησης του προσωπικού σε επείγουσες καταστάσεις					
Γ] ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ	Πολύ Καλές	Μάλλον Καλές	Ούτε καλές Ούτε κακές	Μάλλον Κακές	Πολύ Κακές
14. Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων					
15.Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου ασθενούς (παραβάν κ.α.)					
16. Επάρκεια εξετάσεων που το Νοσοκομείο μπορεί να προσφέρει.					
Δ] ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Πολύ Καλές	Μάλλον Καλές	Ούτε καλές Ούτε κακές	Μάλλον Κακές	Πολύ Κακές

17. Ποιότητα ιατρικής φροντίδας					
18. Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)					
19. Ψυχολογική υποστήριξη από τους ιατρούς					
20. Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία της.					
21. Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων					
Ε] ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	Πολύ Καλές	Μάλλον Καλές	Ούτε καλές Ούτε κακές	Μάλλον Κακές	Πολύ Κακές
22. Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας					
23. Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, σεβασμός, ευγένεια φιλικότητα)					
24. Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό					
ΣΤ] ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ	Πολύ Καλές	Μάλλον Καλές	Ούτε καλές Ούτε κακές	Μάλλον Κακές	Πολύ Κακές
25. Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση,					

ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός)					
26. Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασιών από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης)					
Z] ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ	Πολύ Καλές	Μάλλον Καλές	Ούτε καλές Ούτε κακές	Μάλλον Κακές	Πολύ Κακές
27. Τρόπος αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνοδών σας					
28. Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών σας δεδομένων)					

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ:

Σε κλίμακα από το 0 έως το 10 (όπου το 0 είναι το χειρότερο και το 10 το καλύτερο) με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε το Νοσοκομείο της περιοχής σας; (βάλτε σε κύκλο τον αριθμό)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Νοσοκομείο;

Σίγουρα όχι Μάλλον όχι Μάλλον ναι Σίγουρα ναι

Θα συστήνατε το Νοσοκομείο στους φίλους και την οικογένειά σας;

Σίγουρα όχι Μάλλον όχι Μάλλον ναι Σίγουρα ναι

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΥΧΟΝ ΣΧΟΛΙΑ Ή ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ

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

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ:

Φύλο: Άνδρας Γυναίκα

Ηλικία: _____ετών

Είστε ασφαλισμένος;

ΝΑΙ (Παρακαλούμε σημειώστε το ταμείο σας _____)

ΟΧΙ

Υπηκοότητα (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή το διαβατήριό σας):

Ελληνική ☐ Άλλη από Ελληνική ☐ (Παρακαλώ σημειώστε _____)

Επίπεδο Εκπαίδευσης:

Δεν έχω ολοκληρώσει κάποια βαθμίδα εκπαίδευσης ☐

Έχω ολοκληρώσει το Δημοτικό ☐

Έχω ολοκληρώσει το Γυμνάσιο ☐

Έχω ολοκληρώσει το Λύκειο ☐

Έχω ολοκληρώσει Πανεπιστήμιο ή ΤΕΙ ☐

Σας ευχαριστούμε θερμά που διαθέσατε το χρόνο σας για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, συμβάλλοντας στη διεξαγωγή της

Παράρτημα 2:

Επιστολή προς το διοικητικό προσωπικό του νοσοκομείου:

Ο λόγος της παρούσας επιστολής είναι να ενημερώσει όλα τα μέλη του προσωπικού του νοσοκομείου σχετικά με μια έρευνα (στα πλαίσια πτυχιακής μου εργασίας) που σκοπεύει να λάβει χώρα μέσα σε αυτό, με την συμπλήρωση ερωτηματολογίων που αφορά τους ασθενείς και τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που έλαβαν πρόσφατα από την κλινική σας. Γι' αυτό, θα ήθελα να ζητήσω την έγκρισή σας πριν ξεκινήσω την έρευνα.

Για ακόμα όποιες απορίες και λεπτομέρειες μην διστάσετε να επικοινωνήσετε μαζί μου.

Θα περιμένω απάντησή σας σύντομα.

Ευχαριστώ για τον χρόνο σας.

Με εκτίμηση, η Φοιτήτρια της Νοσηλευτικής,

Λογαρνούδη Μαρία

Ξενόγλωση Βιβλιογραφία

Kronenfeld JJ (2006) *Changing conceptions of health and life course concepts*. Health (London).

Donabedian A (1966) *Evaluating the quality of medical care*. 83(4):691-729

Pascoe GC (1983) *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*. 6(3-4):185-210.

Petersen AC (1988) *Adolescent development*. 39, 583-607.

Bond S, Thomas L H (1992) *Measuring patients' satisfaction with nursing care*. Journal of advanced Nursing 17, 52-56.

Michael R Bowers, William F. Koehler, John E. Swan (1994) *Health care management review: What attributes determine quality and satisfaction with health care delivery?*
19(4):49-55

Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, Health Services National Partnership Forum, & The Health Boards Executive (2003) *Measurement of Patient Satisfaction Guidelines: Health Strategy Implementation Project*, Tullamore, Co. Ofally, The Health Boards Executive

Mosadeghrad AM (2014) *Factors influencing healthcare service quality*. International Journal of Health Policy and Management 3(2) 77-89

Atherton H, Brant H, Ziebland S, Bikker A, Campbell J, Gibson A et al. (2018)
The potential of alternatives to face-to-face consultation in general practice, and the impact on different patient groups: a mixed-methods case study.
Health Services and Delivery Research Volume: 6 Issue: 20

Department of Public Health School, Cranmer Terrace, (2003) *Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project* (UK)

Institute of Medicine (2001) (US) *Committee on Quality of Health Care in America. Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*, Washington (DC), National Academies Press (US)

AL-ASSAF AF (1996) *International health care and the management of quality. In: Schmele JA (ed) Quality management in nursing and healthcare*. Delmar Publishers, Albany, New York

AL-ASSAF AF, SHEIKH M (2004) *Quality improvement in primary health care. A practical guide*. Series 26. WHO Regional Office for the Eastern Mediterranean, Cairo

Ervin NE (2006) *Does patient satisfaction contribute to nursing care quality?* J Nurs Adm

Johansson P, Oléni M, Fridlund B (2002) *Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study* Scand J Caring Sc

Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America (2001) *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century* Washington (DC) National Academies Press (US)

Prakash B (2010) *Patient Satisfaction. Journal of Cutaneous and Aesthetic Surgery*. 3(3):151-155

Seago JA (2008) In Hughes RG editor *Patient Safety and Quality An Evidence- Based Handbook for Nurses* Rockville (MD) Agency for Healthcare Research and Quality (US) Apr. Chapter 32

Haddad S, Potvin L, Roberge D, Pineault R, Remondin M (2000) *Patient perception of quality following a visit to a doctor in a primary care unit*. *Family Practice*, 17(1):21-29.

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

Kurpas D, Church J, Mroczek B, Hans-Wytrychowska A, Nitsch-Osuch A, Kassolik K, Andrzejewski W, Steciwko A (2013) *The quality of primary health care for chronically ill patients: a cross-sectional study*. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, 22(4): 501-511.

Drain M, Clark, A P, (2004) « *Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives* » *JHQ Online* 26(4).

A Coulter (2006) « *Opinion and experience: do they concur?* » Picker Institute Europe

A Dicker, Armstrong D (1995) « *Patient's views of priority setting in health care: an interview survey in one practice* » *British Medical Journal* 311.

A S Famara (2006) « *Are patient satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism? The case of Ostfold Hospital Trust in Norway* » *Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Master of Public Health, MHP 2006:4*.

C Shaw (2003) « *How can hospital performance be measured and monitored?* » World Health Organization, Health Evidence Network.

PJ Miceli (2004) « *Validating a patient satisfaction survey translated into Spanish* » *Journal for Healthcare Quality*.

Durieux J, Wolff S, Dillin A (2011) *The cell-non-autonomous nature of electron transport chain-mediated longevity*. *144(1):79-91*.

Statistische amter des bundes und der lander (2017) *Gebiet und Bevölkerung - Fläche und Bevölkerung* https://www.statistik-bw.de/Statistik-Portal/de_jb01_jahrta1.asp

Statistische amter des bundes und der lander (2017) *Population - Germany* https://www.statistik-bw.de/Statistik-Portal/en/en_zs01_bund.asp

Gesundheitssystem in Deutschland (2013)

<http://www.bundesaerztekammer.de/> Ιστοσελίδα του Ιατρικού Συλλόγου Γερμανίας

CENTER ON STRATEGIES FOR PUBLIC AND CIVIL ENTREPRENEURS (2001)

An exploration of future hospital care in 10 countries Center on Strategies for Public and Civil Entrepreneurs, Amsterdam.

Beck T (2002) *Deposit insurance as private club: is Germany a model?* *The Quarterly Review of Economics and Finance*, 42:701 – 719.

Ettelt S, Fazekasb M, Maysa N, Nolteb E, (2012) *Assessing health care planning – A framework - led comparison of Germany and New Zealand*. *Health Policy*, 106: 50 – 59.

Müller J, Maaz W, (2010) *Der Schätzerkreis in der gesetzlichen Krankenversicherung*. *Gesundheits - und Sozialpolitik* 64(6):20 - 25.

Bowling A (2014) *Research Methods in Health: Investigating health and health services* (4th ed.) Open University Press, England.

Kothari C (2004) *Research Methodology: Methods and Techniques*. New Age International Publishers, New Delhi.

Fain J (2017) *Reading, Understanding and Applying Nursing Research* (5th ed.) F A Davis Company, Philadelphia.

Nirmala V, Edison J S & Suni M S (2011) *Research Methodology in Nursing* Jaypee Brothers Medical Publishers, New Delhi.

Hoskins C & Mariano C (2004) *Research in Nursing and Health: Understanding and Using Quantitative and Qualitative Methods* (2nd ed.) Springer Publishing Company, New York.

Polit D & Beck C (2008) *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (8th ed.) Lippincott Williams & Wilkins/Wolters Kluwer, Philadelphia.

Munten G, van den Bogaard J, Cox K, Garretsen H, Bongers I (2009) *Implementation of Evidence-Based Practice in Nursing Using Action Research: A Review*. Worldviews Evid Based Nurs 22.

Brink H, van der Walt C & van Rensburg G (2006) *Fundamentals of Research Methodology for Health Care Professionals* (2nd ed.) Juta and Company, Cape Town.

Gray J, Grove S & Sutherland S (2017) Burns and Grove's *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis, and Generation of Evidence* (8th ed.) Elsevier, Missouri.

Gerrish K & Lathlean J (2015) *The Research Progress in Nursing* (7th ed.) Wiley Blackwell, England.

Moule P & Goodman M (2013) *Nursing Research: An Introduction* (2nd ed.) Sage Publications, London.

Schneider Z, Whitehead D, LoBiondo-Wood G & Haber J (2013) *Nursing and Midwifery Research: Methods and Appraisal for Evidence-Based Practice* (4th ed.) Mosby, Australia.

Grove S & Ciper D (2017) *Statistics for Nursing Research: A Workbook for Evidence-Based Practice* (2nd ed.) Elsevier, Missouri.

Brockopp D & Hastings-Tolsma M (2003) *Fundamentals of Nursing Research* (3rd ed.) Jones and Bartlett Publishers, Massachusetts.

Fitzpatrick J & Kazer M (2012) *Encyclopedia of Nursing Research* (3rd ed.) Springer Publishing Company, New York.

Ελληνική Βιβλιογραφία

Αγγελακοπούλου Χ (2013) *Ικανοποίηση ασθενών-χρηστών υπηρεσιών υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας.*

Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.

Aletras V, Papadopoulos E, Niakas D (2006) «*Development and preliminary validation of a Greeklanguage outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses*» *BMC Health Services Research* 6:66.

Αλεξιάδης ΑΔ (2000) *Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 17(1):101-108.

Αντωνία Κ (2010) *ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ Η αξία της έρευνας στη Νοσηλευτική* Τόμος 9ος, Τεύχος 1ο , Ιανουάριος - Μάρτιος.

Α Παπακωστίδη, Ν Τσουκαλάς (2012) *Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της.* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 29(4):480-488.

Bowers D (2011) Θεμελιώδεις έννοιες στη βιοστατιστική: Εισαγωγή για Επαγγελματίες Υγείας. Επιμ. Μίτλεττον Ν., Ιατρικές Εκδόσεις Π.Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα

Δαρβίρη Χ (2009) Μεθοδολογία έρευνας στο χώρο της υγείας. Ιατρικές Εκδόσεις Π. Χ. Πασχαλίδης, Αθήνα.

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

Θεοδώρου Μ, Σαρρής Μ, Σούλης Σ (2001) *Συστήματα Υγείας Παπαζήσης*, Αθήνα, 2001:343-349.

Κουλουκούρα Χ (2014) *Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της Μονάδας Ημερήσιας Νοσηλείας ενός Γενικού Ογκολογικού Νοσοκομείου των Αθηνών*. Μεταπτυχιακή Εργασία, Λευκωσία, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης.

Μαρία Τσιριντάνη, Απόστολος Γιοβάνης, Σπυρίδων Μπινιώρας, Ασπασία Γούλα (2010) *Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών* Quality of Health Care Services and Patient Satisfaction

ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ 2010, 49(1): 40–52.

Μ Καμπάντα, Δ Νιάκας (2004) *Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα*. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 21(4).

Ν Ρίκος, Α Φιλαλήθης (2016) *Η νοσηλευτική ενημέρωση ως παράγοντας διασφάλισης ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας* Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 34(5):583-591.

Παπανικολάου Β (1994) *Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα* Διπλωματική εργασία, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών.

Παναγιωτάκος Δ (2011) *Μεθοδολογία της έρευνας και της ανάλυσης δεδομένων για τις επιστήμες της υγείας* Διόνικος, Αθήνα.

Παπαγιαννοπούλου Β, Πιεράκος Γ, Σαρρής Γ, Υφαντόπουλος Γ (2008) *Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής* Αρχ Ελλ Ιατρ 25:73–82.

Ραφτόπουλος ΒΓ (2009) *Τα θέλω και τα μπορώ της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας, Λευκωσία, Αυτοέκδοση.*

Γ Τούντας (2003) *Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας* Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας, Εργαστήριο Υγιεινής και Επιδημιολογίας, Ιατρική Σχολή, Πανεπιστήμιο Αθηνών, *Αρχ Ελλ Ιατρ*, 20(5), 532-546.

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

Φυλάκη Ξ (2016) *Η ψυχολογία του ασθενή στο νοσοκομείο και νοσηλευτικές παρεμβάσεις.* Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου.