



**ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ
ΣΠΟΥΔΩΝ ΣΤΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ &
ΠΡΟΝΟΙΑΣ**

Διπλωματική Εργασία

«ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΥΝΟΔΩΝ & ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΥΓΕΙΑΣ ΤΟΥ ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΥ ΤΟΜΕΑ ΕΝΟΣ ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ»

της

Σέρτη Φωτεινής

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Δρ. Καυκιά Θεοδώρα

Υποβλήθηκε ως απαιτούμενο για την απόκτηση του μεταπτυχιακού διπλώματος
ειδίκευσης στη διοίκηση & οργάνωση εκπαιδευτικών μονάδων

Θεσσαλονίκη, Μάρτιος 2021

Η παρούσα Διπλωματική Εργασία καλύπτεται στο σύνολό της νομικά από δημόσια άδεια πνευματικών δικαιωμάτων Creative Commons:

Αναφορά Δημιουργού - Μη Εμπορική Χρήση - Παρόμοια Διανομή



Μπορείτε να:

- **Μοιραστείτε:** αντιγράψετε και αναδιανέμετε το παρόν υλικό με κάθε μέσο και τρόπο
- **Προσαρμόστε:** αναμείξτε, τροποποιήστε και δημιουργήστε πάνω στο παρόν υλικό

Υπό τους ακόλουθους όρους:

- **Αναφορά Δημιουργού:** Θα πρέπει να καταχωρίσετε αναφορά στο δημιουργό, με σύνδεσμο της άδειας, και με αναφορά αν έχουν γίνει αλλαγές. Μπορείτε να το κάνετε αυτό με οποιονδήποτε εύλογο τρόπο, αλλά όχι με τρόπο που να υπονοεί ότι ο δημιουργός αποδέχεται το έργο σας ή τη χρήση που εσείς κάνετε.
- **Μη Εμπορική Χρήση:** Δε μπορείτε να χρησιμοποιήσετε το υλικό για εμπορικούς σκοπούς.
- **Παρόμοια Διανομή:** Αν αναμείξετε, τροποποιήσετε, ή δημιουργήσετε πάνω στο παρόν υλικό, πρέπει να διανείμετε τις δικές σας συνεισφορές υπό την ίδια άδεια Creative Commons όπως και το πρωτότυπο.

Αναλυτικές πληροφορίες νομικού κώδικα στην ηλεκτρονική διεύθυνση:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/legalcode>

Υπεύθυνη Δήλωση

Με ατομική μου ευθύνη και γνωρίζοντας τις κυρώσεις που προβλέπονται από τον Κανονισμό Σπουδών του Μεταπτυχιακού Προγράμματος στη Διοίκηση & Οργάνωση Εκπαιδευτικών Μονάδων του Διεθνούς Πανεπιστημίου Ελλάδος, δηλώνω υπεύθυνα ότι:

- Η παρούσα Διπλωματική Εργασία αποτελεί έργο αποκλειστικά δικής μου δημιουργίας, έρευνας, μελέτης και συγγραφής.
- Για τη συγγραφή της Διπλωματικής μου Εργασίας δεν χρησιμοποίησα ολόκληρο ή μέρος έργου άλλου δημιουργού ή τις ιδέες και αντιλήψεις άλλου δημιουργού χωρίς να γίνεται σαφής αναφορά στην πηγή προέλευσης (βιβλίο, άρθρο από επιστημονικό περιοδικό, ιστοσελίδα κλπ.).

Θεσσαλονίκη, 01.03.2021

Η Δηλούσα: Σέρτη Φωτεινή

ΣΕΛΙΔΑ ΕΓΚΡΙΣΗΣ ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗΣ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

ΔΙΑΤΜΗΜΑΤΙΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«Διοίκηση Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας»

Εγκρίθηκε την

ΒΑΘΜΟΣ: ΑΡΙΣΤΗ:.....

ΠΟΛΥ ΚΑΛΗ:.....

ΚΑΛΗ:.....

ΑΠΟΔΕΚΤΗ:.....

Εξεταστική επιτροπή:

ΟΝΟΜΑΤΕΠΩΝΥΜΑ

ΥΠΟΓΡΑΦΕΣ

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η διερεύνηση και η εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών τους από τις υπηρεσίες φροντίδας που παρασχέθηκαν στον παθολογικό τομέα τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

Υλικό - Μέθοδοι: Στη μελέτη συμμετείχαν 141 ασθενείς ή/και συνοδοί που επισκέφτηκαν τον παθολογικό τομέα τριτοβάθμιου νοσηλευτικού ιδρύματος. Η εκτίμηση της ικανοποίησης πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Αποτελέσματα: Η μέση τιμή του Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας υπολογίστηκε ίση με 69,61 ($\pm 13,75$), του Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας ίση με 71,94 ($\pm 1,49$), του Δείκτη Αξιολόγησης των Διοικητικών Υπηρεσιών ίση με 61,17 ($\pm 12,62$) και του Δείκτη Αξιολόγησης των Εγκαταστάσεων βρέθηκε ίση με 58,44 ($\pm 10,84$). Τέλος, η μέση τιμή του Δείκτη Αξιολόγησης των Υπηρεσιών του νοσοκομείου βρέθηκε ίση με 72,70 ($\pm 13,77$). Όσον αφορά την επίδραση των δημογραφικών παραγόντων, ο βαθμός ικανοποίησης της ιατρικής φροντίδας σχετίστηκε με την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και την ηλικία, ενώ αντίστοιχα, ο βαθμός ικανοποίησης της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και των διοικητικών υπηρεσιών σχετίστηκε με το φύλο.

Συμπεράσματα: Σύμφωνα με τα στοιχεία της έρευνας, η πλειοψηφία των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στον παθολογικό τομέα δήλωσαν σχετικά ικανοποιημένοι από την παρεχόμενη φροντίδα του ιατρικού, νοσηλευτικού, διοικητικού προσωπικού και των εγκαταστάσεων, με τους δημογραφικούς παράγοντες να συμβάλλουν σημαντικά στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης.

Λέξεις - κλειδιά: Ικανοποίηση Ασθενών, Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας, Ποιότητα Παρεχόμενης Φροντίδας, Σύστημα Υγείας.

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to investigate and assess the degree of satisfaction of patients and their carrers from the healthcare services provided in the pathology division of a tertiary hospital.

Material - Methods: The study involved 141 patients and/or carrers who visited the pathology division of a tertiary hospital. Satisfaction assessment was performed using a questionnaire.

Results: The average value of the Medical Care Evaluation Index was calculated equal to 69.61 (± 13.75), of the Nursing Care Evaluation Index equal to 71.94 (± 1.49), of the Administrative Services Evaluation Index equal to 61.17 (± 12.62) and the Facility Evaluation Index was found equal to 58.44 (± 10.84). Finally, the average value of the Hospital Services Evaluation Index was found to be 72.70 (± 13.77). Regarding the impact of demographic factors, the degree of satisfaction of medical care was related to marital status, education and age, while, respectively, the degree of satisfaction of nursing care and administrative services was related to gender.

Conclusions: According to the survey, the majority of users of healthcare services of the pathological sector said they were relatively satisfied with the care provided by medical, nursing and administrative staff and from the facilities, with demographic factors contributing significantly to shaping the degree of satisfaction.

Keywords: Health System, Patient Satisfaction, Quality of Healthcare Services, Quality of Care Provided.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	i
ABSTRACT.....	ii
ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	iii
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ	v
ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ	vi
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	vii
1 ΥΓΕΙΑ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ - ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ.....	2
1.1. Υγεία	2
1.2. Σύστημα Υγείας	4
1.2.1. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας	7
1.2.2. Διάκριση Μονάδων Φροντίδας Υγείας.....	7
1.2.2.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	8
1.2.2.2. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	10
1.2.2.3. Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας.....	10
1.2.2.4. Νοσοκομεία.....	11
1.2.2.4.1. Διάκριση Υπηρεσιών Νοσοκομείου.....	13
1.2.2.4.2. Διαφορές Δημόσιων – Ιδιωτικών Νοσοκομείων	14
2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	16
2.1 Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	16
2.2 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας.....	18
2.3 Μέτρηση της ποιότητας	19
2.4 Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας	20
3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	22
3.1 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών.....	22
3.2 Προσδοκίες των ασθενών και ικανοποίησή τους.....	23
3.3 Χρησιμότητα Ικανοποίησης.....	24
3.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών.....	26
3.5 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών	29
4 ΣΚΟΠΟΣ.....	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
4.1 Σκοπός της μελέτης.....	33
5 ΥΛΙΚΟ & ΜΕΘΟΔΟΣ	Σφάλμα! Δεν έχει οριστεί σελιδοδείκτης.
5.1 Δείγμα μελέτης.....	33

5.2	Ερευνητικό εργαλείο	33
5.3	Σχεδιασμός μελέτης	34
5.4	Ηθική & Δεοντολογία	34
5.5	Στατιστική Ανάλυση	35
6	ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
6.1	Δημογραφικά στοιχεία	36
6.2	Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με τις Διοικητικές υπηρεσίες, τις κτηριακές εγκαταστάσεις, τις υπηρεσίες και τη μελλοντική χρήση του Νοσοκομείου.....	37
6.2.1	Αξιολόγηση της Ιατρικής Φροντίδας.....	37
6.2.2	Αξιολόγηση της Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	39
6.2.3	Αξιολόγηση των Διοικητικών Υπηρεσιών.....	39
6.2.4	Αξιολόγηση των Εγκαταστάσεων του νοσοκομείου	41
6.2.5	Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου	42
6.2.6	Μελλοντική χρήση του Νοσοκομείου.....	42
6.3	Επαγωγική στατιστική ανάλυση	43
6.3.1	Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με τους Δείκτες Αξιολόγησης ..	43
6.3.2	Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με τους Δείκτες Αξιολόγησης.	47
7	ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	49
8	ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	58
	ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ	59
	ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	72

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος.....	36
Πίνακας 2 Αξιολόγηση της Ιατρικής Φροντίδας	38
Πίνακας 3 Αξιολόγηση της Νοσηλευτικής Φροντίδας	39
Πίνακας 4 Αξιολόγηση των Διοικητικών Υπηρεσιών	40
Πίνακας 5 Αξιολόγηση των Εγκαταστάσεων νοσοκομείου	41
Πίνακας 6 Αξιολόγηση των υπηρεσιών νοσοκομείου	42
Πίνακας 7 Μελλοντική χρήση του Νοσοκομείου	43
Πίνακας 8 Σύγκριση φύλου με τους Δείκτες Αξιολόγησης	44
Πίνακας 9 Σύγκριση υπηκοότητας με τους Δείκτες Αξιολόγησης	44
Πίνακας 10 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τους Δείκτες Αξιολόγησης.....	45
Πίνακας 11 Σύγκριση εκπαίδευσης με τους Δείκτες Αξιολόγησης.....	46
Πίνακας 12 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας.....	47
Πίνακας 13 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας	47
Πίνακας 14 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών	48
Πίνακας 15 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων	48
Πίνακας 16 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Υπηρεσιών	48

ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1 Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων	72
Διάγραμμα 2 Εκπαίδευση ερωτώμενων	72
Διάγραμμα 3 Κατάσταση υγείας ερωτώμενων	73
Διάγραμμα 4 Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας	73
Διάγραμμα 5 Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	74
Διάγραμμα 6 Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών.....	74
Διάγραμμα 7 Δείκτης Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων.....	75
Διάγραμμα 8 Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών.....	75
Διάγραμμα 9 Μελλοντική χρήση Νοσοκομείου	76
Διάγραμμα 10 Σύγκριση φύλου με το Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας.....	76
Διάγραμμα 11 Σύγκριση φύλου με το Δείκτη Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών	77
Διάγραμμα 12 Σύγκριση φύλου με το Δείκτη Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων	77
Διάγραμμα 13 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας.....	78
Διάγραμμα 14 Σύγκριση εκπαίδευσης με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας.....	78

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η υγεία αποτελεί το πλέον σημαντικό δημόσιο αγαθό. Οι οργανισμοί υγείας καλούνται να παράσχουν υπηρεσίες υγείας μεριμνώντας ταυτόχρονα για τη συνεχή βελτίωσή τους με στόχο την επίτευξη ανώτερου επιπέδου ποιότητας παρεχόμενης φροντίδας. Τα τελευταία χρόνια δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και τον τρόπο με τον οποίο την αντιλαμβάνονται οι χρήστες των εν λόγω υπηρεσιών. Έχει αναγνωριστεί η σημαντικότητα και η χρησιμότητα της άποψης των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, καθώς και της εκτίμησης του βαθμού ικανοποίησής τους.

Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών-χρηστών/καταναλωτών αποτελεί βασικό αντικείμενο έρευνας των οργανισμών και των επιχειρήσεων υγείας και, σύμφωνα με τους ειδικούς, αποτελεί τον εγκυρότερο δείκτη ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Σχετίζεται άμεσα με τις ανάγκες των ασθενών, τις εμπειρίες τους, την αντιμετώπισή τους, την έκβαση της υγείας τους και τις προσδοκίες τους ως προς αυτή. Προσδιορίζεται δε, μέσω του ποσοστού ικανοποίησης που δηλώνουν οι ασθενείς από την επαφή και τη μεταχείρισή τους από το προσωπικό υγείας, από τη ληφθείσα θεραπεία και από τις πρακτικές της παρεχόμενης φροντίδας.

Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών θεωρείται ένα σύστημα ανάδρασης από το οποίο προσδιορίζονται με αξιόπιστο και έγκυρο τρόπο οι στάσεις, οι απόψεις και οι αντιλήψεις τους. Μέσω αυτής γίνεται δυνατή η εγκυρότερη αξιολόγηση της απόδοσης ενός οργανισμού, υπό το πρίσμα ενός συνόλου διαστάσεων ικανοποίησης, εντοπίζοντας ταυτόχρονα τις πιθανές αδυναμίες και ελλείψεις του.

Στην παρούσα διπλωματική εργασία, θα γίνει προσπάθεια να διερευνηθεί και να μετρηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών τους από τις υπηρεσίες φροντίδας που παρασχέθηκαν στον παθολογικό τομέα ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

1 ΥΓΕΙΑ – ΔΗΜΟΣΙΑ ΥΓΕΙΑ - ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ

1.1.Υγεία

Η έννοια της Υγείας είναι πολυδιάστατη και προσδιορίζεται βάσει του επιστημονικού πεδίου που την μελετά. Ειδικότερα, ο λειτουργικός ορισμός της υγείας αναφέρεται στην ικανότητα απόκρισης ενός ατόμου όσον αφορά τους κοινωνικούς του ρόλους, αντίστοιχα, ο βιωματικός ορισμός αναφέρεται στον άνθρωπο και την αντίληψή του όσον αφορά την υγεία. Κατά τον ιατρικό ορισμό η έννοια της υγείας προσδιορίζεται αποκλειστικά μέσω βιολογικής προσέγγισης. Έτσι, σύμφωνα με την ιατρική αντίληψη, η υγεία ορίζεται ως η έλλειψη ασθένειας, η οποία αποτελεί το βιολογικό φαινόμενο στο οποίο συντελείται αποδιοργάνωση των φυσιολογικών λειτουργιών του οργανισμού ως αποτέλεσμα της μόλυνσης από ιούς, μικρόβια, βακτηρίδια ή παράσιτα. Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό πως έχουν αποδοθεί πολλαπλοί ορισμοί για την υγεία, χωρίς όμως να κατορθώσει κάποιος να χαρακτηριστεί από απόλυτη εγκυρότητα και αποδοχή (Κυριόπουλος, Οικονόμου & Σουλιώτης, 2003).

Ο πλέον αποδεκτός ορισμός θεσπίστηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO), σύμφωνα με τον οποίο, σε καταστατικό του το 1984, «Υγεία θεωρείται η κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου». Παρ' όλα αυτά, ο συγκεκριμένος ορισμός επικρίθηκε λόγω του ουτοπικού του χαρακτήρα. Έτσι, σύμφωνα με τη διακήρυξη της Οτάβα το 1986, η υγεία επαναπροσδιορίστηκε ως η ικανότητα του ατόμου, της ομάδας ή της κοινότητας «να αναγνωρίζει και να κατανοεί φιλοδοξίες, να ικανοποιεί ανάγκες και να τροποποιεί ή να συμβιβάζεται με το περιβάλλον». Η υγεία σ' αυτό τον ορισμό προσδιορίζεται ως μια δυναμική κατάσταση, η οποία παρουσιάζει προσαρμοστικότητα και βελτίωση σε διαφορετικά επίπεδα, ανάλογα με τις υφιστάμενες εξωτερικές επιρροές, όπως «ειρήνη, κατοικία, εκπαίδευση, εισόδημα, ένα σταθερό οικοσύστημα, ανανεώσιμες πηγές ενέργειας, κοινωνική δικαιοσύνη και ισότητα» (Taylor, Lillis & Lemone, 1997).

Λόγω της πολυπλοκότητας της έννοιας της υγείας έχουν αναπτυχθεί ορισμένα μοντέλα με σκοπό τον βέλτιστο προσδιορισμό της. Σύμφωνα με την Scriven τα βασικότερα μοντέλα της υγείας και ασθένειας είναι τα εξής:

i) **Ιατρικό μοντέλο**: Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό η υγεία ορίζεται ως η απουσία ασθένειας σε έναν οργανισμό. Ο Καρτέσιος, ως υποστηρικτής του εν λόγω μοντέλου, παρομοιάζει το ανθρώπινο σώμα με μηχανή, η οποία σε περιπτώσεις μη φυσιολογικής λειτουργίας προμηνύει την εκδήλωση ασθένειας. Παράλληλα, έχει ως βάση του την ιατρική πρακτική, μέσω της οποίας επιτυγχάνεται η διάγνωση και η αντίστοιχη διαχείριση πιθανής νόσου. Βασικό μειονέκτημα του συγκεκριμένου μοντέλου είναι ότι αποτρέπει την πρόληψη ψυχικών διαταραχών (Καλογεροπούλου, 2011).

ii) **Ολιστικό μοντέλο**: Το μοντέλο αυτό, βασιζόμενο στις αρχές του ιατρικού μοντέλου, επισήμανε τη δυσκολία εκτίμησης και προσδιορισμού της κατάστασης της υγείας, ως απόρροια των μεταβολών λόγω της επίδρασης του φυσικού και κοινωνικού περιβάλλοντος. Ο ορισμός αυτός, δίνει έμφαση στη θετική έννοια της υγείας ξεφεύγοντας από τον περιορισμό της έννοιας που αναφερόταν μόνο στην πρόληψη ή αντιμετώπιση της νόσου (Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014).

iii) **Μοντέλο της ευεξίας**: Η ανάπτυξη του συγκεκριμένου μοντέλου εντοπίζεται το 1986, όταν άρχισε να υποχωρεί η αντίληψη ότι η υγεία αποτελεί μια κατάσταση αντικαθιστώντας την έννοια της υγείας με το περιβάλλον στο οποίο το άτομο δύναται να προβεί στην εκδήλωση και ικανοποίηση των προσδοκιών και των αναγκών του. Επίσης, θα πρέπει να αναφερθεί στο σημείο αυτό, ότι ο άνθρωπος παρουσιάζει μεγαλύτερη προσαρμοστικότητα στις μεταβολές που συντελούνται ως αποτέλεσμα της βελτίωσης της ανθεκτικότητας του (Τούντας, 2001).

Συνοπτικά, η σύγχρονη προσέγγιση της υγείας, βάσει των επίσημων θεωρητικών τοποθετήσεων, προσδιορίζεται υπό το πρίσμα τριών συνιστωσών:

α. τη *Βιοϊατρική*, σύμφωνα με την οποία η υγεία ορίζεται ως η έλλειψη νόσου ή αναπηρίας,

β. την *Ψυχολογική*, σύμφωνα με την οποία η υγεία ορίζεται ως η ικανότητα ενός ατόμου να ανταπεξέρχεται τους ρόλους που του αναλογούν, ή να προσαρμόζεται στις μεταβαλλόμενες καταστάσεις και,

γ. την *Κοινωνιολογική*, σύμφωνα με την οποία η υγεία επηρεάζεται δυναμικά από τους παράγοντες πολιτισμός και περιβάλλον (Fottler, Ford, Roberts & Ford, 2000).

Επίσης, η έννοια της υγείας σύμφωνα με τα παραπάνω αποτελεί ένα σύνολο διαστάσεων που αποτελείται από τη σωματική, την ψυχική, τη συναισθηματική, την κοινωνική, την πνευματική υγεία και την υγεία της κοινωνίας.

1. *Σωματική υγεία:* Αναφέρεται στη σύσταση του σώματος, τη μυϊκή δύναμη και αντοχή, την καρδιο-αναπνευστική λειτουργία και την ευλυγισία και σχετίζεται με τη διατροφή, τη σωματική δραστηριότητα και την προστασία από το περιβάλλον.
2. *Ψυχική υγεία:* Ορίζεται ως η ψυχονοητική και κοινωνική κατάσταση ενός ατόμου η οποία λειτουργεί σε ικανοποιητικό επίπεδο συναισθηματικής και συμπεριφοριστικής προσαρμογής.
3. *Συναισθηματική υγεία:* Αναφέρεται στην ικανότητα αναγνώρισης και διαχείρισης των συναισθημάτων όπως είναι ο φόβος, η χαρά, η θλίψη κ.α.
4. *Κοινωνική υγεία:* Ορίζεται ως η ικανότητά αλληλεπίδρασης και σύναψης υγιών διαπροσωπικών σχέσεων ενός ατόμου με άλλα άτομα και σχετίζεται με την ικανότητα προσαρμογής σε κοινωνικές καταστάσεις και κατάλληλες συμπεριφορές.
5. *Πνευματική υγεία:* Αναφέρεται στη συσχέτιση της υγείας με τη θρησκεία, μέσω τεσσάρων τύπων σύνδεσης στον ορισμό της: ανθρώπινη σύνδεση με τον Θεό, τον εαυτό του, τους άλλους και τη φύση.
6. *Υγεία της κοινωνίας:* Αναφέρεται στο επίπεδο υγείας σε όλους τους τομείς, καθότι ένα άτομο δεν δύναται να είναι υγιές όταν το περιβάλλον στο οποίο διαβιεί είναι ακατάλληλο και δεν του επιτρέπει να επιτύχει ηρεμία και ικανοποίηση των αναγκών του (Ewles & Simnett, 2003).

Ανεξάρτητα από τον ορισμό, η υγεία αποτελεί θεμελιώδες ανθρώπινο δικαίωμα, κοινωνικό αγαθό και υποχρέωση του κάθε κράτους. Το κράτος οφείλει να παρέχει στους πολίτες του ισότιμη περίθαλψη ανεξαρτήτως κοινωνικοοικονομικής κατάστασης και να θέτει ως απώτερο κοινωνικό στόχο την επίτευξη παροχής υπηρεσιών υγείας του ανώτερου δυνατού επιπέδου. Αρωγός στην παροχή των υπηρεσιών υγείας αποτελούν τα εθνικά συστήματα υγείας (Τούντας, 2003).

1.2.Σύστημα Υγείας

Με τον όρο σύστημα υγείας αναφέρεται κανείς στο σύνολο ενός δεδομένου ποσοστού διαθέσιμων ανθρώπινων και υλικών πόρων, το οποίο μέσω συγκεκριμένου

τρόπου οργάνωσης και διοίκησης, ανάπτυξης υπηρεσιών και πρακτικής εφαρμογής, έχει ως απώτερο στόχο τη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού (Σουλιώτης, 2006).

Τα συστήματα υγείας αποτελούντον ακρογωνιαίο λίθο του κράτους πρόνοιας και το βασικότερο θεσμικό στοιχείο στο μοντέλο κοινωνικής και οικονομικής οργάνωσης. Δεν αφορούν απλά ένα σύστημα παρέμβασης που στοχεύει στη διαχείριση και βελτίωση της δημόσιας υγείας, αλλά, χαρακτηρίζεται από ένα σύνολο ιδεολογικών και πολιτικών στοιχείων συνιστώντας ένα προϊόν πολιτιστικών προτύπων και κοινωνικών συσχετισμών με επίκεντρο του τον άνθρωπο και τις ανάγκες του (Σουλιώτης, 2006).

Το υπέρτατο αγαθό της ανθρώπινης ζωής και η διασφάλισή της είναι οι βασικές αξίες που οδήγησαν στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας. Η ανάγκη της διαρκούς αναζήτησης με στόχο την προφύλαξη και την οχύρωση της υγείας του ανθρώπου οδήγησε στην ανάπτυξη της σύγχρονης ιατρικής, στο πλαίσιο της οποίας τα αίτια της ασθένειας, η διαχείριση και η θεραπεία της, θεωρούνται φυσικά και επιστημονικά ερμηνεύσιμα στοιχεία. Η ανάπτυξη και η εφαρμογή των επιστημών υγείας με στόχο την πρόληψη, τη διάγνωση και τη θεραπεία, αποτελούν το σημαντικότερο χαρακτηριστικό των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης των σύγχρονων κοινωνιών (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Απόλυτα συνυφασμένοι παράγοντες με τα σύγχρονα συστήματα υγείας είναι τα νοσοκομεία, ως μονάδες διαχείρισης και αντιμετώπισης των ασθενειών, και το ιατρικό-νοσηλευτικό επάγγελμα με αναγνωρισμένο κώδικα δεοντολογίας. Παρότι, η άσκηση του ιατρικό-νοσηλευτικού επαγγέλματος δεν περιορίζεται μόνο στις νοσοκομειακές μονάδες, το νοσοκομείο αποτέλεσε το περιβάλλον μέσα στο οποίο οι επαγγελματίες υγείας κατάφεραν να ερευνήσουν και να επιτύχουν την αντιμετώπιση και θεραπεία ενός μεγάλου αριθμού ασθενών με τη χρήση βιοϊατρικών τεχνολογιών (Νιάκας, 1993).

Τα συστήματα υγείας χαρακτηρίζονται δυναμικά καθώς προσαρμόζονται, τροποποιούνται και εξελίσσονται με την πάροδο του χρόνου, υπό τις συστάσεις του κράτους και της πολιτικής εξουσίας, την επίδραση κοινωνικών διεργασιών και τη συμβολή νέων τεχνολογικών και επιστημονικών επιτευγμάτων. Τα συστήματα υγείας καλούνται να ανταπεξέλθουν και να επιλύσουν ένα σύνολο θεμάτων τα οποία σχετίζονται με το κόστος της παροχής υπηρεσιών υγείας, τη βελτίωση των

παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, τη μεταβολή του νοσολογικού προτύπου, την αποτελεσματικότητα της κλινικής πρακτικής και των εφαρμοζόμενων μεθόδων, τη μείωση των ανισοτήτων στους δείκτες υγείας κ.α. (Θεοδώρου, Σαρρής & Σούλης, 2001).

Επιδιώξή τους είναι η μείωση του χάσματος μεταξύ αυτών που δύναται να προσφέρουν και των προσδοκιών του πληθυσμού, η επιτυχής ανταπόκριση στις αυξανόμενες πιέσεις για την παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας και η ισότιμη προσφορά τους στο σύνολο του πληθυσμού χωρίς διακρίσεις. Ταυτόχρονα τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν την πρόκληση του περιορισμού σε δημοσιοοικονομικό επίπεδο (Υφαντόπουλος, 2003).

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας τα υγειονομικά συστήματα θα πρέπει να θέτουν ως πυλώνα τους την κοινωνική συναίνεση, την κοινωνική συμβολή στην οργάνωση και διοίκηση τους, την κοινωνική, οικονομική και υγειονομική αποδοτικότητα και την ισότιμη προσβασιμότητα σε όλους τους πολίτες (France & Johansen, 1992)

Επίσης, σύμφωνα με τον Ο.Ο.Σ.Α. (Ο.Ε.С.Д. 2015), τα συστήματα υγείας των σύγχρονων κοινωνιών θα πρέπει να θέτουν ως βασικής τους προτεραιότητα:

- Τη διασφάλιση ανώτερου επιπέδου υγείας για το σύνολο του πληθυσμού.
- Τη βελτίωση του επιπέδου κλινικής αποτελεσματικότητας μέσω αποφάσεων που προάγουν τη βέλτιστη δυνατή κλινική πρακτική (ελαχιστοποίηση διενέργειας περιττών πρακτικών και εξετάσεων, καθώς και αποφυγή της παράλειψης διενέργειας απαραίτητων πρακτικών και διαδικασιών).
- Την αύξηση του επιπέδου ασφάλειας για τον ασθενή και την αποφυγή ιατρικών σφαλμάτων. Μέσω της σύστασης οργάνων παροχής υπηρεσιών υγείας, τα οποία θα ειδικεύονται στον άμεσο εντοπισμό ιατρικών σφαλμάτων και ανεπιθύμητων συμβάντων στους ασθενείς με στόχο την αποτελεσματική αποκατάσταση και την πρόληψη μελλοντικών συνεπειών.
- Την αύξηση του επιπέδου υπευθυνότητας, μέσω της παροχής των υπηρεσιών υγείας στον απαιτούμενο χρόνο (βελτίωση χρόνων αναμονής) και της εστίασης στον ασθενή, επιδεικνύοντας τον απαραίτητο σεβασμό στις πεποιθήσεις, τις απαιτήσεις και τις αξίες του.

- Τη βελτίωση του επιπέδου οικονομικής αποδοτικότητας μέσω της επίτευξης περιορισμού του κόστους και των δαπανών. Παροχή κατάλληλων υπηρεσιών, με στόχο την εξασφάλιση της μέγιστης δυνατής αξίας για την αντίστοιχη δαπάνη.
- Τη διασφάλιση της ισότητας και διαφάνειας. Μείωση των ανισοτήτων και παροχή ίδιου επιπέδου υπηρεσιών υγείας σε όλους τους πολίτες, ανεξαρτήτως φύλου, εθνικότητας, εκπαίδευσης, ηλικίας και κοινωνικοοικονομικής θέσης (Zeynep, 2002).

1.2.1. Οργάνωση των υπηρεσιών υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας έχει αναπτύξει ένα συγκεκριμένο μοντέλο οργάνωσης υπηρεσιών υγείας, το οποίο έχει υιοθετηθεί ως βασική οργανωτική δομή του εθνικού συστήματος υγείας από τα περισσότερα κράτη και συνιστάται στα τρία επίπεδα υπηρεσιών φροντίδας αναλόγως της πληθυσμιακής σύνθεσης των περιφερειών (Mossialos, Allin & Davaki, 2005).

1.2.2. Διάκριση Μονάδων Φροντίδας Υγείας

Οι οργανωτικές δομές υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε τρεις κατηγορίες, αντίστοιχες του είδους των παρεχόμενων υπηρεσιών τους (Ν.1397/1983):

- Μονάδες Πρωτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας, παρέχοντας υπηρεσίες πρόληψης, θεραπείας και αποκατάστασης.
- Μονάδες Δευτεροβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας: παρέχοντας υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης σε ιατρικά προβλήματα μικρότερης βαρύτητας
- Μονάδες Τριτοβάθμιων Υπηρεσιών Υγείας: παρέχοντας υπηρεσίες νοσοκομειακής περίθαλψης σε ιατρικά προβλήματα μεγαλύτερης βαρύτητας (Τούντας, 2008).

Επίσης, σύμφωνα με το Μπουρσανίδη (1993), οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, βάσει της νομική μορφή τους, κατηγοριοποιούνται σε:

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

1.2.2.1. Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίστηκε ως «η βασική φροντίδα βασισμένη σε πρακτικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και κοινωνικά αποδεκτές μεθόδους και τεχνολογίες. Η φροντίδα αυτή είναι στη διάθεση όλων των πολιτών της κοινότητας και των οικογενειών τους και παρέχεται με την πλήρη και ενεργό συμμετοχή τους», έτσι όπως διακηρύχθηκε στη συνδιάσκεψη της Alma-Ata της πρώην Σοβιετικής Ένωσης (1978) (Rawaf, Maeseneer & Starfield, 2008).

Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.) αποσκοπεί στην παροχή ενός συνόλου ολοκληρωμένων υπηρεσιών υγείας οι οποίες σχετίζονται με την παρακολούθηση, διατήρηση και βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. Βασικό στόχο της Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας (Π.Φ.Υ.), μέσω των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτελεί η προαγωγή της υγείας, η πρόληψη, διάγνωση, αντιμετώπιση και θεραπεία των νόσων και η ολοκληρωμένη φροντίδα και συνέχεια αυτής (Κυριόπουλος, Γκρέγκορ, Οικονόμου, 2003).

Η Π.Φ.Υ αποτελεί το κεντρικό σημείο αναφοράς του υγειονομικού συστήματος της χώρας και το πρώτο επίπεδο επαφής των πολιτών με το εθνικό σύστημα υγείας. Η παροχή των υπηρεσιών Π.Φ.Υ. στο σύνολο του πληθυσμού αποτελεί αποκλειστική ευθύνη του Κράτους. Το Κράτος, στο πλαίσιο κοινωνικής πολιτικής, πρέπει να προβλέπει την οικονομική του κάλυψη της Π.Φ.Υ. σε κάθε στάδιο ανάπτυξης, παρέχοντας υπηρεσίες καθολικά και ισότιμα στο σύνολο του πληθυσμού, αναλόγως τις ανάγκες του και σεβόμενο τα δικαιώματά του, διασφαλίζοντας έτσι την κοινωνική δικαιοσύνη και την κοινωνική ευημερία (Κυριόπουλος, Γκρέγκορ, Οικονόμου, 2003).

Δημόσιοι Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Η παροχή των δημόσιων υπηρεσιών της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας πραγματοποιείται μέσω των δομών του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ.), το οποίο υπάγεται στο Ε.Σ.Υ. και λειτουργεί υπό την εποπτεία των Διοικήσεων Υγειονομικών Περιφερειών (Δ.Υ.ΠΕ.). Η σύσταση του Π.Ε.Δ.Υ. θεσπίστηκε με τον Ν.4238/2014. Το Π.Ε.Δ.Υ. αποτελεί στην ουσία το μέσο εισόδου των πολιτών στο σύστημα υγείας και τον αρχικό φορέα παροχής υπηρεσιών

περίθαλψης, συντονίζοντας τη φροντίδα και κατευθύνοντας τους προς τα ανώτερα επίπεδα του συστήματος υγείας, εφόσον απαιτηθεί (Δημολιάτης και συν., 2002)

Στις δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του Π.Ε.Δ.Υ. περιλαμβάνονται:

- Τα Κέντρα Υγείας και οι υπόλοιπες Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας των Δ.Υ.ΠΕ.
- Τα Κέντρα Υγείας της Χώρας με τις αποκεντρωμένες μονάδες τους (Πολυδύναμα Περιφερειακά Ιατρεία, Περιφερειακά Ιατρεία, Ειδικά Περιφερειακά Ιατρεία), τα οποία υπάγονται στις οικείες Δ.Υ.ΠΕ.
- Οι Μονάδες Παροχής Υπηρεσιών Π.Φ.Υ. του Εθνικού Οργανισμού Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.), οι οποίες υπάγονται στις Δ.Υ.ΠΕ. ως αποκεντρωμένες μονάδες τους. Επίσης, δομές παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας αποτελούν και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων (Σωτηριάδου, Μαλλιαρού & Σαράφης, 2001, Γιανασμίδης & Τσιαούση, 2012).

Κέντρα Υγείας

Ως Κέντρα Υγείας ορίζονται οι μικρής τάξεως δομές πρωτοβάθμιου υγειονομικού επιπέδου οι οποίες αποτελούν οργανικές μονάδες των Δ.Υ.ΠΕ. Τα Κέντρα Υγείας εγκαθίστανται και λειτουργούν στην ύπαιθρο της χώρας (κωμοπόλεις και χωριά) και η ανάπτυξη τους συντελέστηκε με στόχο τη βελτίωση του επιπέδου παροχής υπηρεσιών υγείας σε αποκεντρωμένες περιοχές καθώς και στην αποσυμφόρηση των νοσοκομείων των πόλεων. Η περιοχή ευθύνης των Κέντρων Υγείας ονομάζεται Τομέας Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Το.Π.Φ.Υ.). Όσον αφορά στη σύσταση και λειτουργία τους, διαθέτουν περιορισμένο αριθμό ειδικευμένων γιατρών και ιατρικά εργαστήρια, εφημερεύουν σε 24ωρη βάση παρέχοντας βραχεία νοσηλεία (Σουλιώτης, 2014, Βραχάτης & Παπαδόπουλος, 2012).

Ιδιωτικοί Φορείς Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας

Στις δομές Παροχής Υπηρεσιών Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας του ιδιωτικού τομέα περιλαμβάνονται:

- Τα εξωτερικά ιατρεία ιδιωτικών νοσοκομείων.
- Τα διαγνωστικά κέντρα.
- Τα μικροβιολογικά εργαστήρια.

- Τα ιατρεία ιδιωτών γιατρών (Καδδά και συν., 2010).

1.2.2.2. Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας

Με τον όρο Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας ορίζεται το σύνολο των υπηρεσιών υγείας διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα, η παροχή των οποίων καθιστά απαραίτητη τη νοσηλεία των ασθενών σε νοσοκομείο, χωρίς, απαραίτητα, να απαιτείται διανυκτέρευση σε αυτό. Κατά τη δευτεροβάθμια φροντίδα η περίθαλψη των ασθενών πραγματοποιείται σε νοσοκομεία βασικών ιατρικών ειδικοτήτων τα οποία μπορούν να διαχειριστούν μικρότερης βαρύτητας ιατρικά προβλήματα. Το Νοσοκομείο αποτελεί τη βασική λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Μανιού & Ιακωβίτου, 2009).

Οι υπηρεσίες της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας παρέχονται από τις εξής δομές υγείας:

- Κρατικά Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ, τα οποία στελεχώνονται από γιατρούς του ΕΣΥ.
- Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία, τα οποία στελεχώνονται από πανεπιστημιακούς και γιατροί του Ε.Σ.Υ.
- Στρατιωτικά Νοσοκομεία, που υπάγονται στο υπουργείο Εθνικής Άμυνας και στελεχώνονται από μόνιμους και στρατεύσιμους γιατρούς, καθώς και πολίτες γιατρούς, υπό το καθεστώς ειδικών συμβάσεων.
- Νοσοκομεία Ειδικού Καθεστώτος στο οποίο υπάγονται αυτά που δεν εντάσσονται στο ΕΣΥ ή στον ιδιωτικό τομέα. Στελεχώνονται από γιατρούς με ειδικές συμβάσεις, βάσει του οργανισμού του νοσοκομείου.
- Ιδιωτικά Νοσοκομείων
- Ιδιωτικές Κλινικές
- Ιδιωτικά Θεραπευτήρια (Μανιού & Ιακωβίτου, 2009).

1.2.2.3. Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας

Ο όρος Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας διαγνωστικού, θεραπευτικού ερευνητικού και εκπαιδευτικού χαρακτήρα, η παροχή των οποίων καθιστά αναγκαία τη νοσηλεία των ασθενών στο νοσοκομείο. Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας διαχειρίζεται

μεγαλύτερης βαρύτητας ιατρικά προβλήματα η αντιμετώπιση των οποίων προϋποθέτει υψηλό επίπεδο γνώσεων και ειδικών δεξιοτήτων. Η παροχή των υπηρεσιών υγείας στην τριτοβάθμια περίθαλψη πραγματοποιείται συνήθως στα περιφερειακά νοσοκομεία, όπως νοσοκομεία με πανεπιστημιακές κλινικές, στα οποία συντελείται επίσης η εκπαίδευση και πρακτική του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού (Stanhope & Lancaster, 2009).

Για την εφαρμογή των τριτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας είναι απαραίτητη η σύσταση ειδικών κτιριακών υποδομών και εγκαταστάσεων, η χρήση σύγχρονου ιατρικό-μηχανολογικού εξοπλισμού υψηλής στάθμης, η στελέχωση εξειδικευμένου προσωπικού όλων των ειδικοτήτων καθώς και η πρόβλεψη υψηλών δαπανών λειτουργίας (Μανιού & Ιακωβίτου 2009).

Στόχος της Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι:

- Η μελέτη, διαχείριση και αντιμετώπιση σπάνιων ιατρικών περιστατικών.
- Η προαγωγή της Ιατρικής έρευνας.
- Η δια βίου εκπαίδευση του προσωπικού υγείας.
- Ο ποιοτικός έλεγχος των υπηρεσιών υγείας κατά την παροχή Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Stanhope & Lancaster, 2009).

1.2.2.4. Νοσοκομεία

Τα νοσοκομεία αποτελούν ιδρύματα υγειονομικής περίθαλψης, στα οποία συντελείται η παροχή υπηρεσιών υγείας από εξειδικευμένο προσωπικό και εξοπλισμό, παρέχοντας, επίσης, τη δυνατότητα παραμονής σε αυτά όταν κρίνεται απαραίτητο. Οι ασθενείς που προσέρχονται στα νοσοκομεία, αναλόγως των υπηρεσιών που δέχονται, διακρίνονται σε εξωτερικούς και εσωτερικούς. Οι εξωτερικοί ασθενείς επισκέπτονται το νοσοκομείο για να τους παρασχεθούν κυρίως υπηρεσίες διάγνωσης, είτε διάγνωσης και θεραπείας και στη συνέχεια αποχωρούν. Αντιθέτως, στην περίπτωση των εσωτερικών ασθενών πραγματοποιείται εισαγωγή στο νοσοκομείο, η διάρκεια της οποίας ποικίλει, από μία μέρα έως εβδομάδες ή μήνες αναλόγως της βαρύτητας του περιστατικού (Τσιάντου και συν., 2007).

Τα σύγχρονα νοσοκομεία στελεχώνονται από ένα ευρύ φάσμα επαγγελματιών υγείας το οποίο περιλαμβάνει γιατρούς, χειρουργούς και νοσηλευτές όλων των ειδικοτήτων. Πρωταρχικός σκοπός των νοσοκομείων είναι η παροχή πρωτοβάθμιας, δευτεροβάθμιας και τριτοβάθμιας περίθαλψης, εντούτοις, σε ορισμένες κατηγορίες

νοσοκομείων πραγματοποιείται και η εκπαίδευση των επαγγελματιών υγείας αλλά και η διεξαγωγή ερευνών και μελετών επί ιατρικό-νοσηλευτικών θεμάτων για την ανεύρεση νέων μεθόδων και τεχνικών ιατρικής και νοσηλευτικής (Κ.Υ.Α. με αρ. Α1α/8342/10.7.1998 - ΦΕΚ 711/Β'/14.7.1998) (Αδαμακίδου, 2008).

Η χρηματοδότηση των νοσοκομείων πραγματοποιείται, αναλόγως της κατηγορίας του νοσοκομείου, είτε από το κράτος είτε από ιδιωτικές επιχειρήσεις παροχής υπηρεσιών υγείας. Στην περίπτωση των ασφαλισμένων σε φορείς κοινωνικής ασφάλισης, η κάλυψη της ιατρικό-νοσηλευτικής περίθαλψης στο νοσοκομείο καλύπτεται από τον Εθνικό Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας (Ε.Ο.Π.Υ.Υ.) (Σούλης, 1999).

Τα νοσοκομεία κατατάσσονται στα εξής:

- **Γενικά**, τα οποία απαρτίζονται από τμήματα κύριας νοσηλείας ενός ευρέος φάσματος ειδικοτήτων αντιμετωπίζοντας διαφορετικές νόσους. Τα γενικά νοσοκομεία διακρίνονται επιμέρους σε περιφερειακά και σε νομαρχιακά και λειτουργούν έχοντας περιοχή ευθύνης την έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ή κάθε νομό αντίστοιχα. Στα περιφερειακά νοσοκομεία, συνήθως, είναι δυνατή η παροχή ιατρικής εκπαίδευσης σε όλες ή τουλάχιστον στις περισσότερες ειδικότητες, ενώ αντίθετα, στα γενικά - νομαρχιακά νοσοκομεία μόνο μερικές ειδικότητες.
- **Ειδικά**, τα οποία απαρτίζονται από τμήματα νοσηλείας εξειδικευμένα κυρίως σε μία ειδικότητα (νοσοκομεία παιδών, κέντρα αποκατάστασης, κλινικές αποτοξίνωσης, ψυχιατρεία, κέντρα λοιμωδών ασθενειών, αντικαρκινικά νοσοκομεία κ.α.).
- **Πανεπιστημιακά**, τα οποία στελεχώνονται από πανεπιστημιακούς γιατρούς και πέραν της περίθαλψης, συντελείται και η διδασκαλία και η εκπαίδευση των φοιτητών των επαγγέλμων υγείας.
- **Κλινικές**, οι οποίες συνήθως απαρτίζονται από ιατρικές εγκαταστάσεις μικρότερου μεγέθους από ότι των νοσοκομείων και η διαχείριση τους αποτελεί ευθύνη είτε κυβερνητικού οργανισμού παροχής υπηρεσιών υγείας είτε ιδιωτών (Mossialos et al. 2005).

Όσον αφορά τις λειτουργίες των νοσοκομείων, διακρίνουμε τις εξής 5 κύριες λειτουργίες:

- Ιατρικό-νοσηλευτική περίθαλψη.

- Κοινωνική.
- Προληπτική.
- Εκπαιδευτική.
- Τεχνική-επιστημονική υποστήριξη των επαγγελματιών υγείας εκτός νοσοκομείου (ελεύθερους επαγγελματίες).

Σε κάθε νοσοκομείο, βάσει νομοθεσίας του Ε.Σ.Υ., διακρίνονται οι εξής ανεξάρτητοι τομείς: α) ιατρικός, β) νοσηλευτικός, γ) διοικητικός, καθένας από τους οποίους απαρτίζεται από ένα σύνολο υπηρεσιών (Καραγιάννη και συν., 2017).

1.2.2.4.1. Διάκριση Υπηρεσιών Νοσοκομείου

Η εύρυθμη λειτουργία κάθε νοσοκομειακής μονάδας προϋποθέτει τη λειτουργία των παρακάτω κύριων και υποστηρικτικών Υπηρεσιών (Ν.1397/1983):

- Ιατρική Υπηρεσία: Παροχή ιατρικής φροντίδας, εκπαίδευση ιατρών προπτυχιακά και κατά την ειδικότητα, ανάπτυξη και διενέργεια ιατρικών ερευνών.
- Νοσηλευτική Υπηρεσία: Παροχή νοσηλευτικής φροντίδας, εκπαίδευση νοσηλευτών προπτυχιακά και κατά την ειδικότητα, ανάπτυξη και διενέργεια νοσηλευτικών ερευνών, διοικητικές αρμοδιότητες.
- Διοικητική Υπηρεσία: Οργάνωση και υποστήριξη λειτουργίας και λοιπών υπηρεσιών, διαχείριση αρχείων, διαχείριση περιουσίας, εκπαίδευση προσωπικού διοίκησης.
- Οικονομική Υπηρεσία: Οργάνωση λογιστικών δραστηριοτήτων, διαχείριση περιουσίας του νοσοκομείου, διευθέτηση οικονομικών υποχρεώσεων.
- Τεχνική Υπηρεσία: Συντήρηση, ανανέωση και βελτίωση κτιριακών και μηχανολογικών εγκαταστάσεων, προμήθεια εξοπλισμού, προγραμματισμός και εκτέλεση έργων ανάπτυξης.
- Υπηρεσία Ποιοτικού Ελέγχου: Εσωτερική επιθεώρηση, ασφάλεια πληροφοριών, αξιολόγηση διαχειριστικού συστήματος, αξιολόγηση ικανοποίησης των χρηστών.
- Υπηρεσία Πληροφορικής: Διαχείριση και επίβλεψη λειτουργίας των πληροφορικών συστημάτων, του δικτύου Η/Υ, των εφαρμογών λογισμικού και

τήρηση μητρώου χρηστών και δικαιωμάτων πρόσβασης στο τοπικό δίκτυο και στο Διαδίκτυο (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999).

Διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας Νοσοκομείων

Παρακάτω παρουσιάζεται συνοπτικά η διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας (Ν.1397/1983):

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

1.2.2.4.2. Διαφορές Δημόσιων – Ιδιωτικών Νοσοκομείων

Τα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία διαθέτουν αρκετά όμοια χαρακτηριστικά αλλά και σημαντικές διαφορές μεταξύ τους. Και στις δύο περιπτώσεις πάντως, βασικός στόχος είναι η περίθαλψη και η παροχή υπηρεσιών υγείας στους ασθενείς και ο έλεγχος και η διαχείριση των δαπανών με στόχο τη βελτιστοποίηση της αποδοτικότητας και του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών (Σουλιώτης, Παπανικολάου & Κυριόπουλος, 2001).

Μια ουσιαστική διάκριση μεταξύ των δύο Νοσοκομείων είναι ότι τα Ιδιωτικά Νοσοκομεία αποσκοπούν πρωτίστως στη διασφάλιση της οικονομικής τους ευημερίας και έπειτα στη διεύρυνσή τους. Αντιθέτως, τα Δημόσια Νοσοκομεία έχουν ως πρωταρχικό τους στόχο τη βέλτιστη παροχή υπηρεσιών υγείας και τη πληρέστερη κάλυψη των αναγκών των χρηστών τους (Σουλιώτης, Παπανικολάου & Κυριόπουλος, 2001).

Ο έλεγχος και η εποπτεία των Δημόσιων Νοσοκομείων αποτελεί αποκλειστική δικαιοδοσία του Κράτους, ενώ όσον αφορά στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία, κρατικός έλεγχος πραγματοποιείται μόνο ως προς την τήρηση πρωτοκόλλων και κανόνων με στόχο την καταλληλότητά τους. Πέραν αυτού, ο έλεγχος και η διοίκηση των Ιδιωτικών Νοσοκομείων αφορά αποκλειστικά τους διαχειριστές τους, με γνώμονα τη βελτίωση της απόδοσης. Επίσης, τα Δημόσια Νοσοκομεία, εκτός της παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, δραστηριοποιούνται και σε τομείς στους οποίους δεν

επενδύει τις περισσότερες φορές ο Ιδιωτικός Τομέας. Τα Δημόσια Νοσοκομεία, επίσης, αποτελούν σχεδόν κατ' αποκλειστικότητα, το χώρο εκπαίδευσης του προσωπικού υγείας καθώς και το πεδίο διενέργειας ερευνών (Tountas et al., 2005).

Όσον αφορά στην εισροή πόρων, η χρηματοδότηση των Δημόσιων Νοσοκομείων αποτελεί υποχρέωση κυρίως του κρατικού προϋπολογισμού μέσω της κοινωνικής ασφάλισης και σε πολύ μικρότερο βαθμό ιδιωτικών πράξεων. Στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία, αντίστοιχα, η χρηματοδότηση πραγματοποιείται μέσω της παροχής οικονομικών πόρων, από ασφαλιστικούς οργανισμούς, τους ίδιους τους ασθενείς και ιδιωτικές ασφαλιστικές εταιρίες. Είναι βέβαια σημαντικό να τονιστεί, ότι στα Ιδιωτικά Νοσοκομεία υπολογίζεται και χρεώνεται το πραγματικό κόστος νοσηλείας, ενώ στα Δημόσια Νοσοκομεία η καταβολή των ασφαλιστικών οργανισμών αποτελεί μόνο ένα ποσοστό του πραγματικού κόστους νοσηλείας (Ελληνας, 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

2 ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

2.1 Ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία επιδέχεται πολλές διαφορετικές ερμηνείες, αναλόγως την οπτική γωνία από την οποία επιχειρεί κάποιος να την προσδιορίσει. Αυτό δυσχεραίνει τον προσδιορισμό της και την καθολική αποδοχή ενός συγκεκριμένου ορισμού. Κατά καιρούς, έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί από τους ειδικούς του χώρου, ανάλογοι με την αντίληψη που έχει ο καθένας ως προς την ερμηνεία της. Είναι σημαντικό να επισημανθεί, ότι παρότι έχουν προταθεί διάφοροι ορισμοί, μέχρι σήμερα δεν έχει τύχει κάποιος ορισμός παγκόσμιας και καθολικής αποδοχής όσον αφορά την ποιότητα. (Ραφτόπουλος & Οικονομοπούλου 2003).

Σύμφωνα με έναν ορισμό, ως ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται η παροχή της βέλτιστης διαθέσιμης φροντίδας σε έναν ασθενή, με τέτοιο τρόπο, ώστε να επέρχεται κάλυψη των αναγκών του, στον κατάλληλο χρόνο, εξασφαλίζοντας το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα (Department of Health, UK, 2003; Ρίκος, 2015).

Επίσης, 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» (Τσιριντάνη και συν., 2010).

Υπό το πρίσμα της διοικητικής σκοπιάς, η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας αφορά την αποδοτική παροχή περίθαλψης με ορθολογική διαχείριση των οικονομικών και λοιπών διαθέσιμων πόρων, ενώ, υπό το πρίσμα της σκοπιάς των ασθενών, αφορά τη διαθεσιμότητα επιλογών όσον αφορά τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας και τη πρόσβαση σε αυτές κατά το συντομότερο δυνατό χρόνο (Τσιριντάνη και συν., 2010).

Ένας επιπλέον ορισμός αναφέρεται στην επίτευξη των σωστών αποτελεσμάτων και στη συνεχή βελτίωσή τους π.χ. κινητοποίηση του προσωπικού υγείας με στόχο τη

βελτιωμένη προσέγγιση ενός περιστατικού μέσω της απόκτησης γνώσης και εμπειρίας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας μπορεί να προσδιοριστεί με διαφορετικούς τρόπους αναλόγως της αντίληψης του άμεσα ενδιαφερόμενου. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι διαφορετικά αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι ασθενείς -χρήστες και διαφορετικά οι επαγγελματίες υγείας, η διοίκηση, το κράτος και η κοινωνία (Φωτεινογιαννοπούλου, 2013).

Η ποιότητα στο χώρο της υγείας θέτοντας ως βάση της τον ασθενή, αφορά οτιδήποτε σχετίζεται με αυτόν από την άποψη του υγειονομικού ενδιαφέροντος. Σκοπιμότητα της ποιότητας φροντίδας είναι η βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, η αύξηση των επιθυμητών αποτελεσμάτων και η ελαχιστοποίηση των ανεπιθύμητων (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Όσον αφορά στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, κατά τον ασθενή, η ποιότητα σχετίζεται με τον απαραίτητο σεβασμό στο πρόσωπο του από το προσωπικό υγείας, με τη διασφάλιση της αξιοπρέπειας του κατά την εξέταση από τους επαγγελματίες υγείας, με την απαραίτητη προσφορά χρόνου για τη σωστή επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και των επαγγελματιών υγείας (ενημέρωση κατάστασης υγείας, λήψη οδηγιών κ.α.), καθώς και με την αντίληψη του ότι ο επαγγελματίας υγείας διαθέτει επαρκείς γνώσεις. Όσον αφορά στη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (νοσοκομείο), η ποιότητα κατά τον ασθενή, σχετίζεται με τη σωστή και ειλικρινή ενημέρωση από τους επαγγελματίες υγείας σχετικά με την κατάσταση της υγείας του, την αντίληψη ότι οι επαγγελματίες υγείας που τον περιθάλπουν διαθέτουν τις κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις και την εμπειρία για να προσφέρουν την καταλληλότερη και αποδοτικότερη φροντίδα, και τέλος, με την παροχή φροντίδας χωρίς χρηματική αμοιβή (Χαρλά, 2014).

Επίσης, σύμφωνα με τον Donabedian, του οποίου ο ορισμός χαρακτηρίζεται πλέον κλασσικός, η ποιότητα φροντίδας υγείας διαμορφώνεται από τρεις επιμέρους συνιστάμενες: α) Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine), το οποίο σχετίζεται με την άσκηση των επαγγελματιών υγείας στον ασθενή, με στόχο τη βελτίωση της υγείας του και την ικανοποίησή του, β) Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine), το οποίο σχετίζεται την επικοινωνία, τη συμπεριφορά και την αντιμετώπιση του ασθενή από τον ιατρό και το υπόλοιπο προσωπικό υγείας. Θα πρέπει να χαρακτηρίζεται επαγγελματικό ήθος, σεβασμό στο πρόσωπο του

ασθενούς, αλλά και στα ήθη και έθιμα, τις απόψεις και τις προσδοκίες του, γ) Τη ξενοδοχειακή υποδομή (amenities), η οποία σχετίζεται με τις εγκαταστάσεις, τις υποδομές, το περιβάλλον και τις συνθήκες παροχής της φροντίδας με στόχο την επίτευξη του βέλτιστου επιπέδου άνεσης και ευκολίας των ασθενών (Οικονομοπούλου, 2005).

2.2 Διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

Οι Parasuraman et al. (1988), διέκριναν 10 διαστάσεις στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, μέσω των οποίων πραγματοποιείται η αξιολόγηση των χρηστών. Οι διαστάσεις αυτές καλούνται και «καθοριστικοί παράγοντες ποιότητας υπηρεσιών» και είναι οι εξής:

- Αξιοπιστία (Reliability): Αναφέρεται στη σταθερότητα, τη συνέπεια και τη διάρκεια της παροχής υπηρεσιών.
- Ανταπόκριση (Responsiveness): Αναφέρεται στην προθυμία, την αποδοχή και την ετοιμότητα των παρόχων υπηρεσιών υγείας για εξυπηρέτηση του χρήστη.
- Ικανότητα (Competence): Αναφέρεται στην επάρκεια γνώσεων και δεξιοτήτων των παρόχων υπηρεσιών υγείας και στην αποτελεσματικότητά του κατά την εκτέλεση της υπηρεσίας.
- Πρόσβαση (Access): Αναφέρεται στην ευκολία της επικοινωνίας- επαφής του ασθενή με τον πάροχο καθώς και την ευκολία εισόδου στην υπηρεσία.
- Ευγένεια (Courtesy): Αναφέρεται στη συμπεριφορά του παρόχου, εκδηλώνοντας φιλικότητα και δείχνοντας τον δέοντα σεβασμό στον ασθενή.
- Επικοινωνία (Communication): Αναφέρεται στις μεθόδους ενημέρωσης και πληροφόρησης του χρήστη με κατανοητή ορολογία.
- Επαγγελματική πίστη (Credibility): Αναφέρεται στην εμπιστοσύνη όσον αφορά το έργο των παρόχων.
- Ασφάλεια (Security): Αναφέρεται στη σωματική ασφάλεια, την ασφάλεια της υγείας και των προσωπικών πληροφοριών (εχεμύθεια).
- Κατανόηση (Understanding): Αναφέρεται στην προσπάθεια των παρόχων να καλύψουν τις ανάγκες και ανησυχίες του χρήστη.

- Φυσικά χαρακτηριστικά (Physical tangibles): Αναφέρεται στο περιβάλλον εργασίας και την εμφάνιση των παρόχων υπηρεσιών (Οικονομοπούλου και συν., 1999).

Οι Zeithaml et al. (1990), διέκριναν μερικές αλληλοσχετίσεις μεταξύ των προαναφερόμενων διαστάσεων. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να επινοηθεί το SERVQUAL (service - quality), το οποίο συνιστάται από τις εξής διαστάσεις: φυσικό περιβάλλον (tangibility), αξιοπιστία (reliability), ανταπόκριση (responsiveness), διασφάλιση (assurance), κατανόηση (empathy) (Πολυκανδριώτη&Κουτελέκος,2013).

2.3 Μέτρηση της ποιότητας

Η ποιότητα, παρότι πολυδιάστατη έννοια, θεωρείται πως έχει από χαρακτήρα και δύναται να εκτιμηθεί. Βάσει της συστημικής θεωρίας του Donebedian, οι υπηρεσίες υγείας συνιστώνται από την αρμονική σύμπραξη τριών βασικών κατηγοριών παραγόντων:

1. Δομή π.χ. ανθρώπινοι πόροι και εγκαταστάσεις-υποδομές.
2. Διαδικασίες π.χ. οργάνωση, διοίκηση, λειτουργία της μονάδας και παροχή υπηρεσιών υγείας
3. Αποτελέσματα των υπηρεσιών (Mosadeghrad, 2014).

Κάθε κατηγορία διαθέτει παράγοντες με ποσοτικά χαρακτηριστικά τα οποία είναι δυνατό να εκτιμηθούν παρουσιάζοντας μετρήσιμα δεδομένα. Τέτοια είναι π.χ. οι χρόνοι αναμονής των ασθενών, η ακρίβεια των μηχανημάτων, το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, τα ποσοστά επιτυχίας των θεραπειών κ.ά. Απαραίτητη προϋπόθεση αποτελεί ο εντοπισμός των καίριων σημείων ενδιαφέροντος στην παροχή υπηρεσιών φροντίδας με βασικό στόχο την εκτίμηση δεικτών αξιολόγησης, την εφαρμογή δράσεων συμμόρφωσης/βελτίωσης, ορθών προτύπων και αποτελεσματικών πρακτικών (Παπακωστίδη, Τσουκαλάς, 2012).

Εντούτοις, η ποιότητα των υπηρεσιών στον τομέα της υγείας, αποτελεί ιδιαίτερη περίπτωση η οποία ως επί το πλείστο δεν δύναται να αποτιμηθεί με την ίδια ευκολία που αποτιμάται σε άλλους τομείς. Κατά βάση, στοιχειώδη κριτήρια εκτίμησης αποτελούν η ευκολία πρόσβασης και το επίπεδο ετοιμότητας των υπηρεσιών αυτών. Ένα ιδανικό σύστημα υγείας πρέπει να διαθέτει τρία βασικά ποιοτικά χαρακτηριστικά: υπηρεσίες υψηλής ποιότητας, υπηρεσίες άμεσα

παρεχόμενες και υπηρεσίες οικονομικά προσιτές. Γενικά, θεωρείται πως κανένα σύστημα υγείας, παγκοσμίως, δεν έχει καταφέρει να διαθέτει και τα 3 αυτά χαρακτηριστικά ταυτόχρονα. Στις περισσότερες περιπτώσεις μπορεί να έχουν επιτευχθεί τα δύο από τα τρία αυτά ποιοτικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας (Robinson et al., 2008).

Πιο συγκεκριμένα, η ποιότητα σε ένα Νοσοκομείο καθορίζεται από το επίπεδο παροχής υπηρεσιών του υγειονομικού προσωπικού, το οποίο να καταβάλλει τη μέγιστη εφικτή προσπάθεια ώστε να καλύψει πλήρως τις ανάγκες των ασθενών και να ανταποκριθεί στις προσδοκίες τους.

2.4 Μέθοδοι Βελτίωσης της Ποιότητας

Η βελτίωση του επιπέδου της ποιότητας των υπηρεσιών αποτελεί πρωταρχικό στόχο για τα συστήματα υγείας. Βελτίωση μπορεί να επιτευχθεί μέσω της εφαρμογής πρακτικών και μεθόδων της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management). Σκοπός αυτής είναι η βελτίωση των οικονομικών δεικτών μέσω της βελτίωσης του επιπέδου παραγωγικότητας με παράλληλη ελαχιστοποίηση των εξόδων και μεγιστοποίηση των εσόδων. Πιο συγκεκριμένα, η βελτίωση του επιπέδου ποιότητας σε μια νοσοκομειακή μονάδα αφορά κυρίως δύο παράγοντες: α) τις ιατρικές διεργασίες και β) την οργανωτική και επιχειρησιακή λειτουργία. Ο ρόλος του ανθρώπινου παράγοντα στη βελτίωση της ποιότητας είναι ουσιώδης, καθώς αποτελεί κοινό παράγοντα σε όλες τις παραμέτρους που σχετίζονται με την ποιότητα υπηρεσιών υγείας.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management - TQM) σε έναν οργανισμό υγείας, προσανατολίζεται στην επίτευξη ενός συνόλου στόχων, οι οποίοι αποσκοπούν στη μεγιστοποίηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, όπως τις αντιλαμβάνονται οι ασθενείς και λαμβάνοντας υπόψη τη συμβολή των επαγγελματιών υγείας του υγειονομικού φορέα. Οι προαναφερόμενοι στόχοι συγκεκριμένα είναι οι εξής (Αλεξιάδης & Σιγάλας, 1999):

- Αύξηση βαθμού ικανοποίησης ασθενών.
- Βελτίωση επιπέδου ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών.
- Βελτίωση βαθμού αποτελεσματικότητας σε σχέση με το κόστος λειτουργίας.

- Βελτίωση επιπέδου ικανότητας του οργανισμού υγείας για καινοτομίες και ευελιξία.

- Ελαχιστοποίηση του χρόνου ανταπόκρισης των επαγγελματιών υγείας και ικανοποίησης αιτημάτων των ασθενών.

- Βελτίωση επιπέδου αξιοποίησης και αποτελεσματικότητας του ανθρώπινου δυναμικού.

- Βελτίωση επιπέδου αξιοποίησης νέων τεχνολογιών (εξοπλισμού και λογισμικού) (Hall & Dornar 1998).

Στις μεθόδους αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας συμπεριλαμβάνεται και η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, μέσω της συμπλήρωσης ερωτηματολογίου το οποίο σχετίζεται με τους παράγοντες που συνιστούν τις υπηρεσίες υγείας και την αποδοτικότητά τους.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

3 ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών, αποτελεί ενδεχομένως τον πιο αξιόπιστο και αποτελεσματικό δείκτη για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το προσωπικό υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών του εθνικού συστήματος υγείας θεωρείται νομική και ηθική υποχρέωση του κάθε κράτους. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια αύξηση του ενδιαφέροντος των ειδικών στον τομέα της υγείας όσον αφορά στην έρευνα της ικανοποίησης των ασθενών. Σκοπός της διερεύνησης του συγκεκριμένου θέματος είναι ο εντοπισμός των αδυναμιών και της ανάπτυξης σχεδίων δράσης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας υπηρεσιών στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η ικανοποίηση, αποτελώντας παράγοντα ψυχολογικής φύσης, είναι ναί μεν κατανοητή, αλλά παρουσιάζει δυσκολία ως προς τον προσδιορισμό της. Ουσιαστικά, αποτελεί την εκδήλωση ενός συνόλου διαφορετικών προσπιπτουσών και εμπειριών του κάθε ατόμου και ως επί το πλείστον θεωρείται υποκειμενική και έχει διαφορετικό περιεχόμενο, σύμφωνα με την ερμηνεία των Wriglesworth & Williams (1975). Ένας απλός ορισμός της ικανοποίησης είναι «ο βαθμός στον οποίο επιτυγχάνονται οι επιθυμητοί στόχοι» (Μερκούρης, 1996).

Σύμφωνα με τον ορισμό του Donabedian, το 1966, όσον αφορά στην ικανοποίηση των ασθενών, αυτή αποτελεί προϊόν της υποκειμενικής αντίληψης του κάθε ασθενή την οποία οι πάροχοι υγείας οφείλουν να αντιλαμβάνονται ως πραγματικότητα. Οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να λαμβάνουν υπόψη τα αισθήματα των ασθενών, ασχέτως βαρύτητας ή αυθεντικότητας των εκδηλωμένων δυσανεσκειών τους, ακόμη και στις περιπτώσεις που η αντίληψη της πραγματικότητας των επαγγελματιών υγείας δεν συμβαδίζει με αυτή των ασθενών.

Επίσης, δίνοντας τη δική του ερμηνεία ο Pascoe, το 1983, όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως την αντίδραση τους στις συνιστώσες των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται με τη δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα κατά τη διαδικασία της παροχής από τους παρόχους υγείας. Σε αυτή τη βάση, ο Μερκούρης

το 1996 επεσήμανε ότι η ικανοποίηση αποτελεί εσωτερικό παράγοντα, είναι μοναδική για κάθε ασθενή και δύναται να εκδηλωθεί με μεταβολές στη συμπεριφορά του (Μερκούρης, 1996).

Επιπλέον, ο Bowers και συνεργάτες (1994), βασιζόμενοι στην έννοια των «προσδοκιών» των ασθενών, υπέδειξαν πως ο συνολικός βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών είναι συνάρτηση κυρίως της γενικής αίσθησης εκπλήρωσης των προσδοκιών, παρά των αξιολογήσεων των ιδίων όσον αφορά συγκεκριμένους τομείς της νοσοκομειακής απόδοσης (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

Τέλος, σύμφωνα με πιο πρόσφατους ορισμούς, το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικής το 2003 όρισε την ικανοποίηση 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» (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015).

3.2 Προσδοκίες των ασθενών και ικανοποίησή τους

Οι προσδοκίες των ασθενών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αποτελούν βασικό παράγοντα στη προσπάθεια της σύνθεσης ενός ορισμού για την ικανοποίησή τους. Σύμφωνα με τον Petersen ο όρος προσδοκίες περιλαμβάνει το σύνολο των προκατασκευασμένων σκέψεων των ασθενών, αναφορικά με την ποιότητα της περίθαλψης που πρέπει να τους παρασχεθεί. Σύμφωνα με τον παραπάνω ορισμό, δύο άτομα τα οποία βιώνουν τις ίδιες συνθήκες, ενδέχεται να αντιληφθούν διαφορετικά το επίπεδο της ικανοποίησης, λόγω των διαφορετικών προσδοκιών που είχε διαμορφώσει το κάθε άτομο ξεχωριστά (Καλογεροπούλου, 2011).

Οι προσδοκίες των χρηστών όσον αφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης ενός συνόλου χαρακτηριστικών και παραγόντων, οι οποίοι σχετίζονται με (α) προηγούμενες εμπειρίες από υπηρεσίες υγείας, (β) ενδεχόμενες υποδείξεις τρίτων (ιατροί, συγγενείς και φίλοι), (γ) την επικοινωνία χρήστη-παρόχων υπηρεσιών υγείας, (δ) τον δημόσιο ή μη χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας, (ε) προσωπικές ανάγκες, στάσεις και πεποιθήσεις του χρήστη και (στ) δημογραφικά και κοινωνικοοικονομικά στοιχεία του χρήστη (Κωσταγιόλας και συν., 2006).

Οι προσδοκίες, ανεξαρτήτως κοινωνικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών των χρηστών, παρουσιάζουν μια ομοιομορφία ως προς τα χαρακτηριστικά τους και σχετίζονται με (α) την παροχή επεξήγησης και καθησυχαστικής συμπεριφοράς, (β) τη συναισθηματική υποστήριξη, και (γ) τη διαδικασία διερεύνησης και θεραπείας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης θα πρέπει να πραγματοποιείται βασιζόμενη στον προσδιορισμό του τι προσδοκούν οι ασθενείς και έπειτα να εκτιμάται ο βαθμός εκπλήρωσης των προσδοκιών που πραγματοποιήθηκαν. Είναι αποτέλεσμα, δηλαδή, του βαθμού στον οποίο επαληθεύτηκαν οι προσδοκίες τους από την παροχή των υπηρεσιών υγείας και εκτιμάται ως η διαφορά μεταξύ των προσδοκώμενων και αυτών που τελικά λαμβάνουν (Καλογεροπούλου, 2011).

3.3 Χρησιμότητα Ικανοποίησης

Η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί βασικό στόχο και ακρογωνιαίο λίθο για το σύστημα υγείας και τους παρόχους υπηρεσιών υγείας. Ένας ικανοποιημένος χρήστης είναι περισσότερο συνεργάσιμος με τους επαγγελματίες υγείας, συμβάλλει στην εγκυρότερη διάγνωση παρέχοντας βασικές πληροφορίες για την υγεία του, παρουσιάζει μεγαλύτερη δεκτικότητα και συμμόρφωση στις συστάσεις και τη θεραπεία των επαγγελματιών υγείας του και συμμετέχει πιο ενεργά στη διαδικασία αντιμετώπισης. Με τον τρόπο αυτό επιτυγχάνεται αποτελεσματικότερη διαχείριση και ταχύτερη αντιμετώπιση της νόσου, με αποτελέσματα τη μείωση του οικονομικού κόστους τόσο για τον ασθενή όσο και για το σύστημα υγείας (Αλετράς και συν., 2007). Επίσης, η μέτρηση της ικανοποίησης λειτουργεί και ως παράγοντας βελτίωσης και αύξησης του επιπέδου παραγωγικότητας των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι παρουσιάζουν μεγαλύτερη υπευθυνότητα και παραγωγική δραστηριότητα όταν συνειδητοποιούν ότι η απόδοσή τους αξιολογείται (Λαζάρου, 2001).

Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών έγκειται στο γεγονός ότι η γνώμη τους προσφέρει πολύτιμες πληροφορίες σχετικά με την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης συμβάλλει στον εντοπισμό λαθών και αδυναμιών του συστήματος, στην τροποποίηση των πρακτικών παροχής υπηρεσιών, στην εφαρμογή στρατηγικών και παρεμβάσεων βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στη μείωση του κόστους λειτουργίας και

στη βελτίωση του επιπέδου αποδοτικότητα των φορέων υγείας (Φρεγγίδου και συν., 2017; Γούλα και συν., 2017).

Επίσης, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών - χρηστών είναι απαραίτητη και για ηθικούς λόγους. Η ευεξία των ασθενών – χρηστών αποτελεί τον σημαντικότερο δείκτη ποιότητας, οπότε, η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας θεωρείται επιτακτική ανάγκη. Επιπλέον, μπορεί να αποτελέσει κατευθυντήρια δύναμη για τη διοίκηση των οργανισμών υγείας και τους παράγοντες που συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στον τομέα υγείας (Φρεγγίδου και συν., 2017; Γούλα και συν., 2017).

Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται με ένα ευρύ φάσμα συμπεριφορών υγείας και ασθένειας. Η μέτρησή της είναι καθοριστικός παράγοντας για την αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και την ανάπτυξη αντίστοιχων συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας. Στην περίπτωση του ιδιωτικού τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης εξυπηρετεί στην ανάλυση και εφαρμογή στρατηγικών προσέλκυσης των ασθενών-χρηστών (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Οι πάροχοι υπηρεσιών υγείας, έχουν την ικανότητα να συμβάλλουν στη μερική διαμόρφωση των αντιλήψεων και των πεποιθήσεων των ασθενών όσον αφορά στη φροντίδα τους. Το προσωπικό υγείας θα πρέπει να λαμβάνει υπόψη του και να αξιοποιεί τις πληροφορίες των ασθενών που αφορούν στη φροντίδα τους και να εφαρμόζει διορθωτικές παρεμβάσεις με στόχο τη βελτίωση της ικανοποίησής τους. Με αυτό τον τρόπο θα επιτευχθεί μια θετικότερη ανταπόκριση των ασθενών στη θεραπεία και βελτίωση των επιπέδων συμμόρφωσης προς τις θεραπευτικές οδηγίες, ταχύτερη ανάρρωση και μείωση του χρόνου νοσηλείας (Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010).

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών αφορά κυρίως σε θέματα τα οποία σχετίζονται με την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες υγείας, την παρέμβαση και αποτελεσματική διαχείριση, την αμεσότητα της παροχής των υπηρεσιών υγείας, την επικοινωνιακή επικοινωνία ασθενών-χρηστών και παρόχων υγείας, τη σωστή και επαρκή πληροφόρηση, το σεβασμό στην προσωπικότητα και τις πεποιθήσεις του ασθενή, τη δυνατότητα οικονομικής κάλυψης του κόστους φροντίδας, την ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής και την ποιότητα της ξενοδοχειακής υποδομής των

μονάδων υγείας. Η παρουσία χαμηλού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς τους προαναφερόμενους παράγοντες, υποδεικνύει κατώτερο επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και υποδηλώνει την ανάγκη παρεμβατικών στρατηγικών και μεταρρυθμίσεων. Τέλος, είναι σημαντικό να αναφερθεί ότι σε αρκετά κράτη η αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας είναι νομοθετικά θεσπισμένη (Μερκούρης, 1996).

3.4 Παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών

Οι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών-χρηστών είναι δύσκολο να προσδιοριστούν επακριβώς καθότι η ικανοποίηση είναι στενά συνδεδεμένη με τη ψυχολογία και τις προσωπικές εμπειρίες. Στη παγκόσμια βιβλιογραφία, παρατηρούνται αναφορές ενός ευρέος φάσματος παραγόντων οι οποίοι θεωρείται πως διαμορφώνουν το επίπεδο ικανοποίησης, χωρίς ωστόσο να παρουσιάζεται ομοφωνία. Αντιθέτως, σε πολλές περιπτώσεις παρατηρούνται αλληλοσυγκρουόμενα συμπεράσματα όσον αφορά τόσο τον ορισμό της ικανοποίησης, όσο και τους παράγοντες που την καθορίζουν και τον τρόπο μέτρησης αυτών (Θεοδώρου, 1992).

Σύμφωνα με μια θεωρητική προσέγγιση, την ικανοποίηση των ασθενών καθορίζουν παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με:

A) Τα οργανωτικά και λειτουργικά χαρακτηριστικά των υπηρεσιών υγείας. Σε αυτά περιλαμβάνονται, κυρίως, η εύκολη προσβασιμότητα του ασθενούς στις υπηρεσίες υγείας, η προετοιμασία του ασθενή για την εκτέλεση εργαστηριακών εξετάσεων ή/και χειρουργικών επεμβάσεων, η σύσταση και παροχή του απαραίτητου φαρμακευτικού σχήματος, οι απαραίτητες ξενοδοχειακές υποδομές και εγκαταστάσεις, η επικοινωνία του ασθενή με τους επαγγελματίες υγείας, η δυνατότητα επισκεπτηρίου και προσωπικής επικοινωνίας του ασθενή με το οικογενειακό περιβάλλον, η προετοιμασία του ασθενή για την έξοδό του από το ίδρυμα περίθαλψης, η τακτοποίηση οικονομικής εκκρεμότητας κλπ. (Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010).

B) Οι σχέσεις μεταξύ ασθενή και προσωπικού υγείας. Η ανθρώπινη σχέση μεταξύ ασθενή και προσωπικού υγείας παίζει ουσιαστικό ρόλο και επιδρά καθοριστικά στην ικανοποίηση του ασθενή ως προς το σύστημα και τους

επαγγελματίες υγείας. Η ύπαρξη ορθών διαπροσωπικών σχέσεων οι οποίες βασίζονται στη σωστή προσέγγιση, το ειλικρινές ενδιαφέρον των επαγγελματιών υγείας, την πραγματική θέληση των επαγγελματιών υγείας για την καλύτερη έκβαση του ασθενή και την ανάπτυξη κλίματος εχεμύθειας και εμπιστοσύνης. Σχετίζονται επίσης με την ξεκάθαρη επεξήγηση στους ασθενείς, την περιορισμένη χρήση ιατρικής δυσνόητης ορολογίας, τη διαθεσιμότητα και την αμεσότητα των επαγγελματιών υγείας για τη φροντίδα των αναγκών των ασθενών. Αποτέλεσμα των παραπάνω είναι η αύξηση του επιπέδου ικανοποίησης του ασθενή και παράλληλα η μείωση των επιπέδων άγχους, ανασφάλειας και φόβου απέναντι στη νόσο (Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010).

Επίσης, καθοριστικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών φαίνεται πως διαδραματίζουν παράγοντες οι οποίοι αφορούν τους ίδιους τους ασθενείς και σχετίζονται με το επίπεδο εκπαίδευσης, το διανοητικό και συναισθηματικό επίπεδο, την επικοινωνιακή ικανότητα, τις πολιτιστικές τους πεποιθήσεις και τα κοινωνικό-οικονομικά τους χαρακτηριστικά. Οι προαναφερθέντες παράγοντες διαμορφώνουν σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση επηρεάζοντας θετικά ή αρνητικά το επίπεδο της κατά τη διαδικασία της μέτρησης. Παρακάτω αναφέρονται οι παράγοντες που πρέπει να αξιολογούνται κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης.

Η ηλικία: Η ηλικία συμβάλλει σε σημαντικό βαθμό στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης. Γενικά, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας μεγαλύτερης ηλικιακής ομάδας παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης συγκριτικά με τους χρήστες μικρότερων ηλικιακών ομάδων (Crow et al. 2002). Η στάση αυτή αποδίδεται στο γεγονός ότι οι συγκεκριμένοι χρήστες συνήθως εκφράζουν χαμηλότερες προσδοκίες. Αυτό οφείλεται, συνήθως, στην έλλειψη εμπειριών και διαμορφωμένης άποψης και στη μεγαλύτερη ανοχή όσον αφορά στην εκδήλωση δυσαρέσκειας, λόγω μεγάλης εξάρτησης από τον επαγγελματία υγείας, όπως, π.χ. σε περιπτώσεις χρόνιων παθήσεων (Papanikolaou & Ntani 2008; Davis, 2010).

Το φύλο: Όσον αφορά στο φύλο, δεν έχει αποσαφηνιστεί πλήρως κατά πόσο διαμορφώνει με άμεσο ή έμμεσο τρόπο το επίπεδο ικανοποίησης. Σε ορισμένες μελέτες παρατηρείται μικρό έως μηδαμινό ποσοστό επίδρασης στη μέτρηση της ικανοποίησης, ενώ σε άλλες, αποτελεί σημαντικό παράγοντα επίδρασης, με τις γυναίκες να εκφράζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, συγκριτικά με τους άνδρες. Αυτό ενδεχομένως να οφείλεται στην πιο τακτική επίσκεψη των γυναικών σε

επαγγελματίες υγείας και στο μεγαλύτερο βαθμό νοσηλείας έναντι των ανδρών (Pappa & Niakas, 2006).

Η ασθένεια: Η ασθένεια ως επί το πλείστον, επηρεάζει αρνητικά το ποσοστό ικανοποίησης. Οι ασθενείς που αντιμετωπίζουν ασθένειες σοβαρότερης μορφής και έντασης παρουσιάζουν μικρότερα επίπεδα ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών υγείας, οφειλόμενα στη ψυχολογική πίεση που βιώνουν. Ωστόσο, δεν έχει γίνει πλήρως σαφές αν η δυσαρέσκειά τους οφείλεται στον τρόπο παροχής των υπηρεσιών υγείας, στη φύση της ασθένειας ή σε άλλους παράγοντες (Hall & Milburn, 1998).

Κοινωνικοοικονομική κατάσταση: Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση συντίθεται από ένα σύνολο παραγόντων που αφορούν κυρίως στο μορφωτικό επίπεδο, το εισόδημα και την οικογενειακή κατάσταση. Η εκπαίδευση και το μορφωτικό επίπεδο ασκούν σημαντική επίδραση στον βαθμό ικανοποίησης του ασθενή. Ειδικότερα, οι ασθενείς με χαμηλότερο επίπεδο μόρφωσης τείνουν να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, συγκριτικά με τους ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο. Αυτό, συνήθως, αποδίδεται στο χαμηλότερο επίπεδο προσδοκιών των πρώτων και υψηλότερων των δεύτερων (Niakas et al., 2004). Αντίστοιχα, και το εισόδημα επηρεάζει κατά τον ίδιο τρόπο το βαθμό ικανοποίησης (Crow et al., 2002; Quintana et al., 2006). Τέλος, όσον αφορά στην οικογενειακή κατάσταση, οι έγγαμοι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης, σε σύγκριση με τους άγαμους, διαζευγμένους ή χήρους (Paddison et al., 2015).

Οι προσδοκίες των χρηστών: Οι προσδοκίες των ασθενών/χρηστών αποτελούν βασικό παράγοντα διερεύνησης κατά τη μέτρηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση του ασθενή, όσον αφορά σε αυτή την παράμετρο, προκύπτει από τη σύγκριση μεταξύ της αντιλαμβανόμενης απόδοσης της ληφθείσας υπηρεσίας υγείας και των προσδοκιών του ασθενή ως προς αυτή. Εκπλήρωση των προσδοκιών επέρχεται όταν η αποδοτικότητα των υπηρεσιών που έλαβε είναι ανώτερου επιπέδου των προσδοκιών του ασθενή, αυξάνοντας έτσι τον βαθμό ικανοποίησης του (Μποστανίτης & Τσαλίδου, 2010). Ωστόσο, σε πολλές περιπτώσεις εκφράζεται η υπόθεση ότι η αξιολόγηση των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, σε ένα μεγάλο ποσοστό διαφέρει από αυτές που πραγματικά έλαβε, λόγω μη σωστής εκτίμησης που οφείλεται σε άλλους παράγοντες (Williams, 1994).

Προηγούμενη εμπειρία ικανοποίησης: Ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, παρουσιάζει ισχυρή συσχέτιση με τις εμπειρίες από προηγούμενη παροχή υπηρεσιών υγείας, καθώς επίσης και με το βαθμό ικανοποίησης των επιθυμιών και προσδοκιών τους (Crow et al., 2002).

Για να μπορεί να μετρηθεί η ικανοποίηση του ασθενή αντικειμενικά και έγκυρα, θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη όλοι οι παραπάνω παράγοντες και να αξιολογούνται ως προς τη θετική ή αρνητική επίδραση τους στη διαμόρφωση του βαθμού της ικανοποίησης των ασθενών.

3.5 Μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών όσον αφορά στον τομέα υγείας αποτελεί την καταγραφή και αξιολόγηση του επιπέδου απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας στους χρήστες που εξυπηρετεί (Nelson & Niederberger, 1990). Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών πραγματοποιείται για τη διερεύνηση του επιπέδου προσβασιμότητας, αποτελεσματικότητας και διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας, της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου, καθώς επίσης και το ίδιο το νοσοκομειακό περιβάλλον (Barnett, 2001).

Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών δύναται να ποσοτικοποιηθεί με ειδικά σταθμισμένα εργαλεία, υπό τη μορφή ερωτηματολογίων, τα οποία καλούνται ερωτηματολόγια ικανοποίησης. Τα ερωτηματολόγια αυτά απευθύνονται σε χρήστες και συνοδούς χρηστών των υπηρεσιών υγείας και μέσω ενός δομημένου τρόπου συμβάλλουν στη «μετάφραση» και εκτίμηση της γνώμων και των στάσεων τους ως προς το σύνολο διαστάσεων της ληφθείσας φροντίδας (Crow et al., 2002).

Εντούτοις, σε ορισμένες περιπτώσεις εγείρεται ένα σημαντικό ζήτημα κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με ερωτηματολόγιο. Αυτό σχετίζεται με τη γενική φύση των υποερωτημάτων, καθότι τα ερωτηματολόγια έχουν κατασκευαστεί με τρόπο που να στοχεύουν στη συνολική αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Για τον λόγο αυτό, κρίνεται αναγκαία η μέγιστη δυνατή συγκεκριμενοποίηση των διαστάσεων που συνθέτουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας κατά την εκτίμησή τους (Grogan et al., 2002).

Επίσης, η προαναφερόμενη γενική φύση των ερωτηματολογίων, γεννά δυο βασικά ερωτήματα τα οποία σχετίζονται αποκλειστικά με τους χρήστες και αποτυπώνονται στα αποτελέσματα αυτών των αξιολογήσεων: α) Κατά πόσο οι χρήστες έχουν την διακριτική ικανότητα να αξιολογούν διαφορετικές διαστάσεις των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας, και β) η σπουδαιότητα της κάθε διάστασης για τον κάθε χρήστη των υπηρεσιών υγείας. Έχουν πραγματοποιηθεί πλειάδα διερευνήσεων με στόχο την αξιολόγηση της σπουδαιότητας της κάθε διάστασης για τον ασθενή, χρησιμοποιώντας πλήθος διαφορετικών μεθόδων (Jenkinson et al., 2002).

Οι τρεις βασικότερες μέθοδοι είναι: 1) απευθείας ερώτηση των χρηστών για τη σημαντικότητα της κάθε διάστασης, 2) υπολογισμός συντελεστών με παραγοντική ανάλυση, και 3) συσχέτιση κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία ή με κάποια ερώτηση που σχετίζεται με τη συνολική βαθμολογία. Σε αυτό το σημείο, είναι σημαντικό να υπογραμμισθεί πως η ιεράρχηση δύναται να παρουσιάζει ανακατατάξεις, οι οποίες είναι απόρροια της ψυχολογικής διάθεσης των χρηστών και της σωματικής τους κατάστασης (Jenkinson et al., 2002).

Οι έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία, βάσει του θεωρητικού και του μεθοδολογικού τους πλαισίου, δύναται να κατηγοριοποιηθούν σε ποιοτικές και ποσοτικές (Hall & Milburn, 1998). Όσον αφορά τις ποσοτικές έρευνες, σύμφωνα με ορισμένους ερευνητές, παρουσιάζουν ένα μειονέκτημα, το οποίο σχετίζεται με το γεγονός ότι τα αποτελέσματά τους δεν παρέχουν λεπτομερή πληροφόρηση σχετικά με τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς δήλωσαν μικρό βαθμό ικανοποίησης. Ως εκ τούτου, δεν έχουν την ευχέρεια να προτείνουν τρόπους βελτίωσης (Shields et al., 1988). Όσον αφορά στις ποιοτικές έρευνες, η ποιοτική ανάλυση των αποτελεσμάτων τους μπορεί να παράσχει μεγαλύτερο εύρος πληροφοριών, ωστόσο, δεν καθιστά δυνατή την ανάλυση και σύγκριση μεταξύ των ερευνών (Al-Abri & Al-Balushi, 2014).

Θα πρέπει, επίσης, να επισημανθεί το γεγονός πως οι βαθμολογήσεις των χρηστών και οι αναφορές τους σ' αυτές αποτελούν δυο διαφορετικές μεταβλητές. Σύμφωνα με τους Waltz et al. (1991) οι βαθμολογήσεις των χρηστών εντάσσονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μέτρησης βάσει κάποιου πρότυπου (non-referenced), του οποίου βασική επιδίωξη είναι η διάκριση των χρηστών που διαφοροποιούνται ως προς το υπό διερεύνηση χαρακτηριστικό. Οι βαθμολογήσεις εμπεριέχουν μεγαλύτερο ποσοστό υποκειμενικότητας από τις αναφορές, καθότι απορρέουν από τις προσωπικές

εμπειρίες και προσδοκίες των χρηστών. Ακόμα και σε περιπτώσεις που παρουσιάζονται υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, σχεδόν πάντα παρατηρείται ένας βαθμός διαφοροποίησης, ο οποίος πρέπει να ερευνείται, ώστε να προσδιορίζονται οι παράγοντες στους οποίους οφείλεται (Al-Abri & Al-Balushi, 2014).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

4. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1. Σκοπός της μελέτης

Σκοπός της μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών και συνοδών από τις υπηρεσίες του παθολογικού τομέα που επισκέφθηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου».

Επιμέρους στόχοι της μελέτης αποτέλεσαν ακόμη:

1. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες
2. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες
3. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες
4. Η αξιολόγηση των υποδομών του νοσοκομείου
5. Η γενική εκτίμηση ικανοποίησης ασθενών και συνοδών σχετικά με τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

4.2. Δείγμα μελέτης

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 141 ασθενείς και συνοδοί που επισκέφθηκαν το Γενικό Νοσοκομείο Θεσσαλονίκης «Γ. Παπανικολάου», κατά το χρονικό διάστημα Οκτωβρίου 2020 έως και τον Ιανουάριο του 2021. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με δείγμα ευκολίας, για λόγους εξοικονόμησης χρονικών και οικονομικών πόρων. Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος ήταν τα εξής:

- Να είναι από 18 ετών και άνω
- Να ομιλούν και να διαβάζουν επαρκώς την ελληνική γλώσσα
- Να έχουν δώσει τη συγκατάθεσή τους για τη συμμετοχή τους στη μελέτη
- Να έχουν επισκεφθεί ως ασθενείς ή συνοδοί ασθενών τα τμήματα του παθολογικού τομέα του νοσοκομείου, έως και 6 μήνες πριν τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

4.3. Ερευνητικό εργαλείο

Για τις ανάγκες της μελέτης συντάχθηκε ερωτηματολόγιο που καταρτίστηκε για το σκοπό και τους επιμέρους στόχους της μελέτης. Σχετικά με την διάρθρωση του

εργαλείου, αυτό αποτελούνταν από συνολικά 29 ερωτήσεις αυτοαναφοράς με τα ακόλουθα επιμέρους τμήματα: Δημογραφικά στοιχεία με 7 ερωτήσεις επιλογής, αξιολόγηση ιατρικής φροντίδας με 5 ερωτήσεις τύπου likert, αξιολόγηση νοσηλευτικής φροντίδας με 4 ερωτήσεις τύπου likert, αξιολόγηση διοικητικών υπηρεσιών με 8 ερωτήσεις τύπου likert, αξιολόγηση εγκαταστάσεων νοσοκομείου με 8 ερωτήσεις τύπου likert, αξιολόγηση συνολικών υπηρεσιών του νοσοκομείου με 3 ερωτήσεις τύπου likert και τέλος 3 επιμέρους ερωτήσεις τύπου likert σχετικές με τη μελλοντική χρήση του νοσοκομείου.

Το ερωτηματολόγιο δοκιμάστηκε πιλοτικά σε 15 ασθενείς και συνοδούς οι οποίοι κατέγραψαν τα σχόλια και τις παρατηρήσεις τους, ενώ μετά από σύντομο χρονικό διάστημα κλήθηκαν να απαντήσουν ξανά στα ίδια ερωτηματολόγια, ώστε να διερευνηθεί η συνέπεια στις απαντήσεις τους. Τα αποτελέσματα του test-retest reliability coefficient έδειξαν επαρκή σταθερότητα στα αποτελέσματα (Pearsons'=0,73). Παράλληλα, ο στατιστικός έλεγχος εσωτερικής συνέπειας Cronbach's α , έδειξε σε όλες τις υπό-ομάδες ερωτήσεων ικανοποιητικές συνθέσεις κλιμάκων (>0,70).

4.4. Σχεδιασμός μελέτης

Πρόκειται για επιδημιολογική μελέτη χρονικής στιγμής (cross-sectional study). Αναφορικά με τη διαδικασία, μετά από σχετική έγγραφη αίτηση προς το Επιστημονικό Συμβούλιο του Γ.Ν.Θ «Γ. Παπανικολάου» ζητήθηκε άδεια εκπόνησης της διπλωματικής μελέτης. Στη συνέχεια έγινε η επιλογή του εργαλείου της μελέτης.

Η συμμετοχή των ατόμων έγινε κατόπιν πληροφορημένης συγκατάθεσης. Οι συμμετέχοντες ενημερώθηκαν ο καθένας ξεχωριστά για το σκοπό της μελέτης και δόθηκαν οδηγίες για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Παρατηρήθηκε προθυμία συμμετοχής στην μελέτη και ο μέσος χρόνος για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου ήταν περίπου τα 7 λεπτά. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και η συλλογή των δεδομένων ακολούθησε την προβλεπόμενη διαδικασία, για την ορθή τήρηση των προσωπικών δεδομένων.

4.5. Ηθική & Δεοντολογία

Για τη διεξαγωγή της μελέτης, εξασφαλιστήκαν οι απαραίτητες άδειες, από το επιστημονικό συμβούλιο του Γ.Ν.Θ. «Γ. Παπανικολάου», καθώς και από την 4η Υ.Π.Ε. Μακεδονίας, έπειτα από αντίστοιχο αίτημα με την υποβολή του ερευνητικού πρωτοκόλλου. Τέλος, διασφαλίσθηκε η ανωνυμία και η εμπιστευτικότητα της συμμετοχής όλων των ασθενών που συμμετείχαν στη μελέτη με βάση τα κριτήρια της διακήρυξης του Ελσίνκι.

4.6. Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγινε με το στατιστικό πρόγραμμα IBM SPSS Statistics v25. Στην περιγραφική στατιστική οι συνεχείς μεταβλητές εκφράστηκαν με τη μέση τιμή (mean), την τυπική απόκλιση (SD) και τα 95% Διαστήματα Εμπιστοσύνης. Οι διχότομες και κατηγορικές μεταβλητές εκφράστηκαν με συχνότητες. Ο έλεγχος της κανονικότητας των μεταβλητών έγινε με το κριτήριο Kolmogorov-Smirnov για όσες μεταβλητές είχαν πάνω από 50 περιστατικά και το κριτήριο Shapiro-Wilk για τις μεταβλητές με λιγότερο από 50 περιστατικά.

Στην επαγωγική στατιστική για τις συνεχείς μεταβλητές, οι οποίες δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν οι μη παραμετρικές δοκιμασίες Mann-Whitney U Test και Kruskal-Wallis Test για τη σύγκριση των μέσων μεταξύ ανεξάρτητων δειγμάτων. Για τον έλεγχο του βαθμού συσχέτισης μεταξύ δύο συνεχών μεταβλητών που δεν είχαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης Spearman's rho correlation. Ο έλεγχος των διχοτόμων και κατηγορικών μεταβλητών μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων έγινε με τη στατιστική δοκιμασία Chi-square test και Fisher's exact test. Ο έλεγχος όλων των υποθέσεων έγινε για επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας $p < 0,05$.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1. Δημογραφικά στοιχεία

Στη μελέτη συμμετείχαν 141 ασθενείς ή/και συνοδοί που επισκέφθηκαν τις παθολογικές υπηρεσίες ενός Τριτοβάθμιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος από τους οποίους το 44,7% ήταν άνδρες και το 55,3% γυναίκες. Από το σύνολο των συμμετεχόντων το 84,4% είχε Ελληνική υπηκοότητα και η μέση ηλικία του πληθυσμού υπολογίστηκε ίση με 52,07 ($\pm 17,11$). Επίσης, οι συμμετέχοντες είχαν οικογένειες που αποτελούνταν κατά μέσο όρο από 2,87 ($\pm 1,51$) άτομα και το μέσο μηνιαίο οικογενειακό τους εισόδημα ήταν 1.001,83 ($\pm 379,68$) ευρώ.

Η πλειοψηφία του πληθυσμού, και συγκεκριμένα το 61,7% ήταν έγγαμοι, το 16,3% άγαμοι και το 10,6% σε χηρεία. Στο Διάγραμμα 1 απεικονίζεται η οικογενειακή κατάσταση των συμμετεχόντων.

Οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν για το εκπαιδευτικό τους επίπεδο και από τις απαντήσεις τους προέκυψε ότι το μεγαλύτερο μέρος, δηλαδή το 29,8%, ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου και ακολουθούσαν οι απόφοιτοι Λυκείου με ποσοστό 27,0% και οι απόφοιτοι Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης με ποσοστό 22,0% (Διάγραμμα 2).

Οι ερωτώμενοι ρωτήθηκαν σχετικά με το πως αξιολογούν την κατάσταση της υγείας τους και σύμφωνα με τις απαντήσεις τους βρέθηκε ότι το 38,3% τη θεωρεί καλή, το 28,4% μέτρια και το 24,8% πολύ καλή. Τέλος, το 8,5% στην εν λόγω ερώτηση απάντησε «κακή».

Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού της μελέτης παρουσιάζονται αναλυτικά στον Πίνακα 1.

Πίνακας 1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Δημογραφικά στοιχεία		
	n (N=141)	% N
Φύλο		
Άνδρας	63	44,7
Γυναίκα	78	55,3
Υπηκοότητα		
Ελληνική	119	84,4

Άλλη	22	15,6
Οικογενειακή κατάσταση		
Έγγαμος/-η	87	61,7
Άγαμος/-η	23	16,3
Συζώ με σύντροφο	5	3,5
Διαζευγμένος/-η	11	7,8
Χήρος/-α	15	10,6
Εκπαίδευση		
Δημοτικό	14	9,9
Γυμνάσιο	42	29,8
Λύκειο	38	27,0
Πανεπιστήμιο / ΤΕΙ	31	22,0
Μεταπτυχιακό	16	11,3
Η γενική σας υγεία νομίζεται ότι είναι:		
Πολύ κακή	0	0,0
Κακή	12	8,5
Μέτρια	40	28,4
Καλή	54	38,3
Πολύ καλή	35	24,8
	Μέση τιμή	ΤΑ
Ηλικία	52,07	±17,11
Αριθμός μελών οικογένειας	2,87	±1,51
Μηνιαίο εισόδημα	1.001,83	±379,68

5.2. Απόψεις συμμετεχόντων σχετικά με τις Διοικητικές υπηρεσίες, τις κτηριακές εγκαταστάσεις, τις υπηρεσίες και τη μελλοντική χρήση του Νοσοκομείου

5.2.1. Αξιολόγηση της Ιατρικής Φροντίδας

Στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες απάντησαν σε πέντε ερωτήσεις σχετικά με την αξιολόγηση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (Διάγραμμα 4). Πιο αναλυτικά, η πλειοψηφία των ερωτώμενων (63,1%) θεωρεί ότι η

ενημέρωση που είχαν σχετικά με τη νόσο, τις εξετάσεις και την πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά τους ήταν «καλή». Επίσης, το 60,3% του δείγματος αξιολόγησε ως καλές τις οδηγίες που τους δόθηκαν από τους ιατρούς για τη θεραπεία τους και το 58,9% θεωρεί ότι είναι καλή η φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού. Τέλος, περισσότεροι από τους μισούς συμμετέχοντες (52,5%) απάντησαν ότι η συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων ήταν καλή.

Ωστόσο, ο χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων αξιολογήθηκε ως «μέτριος» για το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος και συγκεκριμένα για το 41,1% και ως «καλή» για το 31,2%. Από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων υπολογίστηκε η μέση τιμή του Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας ίση με 69,61 ($\pm 13,75$). Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται εκτενώς οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας (Πίνακας 2).

Πίνακας 2 Αξιολόγηση της Ιατρικής Φροντίδας

Αξιολόγηση της Ιατρικής Φροντίδας σχετικά με:					
	%N				
	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
Ενημέρωση για τη νόσο, τις εξετάσεις και την πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά σας	0,0	2,1	16,3	63,1	18,4
Οδηγίες για τη θεραπεία από τους ιατρούς	0,7	2,1	17,7	60,3	19,1
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά των ιατρών	0,7	0,7	17,7	58,9	22,0
Χρόνος αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων	1,4	22,0	41,1	31,2	4,3
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά τη διάρκεια των εξετάσεων	0,0	1,4	29,8	52,5	16,3
	Μέση τιμή			TA	
Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας	69,61			$\pm 13,75$	

5.2.2. Αξιολόγηση της Νοσηλευτικής Φροντίδας

Στη συνέχεια οι ερωτώμενοι κλήθηκαν να αξιολογήσουν τη νοσηλευτική φροντίδα μέσω τεσσάρων ερωτήσεων (Πίνακας 3). Συγκεκριμένα, οι συμμετέχοντες ρωτήθηκαν σχετικά με τη φιλική και ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτών και τα δύο τρίτα του δείγματος απάντησαν «καλή». Επίσης, η πλειοψηφία του πληθυσμού (64,5%) δήλωσε ότι η ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας ήταν «καλή». Όσον αφορά στην ενημέρωση που είχαν σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα, το 48,2% απάντησε «καλή» και το 43,3% «μέτρια». Τέλος, το 58,2% χαρακτήρισε καλές τις ικανότητες και την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού (Διάγραμμα 5). Η μέση τιμή του Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας υπολογίστηκε ίση με 71,94 ($\pm 1,49$).

Πίνακας 3 Αξιολόγηση της Νοσηλευτικής Φροντίδας

	Αξιολόγηση της Νοσηλευτικής Φροντίδας σχετικά με:				
	%N				
	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
Φιλική και ευγενική συμπεριφορά νοσηλευτών	0,0	0,0	14,2	66,7	19,1
Ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα	0,0	2,8	43,3	48,2	5,7
Ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας	0,0	0,7	21,3	64,5	13,5
Ικανότητες και εμπειρία νοσηλευτικού προσωπικού	0,0	0,0	22,0	58,2	19,9
	Μέση τιμή			ΤΑ	
Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας	71,94			$\pm 11,49$	

5.2.3. Αξιολόγηση των Διοικητικών Υπηρεσιών

Όσον αφορά στο Δείκτη Αξιολόγησης των Διοικητικών Υπηρεσιών υπολογίστηκε βάσει των απαντήσεων που έδωσαν οι συμμετέχοντες σε οχτώ σχετικές ερωτήσεις και ήταν ίσος με 61,17 ($\pm 12,62$) (Πίνακας 4). Αναλυτικότερα, σχεδόν οι μισοί συμμετέχοντες (49,6%) αξιολόγησαν ως μέτριες τις διαδικασίες εισαγωγής, ενώ

οι διαδικασίες εξιτηρίου χαρακτηρίστηκαν ως «καλές» σύμφωνα με το 62,4% του δείγματος. Η ταχύτητα εκτέλεσης των καθηκόντων από το διοικητικό προσωπικό αξιολογήθηκε ως «καλή» για το 47,5% του πληθυσμού και ως «μέτρια» για το 45,4%. Καλή χαρακτήρισε τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού το 61,7%. Η πλειοψηφία των ερωτώμενων αξιολόγησαν ως μέτρια αφενός τη διευκόλυνση για την τήρηση του χρόνου αναμονής στο ελάχιστο (54,6%) και αφετέρου τη συνέπεια για την τήρηση των ραντεβού για εξέταση (48,9%). Ωστόσο, σύμφωνα με το 62,4% του δείγματος το ενδιαφέρον των διοικητικών υπαλλήλων για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών κρίθηκε ως «καλό». Τέλος, το 59,3% των συμμετεχόντων δήλωσαν ότι η επικοινωνία που είχαν με το διοικητικό προσωπικό ήταν «καλή» (Διάγραμμα 6).

Πίνακας 4 Αξιολόγηση των Διοικητικών Υπηρεσιών

Αξιολόγηση των Διοικητικών Υπηρεσιών σχετικά με:					
	% N				
	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
Τις διαδικασίες εισαγωγής	0,7	17,7	49,6	27,0	5,0
Τις διαδικασίες εξόδου	0,0	3,5	29,1	62,4	5,0
Την ταχύτητα με την οποία το διοικητικό προσωπικό εκτελεί τα καθήκοντά του	0,7	6,4	45,4	47,5	0,0
Τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού	0,0	2,8	32,6	61,7	2,8
Τη διευκόλυνση για την τήρηση του χρόνου αναμονής στο ελάχιστο	1,4	8,5	54,6	34,8	0,7
Τη συνέπεια για την τήρηση του προγραμματισμού (ραντεβού) για την εξέταση	1,4	4,3	48,9	42,6	2,8
Το ενδιαφέρον του διοικητικού προσωπικού για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών	0,0	7,1	29,8	62,4	0,7
Την επικοινωνία που είχατε με το διοικητικό προσωπικό	0,0	4,3	35,0	59,3	1,4
		Μέση τιμή		ΤΑ	
Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών		61,17		±12,62	

5.2.4. Αξιολόγηση των Εγκαταστάσεων του νοσοκομείου

Οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να αξιολογήσουν τις εγκαταστάσεις του Νοσοκομείου. Εξετάζοντας διάφορους σχετικούς παράγοντες βρέθηκε ότι το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος αξιολογεί «μέτρια» την καθαριότητα των χώρων (54,6%), την καθαριότητα στις τουαλέτες (59,6%), την άνεση στις αίθουσες αναμονής (70,2%), την επάρκεια των χώρων (69,3%) και την απόκριση των ωραρίων λειτουργίας στις ανάγκες τους (52,5%). Ωστόσο, η πλειοψηφία των ερωτώμενων έκριναν «καλή» τη θερμοκρασία των χώρων (56,7%) και τη διευκόλυνση πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες (59,6%). Τέλος, το 42,6% αξιολόγησε ως «καλή» και το 41,1% ως «μέτρια» την ευκολία προσανατολισμού τους (Διάγραμμα 7). Ο Δείκτης Αξιολόγησης των Εγκαταστάσεων βρέθηκε ίσος με 58,44 ($\pm 10,84$). Οι απαντήσεις των συμμετεχόντων σχετικά με τις εγκαταστάσεις παρατίθενται στον Πίνακα 5.

Πίνακας 5 Αξιολόγηση των Εγκαταστάσεων νοσοκομείου

	Αξιολόγηση των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου σχετικά με:				
	%N				
	Πολύ κακή	Κακή	Μέτρια	Καλή	Πολύ καλή
Την καθαριότητα των χώρων	0,0	4,3	54,6	37,6	3,5
Την καθαριότητα στις τουαλέτες	2,1	17,0	59,6	15,6	5,7
Την άνεση στις αίθουσες αναμονής	0,0	9,2	70,2	19,9	0,7
Την επάρκεια των χώρων	0,0	14,3	69,3	15,0	1,4
Τη θερμοκρασία των χώρων	0,0	3,5	39,0	56,7	0,7
Τη διευκόλυνση πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες	0,0	5,7	25,5	59,6	9,2
Την ευκολία προσανατολισμού σας (ταμπέλες, γραμμές κατεύθυνσης, σηματοδότησης)	0,7	5,7	41,1	42,6	9,9
Την ανταπόκριση των ωραρίων λειτουργίας στις ανάγκες σας	1,4	9,9	52,5	34,0	2,1
	Μέση τιμή			TA	

5.2.5. Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου

Από την αξιολόγηση των υπηρεσιών του Νοσοκομείου προέκυψε ότι τα δύο τρίτα του δείγματος (66,7%) έκριναν «καλή» τη βελτίωση της υγείας τους. Επίσης, το 55,3% του πληθυσμού χαρακτήρισε «καλή» και το 31,9% «μέτρια» την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες μετά την εξέταση. Τέλος, ερωτώμενοι σχετικά με την ικανοποίηση που περίμεναν να έχουν πριν την εξέταση το 43,3% απάντησε «καλή» και το 36,9% «πολύ καλή» (Διάγραμμα 8). Η μέση τιμή του Δείκτη Αξιολόγησης των Υπηρεσιών του νοσοκομείου ισούται με 72,70 (±13,77) (Πίνακας 6).

Πίνακας 6 Αξιολόγηση των υπηρεσιών νοσοκομείου

Αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου σχετικά με:					
	%N				
	Πολύ κακές	Κακές	Μέτριες	Καλές	Πολύ καλές
Τη βελτίωση της υγείας σας	0,0	0,7	24,1	66,7	8,5
Την ικανοποίησή σας από τις υπηρεσίες μετά την εξέταση	0,0	2,1	31,9	55,3	10,6
Την ικανοποίησή σας που περιμένατε να έχετε πριν την εξέτασή σας	0,7	0,7	18,4	43,3	36,9
	Μέση τιμή			ΤΑ	
Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών	72,70			±13,77	

5.2.6. Μελλοντική χρήση του Νοσοκομείου

Στο τελευταίο μέρος του ερωτηματολογίου οι συμμετέχοντες κλήθηκαν να απαντήσουν σε τρεις ερωτήσεις σχετικά με τη μελλοντική χρήση του συγκεκριμένου Νοσοκομείου (Πίνακας 7). Πιο αναλυτικά, στην ερώτηση αν θα επιθυμούσαν να επισκεφθούν ξανά το ίδιο νοσοκομείο, το 61,0% του πληθυσμού απάντησε ότι

συμφωνεί αρκετά και το 26,2% ούτε διαφωνεί/ούτε συμφωνεί. Το 52,5% των ερωτώμενων φαίνεται ότι συμφωνεί αρκετά με την άποψη ότι θα σύστηνε το εν λόγω νοσοκομείο σε άλλους. Τέλος, ερωτώμενοι αν θα προτιμούσαν να επισκεφθούν ιδιωτικό νοσοκομείο το 35,5% απάντησε «διαφωνώ αρκετά» το 34,8% είχε ουδέτερη άποψη και το 19,9% διαφωνεί απόλυτα» (Διάγραμμα 9).

Πίνακας 7 Μελλοντική χρήση του Νοσοκομείου

	Μελλοντική χρήση του Νοσοκομείου				
	%N				
	Διαφωνώ πολύ	Διαφωνώ αρκετά	Ούτε διαφωνώ / Ούτε συμφωνώ	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ πολύ
Θα επιθυμούσατε να επισκεφθείτε ξανά το ίδιο νοσοκομείο	0,0	4,3	26,2	61,0	8,5
Θα συστήνατε σε άλλους το ίδιο νοσοκομείο που επισκεφθήκατε	0,7	6,4	31,9	52,5	8,5
Θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε ιδιωτικό νοσοκομείο	19,9	35,5	34,8	7,8	2,1

5.3. Επαγωγική στατιστική ανάλυση

5.3.1. Σύγκριση δημογραφικών στοιχείων με τους Δείκτες Αξιολόγησης

5.3.1.1. Φύλο

Στον Πίνακα 8 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του φύλου με τους Δείκτες Αξιολόγησης. Από την εν λόγω σύγκριση δεν προέκυψε στατιστικά σημαντική σχέση ανάμεσα στο φύλο και τους δείκτες αξιολόγησης ιατρικής φροντίδας ($p=0,19$), εγκαταστάσεων ($p=0,14$) και υπηρεσιών ($p=0,17$). Ωστόσο, το φύλο σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας ($p=0,05$). Πιο αναλυτικά, ο Δείκτης Αξιολόγησης της Νοσηλευτικής Φροντίδας ήταν υψηλότερος για το γυναικείο πληθυσμό ($73,64 \pm 11,25$) σε σχέση με τον ανδρικό ($69,84 \pm 11,53$) (Διάγραμμα 10).

Επιπλέον, οι γυναίκες αξιολόγησαν με υψηλότερο βαθμό τις Διοικητικές Υπηρεσίες του Νοσοκομείου ($63,54 \pm 10,39$) από τους άνδρες ($58,23 \pm 14,49$) και η σχέση μεταξύ των δύο μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,01$) (Διάγραμμα 11).

Πίνακας 8 Σύγκριση φύλου με τους Δείκτες Αξιολόγησης

Σύγκριση φύλου με τους Δείκτες Αξιολόγησης				
		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας	Ανδρας	67,94	±13,46	0,19
	Γυναίκα	70,96	±13,91	
Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας	Ανδρας	69,84	±11,53	0,05
	Γυναίκα	73,64	±11,25	
Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών	Ανδρας	58,23	±14,49	0,01
	Γυναίκα	63,54	±10,39	
Δείκτης Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων	Ανδρας	56,94	±9,97	0,14
	Γυναίκα	59,65	±11,41	
Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών	Ανδρας	70,90	±14,10	0,17
	Γυναίκα	74,15	±13,10	

5.3.1.2. Υπηκοότητα

Από τη σύγκριση της υπηκοότητας των συμμετεχόντων με τους Δείκτες Αξιολόγησης βρέθηκε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική σχέση μόνο με το Δείκτη Αξιολόγησης των Εγκαταστάσεων ($p = -0,05$). Αναλυτικότερα, υπολογίστηκε ότι η μέση τιμή του συγκεκριμένου δείκτη ήταν υψηλότερη για τους ερωτώμενους με ξένη υπηκοότητα ($62,50 \pm 9,10$) (Διάγραμμα 16). Τα αποτελέσματα της σύγκρισης της υπηκοότητας με τους Δείκτες Αξιολόγησης παρατίθενται αναλυτικά στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 9).

Πίνακας 9 Σύγκριση υπηκοότητας με τους Δείκτες Αξιολόγησης

Σύγκριση υπηκοότητας με τους Δείκτες Αξιολόγησης				
		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας	Ελληνική	69,62	±13,92	0,98
	Άλλη	69,55	±13,09	
Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας	Ελληνική	72,43	±11,11	0,25
	Άλλη	69,32	±13,35	
Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών	Ελληνική	60,71	±12,77	0,30
	Άλλη	63,64	±11,71	
Δείκτης Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων	Ελληνική	57,69	±11,00	0,05
	Άλλη	62,50	±9,10	
Δείκτης Αξιολόγησης	Ελληνική	71,92	±13,93	0,10

Υπηρεσιών	Άλλη	76,89	±12,32
-----------	------	-------	--------

5.3.1.3. Οικογενειακή κατάσταση

Η σύγκριση της οικογενειακής κατάστασης με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας σχετίζονται στατιστικά σημαντικά ($p = -0,02$). Συγκεκριμένα βρέθηκε ότι οι έγγαμοι είχαν υψηλότερη μέση τιμή του εν λόγω δείκτη αξιολόγησης ($72,36 \pm 14,10$) και ακολουθούν οι άγαμοι ($68,26 \pm 11,74$), οι διαζευγμένοι ($65,45 \pm 11,28$), όσοι συζούν με τον σύντροφό τους ($62,00 \pm 14,41$) και τέλος οι χήρου/-ες ($61,33 \pm 12,02$) (Διάγραμμα 13).

Πίνακας 10 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τους Δείκτες Αξιολόγησης

Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με τους Δείκτες Αξιολόγησης				
		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας	Έγγαμος/-η	72,36	±14,10	0,02
	Άγαμος/-η	68,26	±11,74	
	Συζώ με σύντροφο	62,00	±14,41	
	Διαζευγμένος/-η	65,45	±11,28	
	Χήρος/-α	61,33	±12,02	
Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας	Έγγαμος/-η	73,49	±12,89	0,20
	Άγαμος/-η	70,92	±8,76	
	Συζώ με σύντροφο	63,75	±10,27	
	Διαζευγμένος/-η	70,45	±5,65	
Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών	Χήρος/-α	68,33	±8,34	0,41
	Έγγαμος/-η	62,39	±13,55	
	Άγαμος/-η	60,19	±8,70	
	Συζώ με σύντροφο	53,75	±17,32	
Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών	Διαζευγμένος/-η	61,93	±12,33	0,70
	Χήρος/-α	57,50	±10,35	
	Έγγαμος/-η	73,47	±14,35	
	Άγαμος/-η	73,91	±14,93	
Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών	Συζώ με σύντροφο	68,33	±13,69	0,70
	Διαζευγμένος/-η	71,21	±6,84	
	Χήρος/-α	68,89	±12,78	

5.3.1.4. Εκπαίδευση

Η εκπαίδευση των συμμετεχόντων σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο ($p=0,01$) με τον Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας. Πιο αναλυτικά, οι συμμετέχοντες που ήταν απόφοιτοι Λυκείου βρέθηκε ότι είχαν υψηλότερη μέση τιμή του παρόντος δείκτη ($75,13 \pm 11,48$) και οι κάτοχοι Μεταπτυχιακού το χαμηλότερο ($64,06 \pm 13,57$) (Διάγραμμα 14). Στον Πίνακα 11 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της σύγκρισης του επιπέδου εκπαίδευσης των συμμετεχόντων με τους δείκτες αξιολόγησης.

Πίνακας 11 Σύγκριση εκπαίδευσης με τους Δείκτες Αξιολόγησης

Σύγκριση εκπαίδευσης με τους Δείκτες Αξιολόγησης				
		Μέση τιμή	ΤΑ	p
Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας	Δημοτικό	65,36	$\pm 14,74$	0,01
	Γυμνάσιο	66,43	$\pm 13,58$	
	Λύκειο	75,13	$\pm 11,48$	
	Πανεπιστήμιο / ΤΕΙ	71,94	$\pm 14,06$	
	Μεταπτυχιακό	64,06	$\pm 13,57$	
Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας	Δημοτικό	68,75	$\pm 8,13$	0,12
	Γυμνάσιο	69,05	$\pm 12,42$	
	Λύκειο	75,16	$\pm 11,21$	
	Πανεπιστήμιο / ΤΕΙ	73,39	$\pm 10,58$	
Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών	Μεταπτυχιακό	71,88	$\pm 12,50$	0,12
	Δημοτικό	57,81	$\pm 12,49$	
	Γυμνάσιο	62,95	$\pm 10,77$	
	Λύκειο	64,38	$\pm 10,43$	
Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών	Πανεπιστήμιο / ΤΕΙ	58,26	$\pm 15,78$	0,65
	Μεταπτυχιακό	57,42	$\pm 13,778$	
	Δημοτικό	72,62	$\pm 13,25$	
	Γυμνάσιο	74,80	$\pm 10,96$	
Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών	Λύκειο	71,71	$\pm 12,49$	0,65
	Πανεπιστήμιο / ΤΕΙ	73,12	$\pm 17,57$	
	Μεταπτυχιακό	68,75	$\pm 15,96$	

5.3.2. Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με τους Δείκτες Αξιολόγησης

5.3.2.1. Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας

Από τη συσχέτιση της ηλικίας με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής φροντίδας βρέθηκε ότι για κάθε ένα έτος αύξησης της ηλικίας ο Δείκτης μειώνεται κατά 0,18 μονάδες και η σχέση μεταξύ των μεταβλητών είναι στατιστικά σημαντική ($p=0,04$). Αντιθέτως, το μηνιαίο εισόδημα δεν σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με τον Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας ($p=0,46$) (Πίνακας 12).

Πίνακας 12 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας

Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας		
	B	p
Ηλικία	-0,18	0,04
Μηνιαίο εισόδημα	0,06	0,46

5.3.2.2. Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της συσχέτισης των δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας. Από την συγκεκριμένη συσχέτιση δεν αποτυπώθηκε κάποια σχέση στατιστικά σημαντική ($p>0,05$) (Πίνακας 13).

Πίνακας 13 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας

Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας		
	B	p
Ηλικία	-0,08	0,34
Μηνιαίο εισόδημα	0,14	0,11

5.3.2.3. Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών

Η συσχέτιση του Δείκτη Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών με την ηλικία και το μηνιαίο εισόδημα δεν έδειξε κάποια σχέση στατιστικά σημαντική ($p>0,05$). Τα αποτελέσματα της συσχέτισης παρατίθενται στον Πίνακα 14.

Πίνακας 14 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών

Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών		
	B	p
Ηλικία	0,00	1,00
Μηνιαίο εισόδημα	-0,05	0,55

5.3.2.4. Δείκτης Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων του νοσοκομείου

Η ηλικία και το μηνιαίο εισόδημα των ερωτώμενων δεν βρέθηκε να σχετίζεται με στατιστικά σημαντικό τρόπο με το Δείκτη Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων ($p > 0,05$) (Πίνακας 15).

Πίνακας 15 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων

Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων		
	B	p
Ηλικία	-0,04	0,63
Μηνιαίο εισόδημα	-0,12	0,16

5.3.2.5. Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών

Τέλος, από τη συσχέτιση του Δείκτη Αξιολόγησης Υπηρεσιών με την ηλικία δεν προέκυψε κάποια σχέση στατιστικά σημαντική ($p = 0,28$). Αντιθέτως, η συσχέτιση του Δείκτη με το μηνιαίο εισόδημα έδειξε ότι συσχετίζονται με στατιστικά σημαντικό τρόπο και συγκεκριμένα υπολογίστηκε ότι αύξηση κατά 1 € του εισοδήματος, οδηγεί σε μείωση του Δείκτη Αξιολόγησης Υπηρεσιών κατά 0,16 μονάδες και η σχέση είναι στατιστικά σημαντική ($p = 0,05$) (Πίνακας 16).

Πίνακας 16 Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Υπηρεσιών

Συσχέτιση δημογραφικών στοιχείων με το Δείκτη Αξιολόγησης Υπηρεσιών		
	B	p
Ηλικία	-0,09	0,28
Μηνιαίο εισόδημα	-0,16	0,05

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και των συνοδών τους, αποτελεί ίσως τον εγκυρότερο δείκτη του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η διερεύνηση και εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης στο πλαίσιο της παρεχόμενης περίθαλψης από τους επαγγελματίες υγείας, αποτελεί αυτοσκοπό για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας και τον προσδιορισμό των αναγκών των ασθενών.

Η παροχή ποιοτικών και αποτελεσματικών υπηρεσιών φροντίδας σε ένα νοσοκομείο εξαρτάται από ένα ευρύ φάσμα παραγόντων και απαιτεί τη συντονισμένη συνεργασία πολλών ειδικοτήτων. Για την επίτευξη της βελτίωσης του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και κατ' επέκταση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να έχουν προσδιορίσει τους σχετικούς παράγοντες επίδρασης. Η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και των παραγόντων που την επηρεάζουν έχει αποτελέσει αντικείμενο ενός μεγάλου αριθμού μελετών σε παγκόσμιο επίπεδο.

Στην παρούσα ερευνητική εργασία πραγματοποιήθηκε μια προσπάθεια διερεύνησης και εκτίμησης του βαθμού ικανοποίησης ασθενών ή/και συνοδών τους ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες και τις κτηριακές εγκαταστάσεις του παθολογικού τομέα ενός τριτοβάθμιου νοσοκομείου. Επίσης, διερευνήθηκε η συσχέτισή και η επίδραση των δημογραφικών χαρακτηριστικών του δείγματος στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης (π.χ. φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, υπηκοότητα, εκπαίδευση, εισόδημα κ.α.).

Σε αυτό το σημείο είναι σημαντικό να υπενθυμίσει κανείς τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος. Το δείγμα αποτέλεσαν 141 ασθενείς ή/και συνοδοί που επισκέφθηκαν τον παθολογικό τομέα ενός Τριτοβάθμιου Νοσηλευτικού Ιδρύματος. Το 55% ήταν γυναίκες, ενώ η μέση ηλικία του πληθυσμού κυμάνθηκε στα 52 έτη. Όσον αφορά την οικογενειακή κατάσταση, η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε έγγαμη, ενώ όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο το μεγαλύτερο ποσοστό ήταν απόφοιτοι Γυμνασίου, ακολουθώντας οι απόφοιτοι Λυκείου και οι απόφοιτοι

Τριτοβάθμιας εκπαίδευσης. Τέλος, όσον αφορά την κατάσταση της υγείας τους, η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε πως κυμαίνεται σε καλό επίπεδο.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, η αξιολόγηση της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας κρίθηκε ως καλή από τους συμμετέχοντες. Ιδιαίτερα θετικές αξιολογήσεις έλαβαν οι διαστάσεις της παρεχόμενης περίθαλψης που σχετίζονταν με την ενημέρωση σχετικά με τη νόσο, τις εξετάσεις και την πληροφόρηση σχετικά με τα ερωτήματά των συμμετεχόντων. Επίσης, θετικά αξιολογήθηκαν οι οδηγίες θεραπείας, η φιλική και ευγενική συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού γενικά, αλλά και κατά τη διάρκεια των εξετάσεων ήταν καλή. Ωστόσο, ο βαθμός ικανοποίησης του μεγαλύτερου ποσοστού του δείγματος όσον αφορά στον χρόνο αναμονής για την πραγματοποίηση των εξετάσεων κυμάνθηκε σε μέτρια επίπεδα.

Τα αποτελέσματα αυτά βρίσκονται σε συμφωνία με αυτά αντίστοιχων ερευνών που πραγματοποιήθηκαν σε παγκόσμιο επίπεδο και παρουσιάζονται παρακάτω. Οι Lekidou, Trivellas & Ipsilandis (2007) και οι Pripora, Laspa & Kamenidou (2008) σε έρευνας τους για την ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό νοσοκομείου παρουσίασαν καλό επίπεδο ικανοποίησης. Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων τους, καθοριστικοί παράγοντες της θετικής ικανοποίησης των ασθενών αποτέλεσαν η συνέπεια του ιατρικού προσωπικού, η επικοινωνία μαζί του και η διαδικασία των εξετάσεων κατά τις μέρες νοσηλείας.

Επίσης, τρεις άλλες μελέτες διαπίστωσαν ότι οι διαπροσωπικές δεξιότητες επικοινωνίας των ιατρών όσον αφορά τη στάση τους, την εξήγηση των συνθηκών, το επίπεδο φροντίδας, τη συναισθηματική υποστήριξη, το σεβασμό των προτιμήσεων των ασθενών και τη συμμετοχή των ασθενών στη λήψη αποφάσεων ήταν οι πιο σημαντικοί παράγοντες για την διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών (Cheng, Yang & Chiang, 2003; Kim, Kaplowitz & Johnston, 2004; Arshad, Shamila, Rohul & Fazli, 2012). Επιπλέον, το κύριο αποτέλεσμα μιας μελέτης που ανέλυσε τα δεδομένα 202 συμμετεχόντων από γενικά νοσοκομεία στις ΗΠΑ, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι οι περισσότεροι καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών σχετίζονται με την επικοινωνία, την ενσυναίσθηση και τη φροντίδα από το προσωπικό του νοσοκομείου (Marley, Collier & Goldstein, 2004).

Σε δύο ακόμα έρευνες (Dawn et al., 2003; Qadri et al., 2012) για την ικανοποίηση των ασθενών σε νοσοκομεία, το μεγαλύτερο ποσοστό παρουσίασε

υψηλό βαθμό ικανοποίησης τονίζοντας τη σημαντικότητα των διαστάσεων της ιατρικής περίθαλψης, της πληροφόρησης από το ιατρικό προσωπικό και την υποστήριξη.

Παρόμοια αποτελέσματα αποτυπώθηκαν και σε άλλες μελέτες (Elleuch, 2008; Schoenfelder, Klewer & Kugler, 2011) σύμφωνα με τα αποτελέσματα των οποίων κατά τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών σε δημόσια νοσοκομεία, ο βαθμός ικανοποίησης που αφορούσε στην παροχή ιατρικών υπηρεσιών υγείας κυμάνθηκε σε καλό επίπεδο, με ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες στην επικοινωνία με το ιατρικό προσωπικό, την πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό, τις γνώσεις και δεξιότητες των ιατρών. Παρόμοια αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών ως προς την παροχή ιατρικών υπηρεσιών εντοπίστηκαν και σε τέσσερις άλλες εργασίες (Matis, Birbilis & Chrysou, 2009; Otani et al. 2011; Mehta et al., 2020; Mulugeta et al., 2020).

Όσον αφορά το βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα, κυμάνθηκε επίσης σε καλά επίπεδα σημειώνοντας βαθμολογία λίγο υψηλότερη της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Οι υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης εντοπίστηκαν στη φιλική και ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτών, την ποιότητα παροχής νοσηλευτικής φροντίδας, τις ικανότητες και την εμπειρία του νοσηλευτικού προσωπικού. Τέλος, θετικά αξιολογήθηκε και η ενημέρωση σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα.

Οι González-Valentín et al. (2005) σε δική τους μελέτη για την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες νοσοκομείου, παρουσίασαν καλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, τα οποία σχετίστηκαν ως επί το πλείστον με την καλή συμπεριφορά και τις ικανότητες του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα ίδια αποτελέσματα παρουσίασε και άλλη μελέτη (Yalew et al., 2019) σύμφωνα με την οποία το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα αποδόθηκε κυρίως στις ικανότητες, την εμπειρία και την καλή επικοινωνία του νοσηλευτικού προσωπικού.

Αντίστοιχα, τα αποτελέσματα τεσσάρων μελετών που διεξήχθησαν σε τριτοβάθμια νοσοκομεία σε διάφορες χώρες αποφάνθηκαν ότι η ευγένεια, ο σεβασμός, η προσεκτική ακρόαση και η εύκολη πρόσβαση στη φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού ήταν οι ισχυρότερες κινητήριες δυνάμεις της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών. Αυτές οι πτυχές της νοσηλευτικής φροντίδας

κατατάσσονται σε υψηλό βαθμό από τους ασθενείς (Schoenfelder, Klewer & Kugler, 2011; Rafil, Hajinezhad & Haghani, 2007; Pai, Ravi & Satyanarayana, 2011; Choi, Lee, Kim & Lee, 2005; Matis, Birbilis & Chrysou, 2009).

Επιπλέον, οι Kutney-Lee et al. (2009) σε μελέτη τους διερεύνησαν τη σχέση μεταξύ νοσηλευτικής φροντίδας και ικανοποίησης ασθενών σε 430 νοσοκομεία. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης, ο οποίος συσχετίστηκε σημαντικά με την εμπειρία και τη λήψη πληροφοριών από το νοσηλευτικό προσωπικό.

Το 2011, οι Otani et al. ερεύνησαν 32 διαφορετικά μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία στις ΗΠΑ για να προσδιορίσουν τη σχέση της νοσηλευτικής περίθαλψης, της ιατρικής περίθαλψης και του φυσικού περιβάλλοντος με τη συνολική ικανοποίηση του ασθενούς. Οι ερευνητές διαπίστωσαν επίσης ότι η ευγένεια και ο σεβασμός των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης επηρεάζουν περισσότερο την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ η επικοινωνία και η εξήγηση είναι η δεύτερη πιο σημαντική πτυχή. Αντίστοιχα, μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε 13 νοσοκομεία οξείας περίθαλψης στην Ιρλανδία αποκάλυψε ότι η αποτελεσματική επικοινωνία και σαφής εξήγηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς είχαν τον ισχυρότερο αντίκτυπο στη βελτίωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών μεταξύ άλλων χαρακτηριστικών της περίθαλψης (Dawn et al., 2003; Sweeney, Brooks & Leahy, 2003).

Τέλος, στη μελέτη των Wagner & Bear (2009) διερευνήθηκε η έννοιας της ικανοποίησης του ασθενούς σε σχέση με τη νοσηλευτική φροντίδα. Τα χαρακτηριστικά που οδήγησαν στην έκβαση του βαθμού ικανοποίησης του ασθενούς ως προς τη νοσηλευτική φροντίδα κατηγοριοποιήθηκαν ως συναισθηματική υποστήριξη, πληροφορίες για την υγεία, έλεγχος αποφάσεων και επαγγελματικές/τεχνικές ικανότητες. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, παρουσιάστηκε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης με ιδιαίτερα υψηλές βαθμολογίες στη γνωστική αξιολόγηση, τη συμπεριφορά, την επικοινωνία και τη συναισθηματική ανταπόκριση του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι συνέπειες της επίτευξης βελτιωμένου επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών ως προς τη νοσηλευτική περίθαλψη περιλάμβαναν περιορισμό δαπανών της υγειονομικής περίθαλψης, συμμόρφωση με τα σχήματα θεραπείας και καλύτερα αποτελέσματα για την υγεία.

Όσον αφορά στις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες, σημειώθηκε μέτριος προς καλός βαθμός ικανοποίησης. Θετικά αξιολογήθηκαν οι διαδικασίες εξαγωγής, η ταχύτητα εκτέλεσης των καθηκόντων, η συμπεριφορά και η επικοινωνία του διοικητικού προσωπικού και τέλος, το ενδιαφέρον των διοικητικών υπαλλήλων για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών. Μέτρια αξιολογήθηκαν οι διαδικασίες εισαγωγής, η διευκόλυνση για την τήρηση του χρόνου αναμονής στο ελάχιστο και η συνέπεια για την τήρηση των ραντεβού για εξέταση.

Τα παραπάνω αποτελέσματα συνάδουν με αυτά προηγούμενων αντίστοιχων ερευνών. Σε έρευνα των Matis, Birbilis & Chrysou (2009) για τη διερεύνηση της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες νοσοκομείου, υπολογίστηκε ο βαθμός ικανοποίησης για τέσσερις επιμέρους διαστάσεις της ικανοποίησης (ιατρικές, νοσηλευτικές, διοικητικές/οργανωτικές, κτηριακές εγκαταστάσεις). Σημειώθηκε υψηλός βαθμός αξιολογήσεων και για τις 4 παραμέτρους τονίζοντας ως ιδιαίτερα θετικές παραμέτρους τη συμπεριφορά και την επικοινωνία του διοικητικού προσωπικού.

Σε άλλες έρευνες (Jawahar, 2007; Mortazavi et al., 2009) οι οποίες μελέτησαν έξι διαστάσεις ικανοποίησης των ασθενών στα νοσοκομεία, επισημάνθηκε η σημαντικότητα της ικανοποίησης από τις διοικητικές υπηρεσίες για τη διαμόρφωση υψηλού επιπέδου γενικής ικανοποίησης. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, εντοπίστηκε καλός βαθμός ικανοποίησης διοικητικών υπηρεσιών με υψηλότερες βαθμολογίες στις υπηρεσίες εισαγωγής/εξιτηρίου και στις επικοινωνιακές ικανότητες των υπαλλήλων των διοικητικών υπαλλήλων.

Επίσης, έρευνα με το ίδιο αντικείμενο διερεύνησης πραγματοποιήθηκε από τους Hemadeh et al. (2019), διακρίνοντας υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις υπηρεσίες νοσοκομείου και ειδικότερα την απόδοση, συμπεριφορά και επικοινωνία του διοικητικού προσωπικού, το σύστημα των ραντεβού και τις υπηρεσίες υποστήριξης. Αντίστοιχα, ο Steyl (2020) διερευνώντας την ικανοποίηση των ασθενών, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι το διοικητικό προσωπικό και το προσωπικό υποδομής συμβάλλουν σε σημαντικό βαθμό στην επίτευξη υψηλού βαθμού ικανοποίησης των ασθενών.

Σε συμφωνία βρίσκονται και τα αποτελέσματα άλλων αντίστοιχων ερευνών (Labiris & Niakas, 2005; Bhattacharya et al., 2018, Kavitha, 2014, Atinga, 2011) αποδεικνύοντας ότι το επίπεδο ποιότητας των διοικητικών υπηρεσιών συμβάλλει

σημαντικά στη θετική αξιολόγηση και την ικανοποίηση των ασθενών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

Η αξιολόγηση των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου κυμάνθηκε σε μέτρια προς καλά επίπεδα. Καλός βαθμός ικανοποίησης σημειώθηκε όσον αφορά τις διαστάσεις της θερμοκρασίας των χώρων, της διευκόλυνσης πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες και της ευκολίας προσανατολισμού τους. Εντούτοις, οι συμμετέχοντες εκδήλωσαν μικρότερο βαθμό ικανοποίησης όσον αφορά την καθαριότητα των χώρων και των τουαλετών, την άνεση στις αίθουσες αναμονής, την επάρκεια των χώρων και την απόκριση των ωραρίων λειτουργίας στις ανάγκες τους.

Αντίστοιχα αποτελέσματα εντοπίζονται σε παρόμοιες μελέτες (Rahmqvist & Bara, 2010; Bhattacharya et al., 2018) παρουσιάζοντας καλό επίπεδο ικανοποίησης όσον αφορά τις υποδομές και τις κτιριακές εγκαταστάσεις. Εντούτοις, στις συγκεκριμένες μελέτες σημειώθηκε υψηλή βαθμολογία ως προς την επάρκεια και τη διευθέτηση των θέσεων στους χώρους αναμονής και την καθαριότητα των χώρων. Η επάρκεια χώρου φαίνεται πως διαδραματίζει σημαντικό ρόλο για τη διαμόρφωση υψηλού βαθμού ικανοποίησης για τις υποδομές (Niakas, Gnardellis & Theodorou, 2004; Bhattacharya et al. (2018) όπως αντίστοιχα, συμβαίνει και όσον αφορά την καθαριότητα των χώρων (Dawn et al., 2003; Niakas, Gnardellis & Theodorou, 2004; Pini et al., 2014).

Επίσης, σε μελέτη των Mohamed et al. (2015) για την ικανοποίηση ασθενών, σημειώθηκε θετική αξιολόγηση όσον αφορά στις κτιριακές εγκαταστάσεις, τις τεχνικές υποδομές και τη θερμοκρασία των χώρων, παράγοντες που φάνηκε πως συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στη συνολική ικανοποίηση, ενώ αντίθετα, η ύπαρξη ακατάλληλων κτιρίων είχε αρνητικό αντίκτυπο στον βαθμό ικανοποίησης.

Η συντριπτική πλειοψηφία των ερευνών με αντικείμενο την αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε νοσοκομείο (Mortazavi et al., 2009; Etier et al., 2016; Nunu & Munyewende, 2017; Steyl, 2020) επισήμαναν το περιβάλλον του νοσοκομείου, τις εγκαταστάσεις, την προσβασιμότητα, την επάρκεια και άνεση των χώρων και την καθαριότητα ως σημαντικούς παράγοντες επίδρασης της ικανοποίησης των ασθενών.

Η ικανοποίηση των συμμετεχόντων όσον αφορά τις υπηρεσίες του νοσοκομείου κυμάνθηκε σε καλό επίπεδο. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος να δηλώσει θετική στάση ως προς τη μελλοντική χρήση του

συγκεκριμένου νοσοκομείου και τη σύστασή του σε τρίτους, διατηρώντας παράλληλα μια αρνητική στάση ως επί το πλείστον όσον αφορά την επίσκεψή τους σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Για τη μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των διαφόρων διαστάσεων των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, διερευνήθηκε και ένα σύνολο παραγόντων οι οποίοι δύναται να συμβάλλουν στη θετική ή αρνητική διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα, ο βαθμός ικανοποίησης της ιατρικής φροντίδας σχετίστηκε με την οικογενειακή κατάσταση, την εκπαίδευση και την ηλικία, ενώ αντίστοιχα, ο βαθμός ικανοποίησης της νοσηλευτικής φροντίδας αλλά και των διοικητικών υπηρεσιών σχετίστηκε με το φύλο. Η υπηκοότητα φαίνεται πως επηρεάζει σημαντικά τον βαθμό ικανοποίησης ως προς τις εγκαταστάσεις και το μηνιαίο εισόδημα, τον βαθμό ικανοποίησης ως προς τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Σχεδόν στο σύνολο των ερευνών που διερεύνησαν την ικανοποίηση και τη συσχέτισή της με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση με όλα, επιβεβαιώνοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα των Priporas, Laspa & Kamenidou (2008) το εκπαιδευτικό επίπεδο, ο τύπος ασφάλισης και η εισαγωγή των ασθενών επηρεάζουν σημαντικά τις αντιλήψεις ικανοποίησης. Επιπλέον, οι άνδρες και οι νέοι τείνουν να εκτιμούν την ικανοποίηση λίγο υψηλότερα από τις γυναίκες και τους ηλικιωμένους αναδεικνύοντας το φύλο και την ηλικία ως σημαντικούς παράγοντες επίδρασης της ικανοποίησης.

Σε άλλη μελέτη (Theodosopoulou et al., 2007) οι άνδρες εξέφρασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση ως προς την αντιληπτή ποιότητα της ιατρικής περίθαλψης από τις γυναίκες. Η εκπαίδευση και η οικογενειακή κατάσταση των ασθενών συσχετίστηκαν με την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα. Τέλος, η ηλικία συσχετίστηκε με την ικανοποίηση τόσο ως προς τις ιατρικές όσο και ως προς τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Επίσης, σύμφωνα με μια εθνική έρευνα (Cheng, Yang & Chiang, 2003) που πραγματοποιήθηκε σε διαφορετικά διαπιστευμένα νοσοκομεία της Ταϊβάν, τα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, η εθνικότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης χαρακτηρίστηκαν σημαντικοί προγνωστικοί παράγοντες της ικανοποίησής τους. Επιπλέον, οι Nguyen et al. (2002) και Jenkinson et al. (2002)

δήλωσαν πως σύμφωνα με τα αποτελέσματά τους, οι δύο ισχυρότεροι και πιο συνεπείς καθοριστικοί παράγοντες της υψηλότερης ικανοποίησης είναι η ηλικία και η κατάσταση της υγείας.

Αντίστοιχα αποτελέσματα προέκυψαν και σε δύο επιπλέον μελέτες, μία στη Σκωτία όπου μελετήθηκαν 650 ασθενείς από τέσσερα νοσοκομεία, και μία δεύτερη η οποία πραγματοποιήθηκε σε 32 διαφορετικά μεγάλα τριτοβάθμια νοσοκομεία στις ΗΠΑ. Και οι δύο έδειξαν ότι οι άνδρες ασθενείς, οι ασθενείς ηλικίας άνω των 50 ετών, και με πρωτοβάθμια εκπαίδευση είχαν υψηλότερες βαθμολογίες ικανοποίησης που σχετίζονται με ποικίλους τομείς των υπηρεσιών υγείας υπογραμμίζοντας την επίδραση του φύλου, της ηλικίας και της εκπαίδευσης στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης (Quintana et al. 2006; Otani, Herrmann & Kurz, 2011).

Τέλος, το φύλο και η ηλικία επηρέασαν σημαντικά τα αποτελέσματα ικανοποίησης των ασθενών στη μελέτη των Choi et al. (2005), και παρόμοια το φύλο, η ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το εισόδημα στην έρευνα των Ozturk et al. (2020) και των Al-Abri & Al-Balushi (2014).

Πλεονεκτήματα και Περιορισμοί Μελέτης

Ως πλεονέκτημα της παρούσας ερευνητικής μελέτης μπορεί να θεωρηθεί ο σχεδιασμός της δειγματοληψίας. Επίσης, ως σημαντικό πλεονέκτημα μπορεί να εκληφθεί η διερεύνηση ενός ευρέος φάσματος τόσο διαστάσεων της παρεχόμενης φροντίδας, όσο και δημογραφικών παραγόντων οι οποίοι επηρεάζουν τη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης του πληθυσμού του δείγματος. Τέλος, συγκριτικό πλεονέκτημα, μπορεί να θεωρηθεί η χρήση έγκυρων εργαλείων μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών/συνοδών.

Στους περιοριστικούς παράγοντες μπορεί να συμπεριληφθεί ο σχετικός μικρός αριθμός των συμμετεχόντων. Επιπλέον, περιοριστική δράση μπορεί να επιφέρει η αυτοαναφορά και αυτοαξιολόγηση των συμμετεχόντων κατά τη διαδικασία μέτρησης ψυχοκοινωνικών μεταβλητών. Σε περίπτωση παρουσίας αποκλίσεων, (υπερεκτίμησεις/υποεκτίμησεις) κατά την ανάλυση των αποτελεσμάτων υπάρχει ο κίνδυνος εμφάνισης συστηματικών σφαλμάτων. Επιπροσθέτως, η χρήση εργαλείων με διαφορετική στάθμιση ενδεχομένως να παρήγαγε διαφορετικά αποτελέσματα. Για

τη γενίκευση των παρόντων αποτελεσμάτων στον γενικό πληθυσμό απαιτείται περαιτέρω διερεύνηση και διενέργεια περισσότερων αντίστοιχων ερευνών.

Πρωτοτυπία/Αξία

Η παρούσα ερευνητική εργασία μπορεί να συμβάλει στην πληρέστερη κατανόηση της συμβολής της ποιότητας των υπηρεσιών και των εγκαταστάσεων του νοσοκομείου στη διαμόρφωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών/συνοδών. Με τον τρόπο αυτό, οι διοικούντες των νοσοκομειακών μονάδων θα αποκτήσουν χρήσιμη πληροφόρηση για τη στοχευμένη ενίσχυση της συμπεριφορικής πρόθεσης και της εμπιστοσύνης των ασθενών/συνοδών όσον αφορά τη χρήση των υπηρεσιών τους.

Πρακτικές επιπτώσεις

Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών/συνοδών ως προς τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες μπορεί να αποτελέσει μοχλό ανάπτυξης παρεμβάσεων και στρατηγικών βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας αυξάνοντας κατ' αυτό τον τρόπο το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Τα παρόντα δεδομένα μπορούν να αποτελέσουν μια χρήσιμη πηγή πληροφόρησης για τη διερεύνηση και την αξιολόγηση της υφιστάμενης κατάστασης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7

7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Αντικείμενο της παρούσας ερευνητικής μελέτης αποτέλεσε η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών και/ή των συνοδών τους ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε τριτοβάθμιο δημόσιο νοσοκομείο. Τα τελευταία χρόνια, οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών έχουν αποκτήσει αυξανόμενη προσοχή αποτελώντας ουσιαστικές πηγές πληροφοριών για τον εντοπισμό των αδυναμιών και των παραγόντων που επιδέχονται βελτίωση ως προς την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Απώτερος στόχος είναι η ανάπτυξη αποτελεσματικών παρεμβάσεων και σχεδίων δράσης για τη βελτίωση της ποιότητας στους οργανισμούς υγειονομικής περίθαλψης. Η συνολική ικανοποίηση των ασθενών σε ένα νοσοκομείο, πέραν των ιατρικό-νοσηλευτικών υπηρεσιών σχετίζεται και με την ποιότητα των διοικητικών υπηρεσιών και των εγκαταστάσεων φιλοξενίας των ασθενών.

Στην παρούσα έρευνα, η πλειοψηφία του δείγματος παρουσίασε καλό επίπεδο ικανοποίησης από την παρεχόμενη περίθαλψη. Το επίπεδο της ιατρικής, νοσηλευτικής, διοικητικής υπηρεσίας, αλλά και των υποδομών του νοσοκομείου, κυμάνθηκαν άνω του μετρίου. Επίσης, εκδηλώθηκε θετική στάση ως προς την επίσκεψη εκ νέου στο ίδιο νοσοκομείο και στη σύσταση του σε τρίτους.

Ο βαθμός ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα βρέθηκε πως σχετίζεται με ένα πλήθος παραγόντων που αφορούν τον εκάστοτε ασθενή. Ειδικότερα, το φύλο, η ηλικία, η οικογενειακή κατάσταση, η υπηκοότητα, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα αποτελούν καθοριστικούς παράγοντες διαμόρφωσης της ικανοποίησης των ασθενών.

Η διερεύνηση και μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως προς την παροχή συγκεκριμένων διαστάσεων της υγειονομικής περίθαλψης, χρησιμεύουν στον προσδιορισμό των τομέων που θα μπορούσαν να παρουσιάσουν αισθητή βελτίωση με την εφαρμογή απλών παρεμβάσεων. Επομένως, είναι εξέχουσας σημασίας η διενέργεια ερευνών ικανοποίησης των ασθενών, προκειμένου να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα με στόχο την επίτευξη της βελτίωσης του επιπέδου παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΟΣ ΚΑΤΑΛΟΓΟΣ

Al-Abri R. & Al-Balushi A. (2014). Patient satisfaction survey as a tool towards quality improvement. *Oman medical journal* 29(1):3-7.

Al-Abri R. & Al-Balushi, A. (2014). Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement. *Oman Medical Journal* 29(1):3-7.

Arshad A.S., Shamila H., Rohul J. & Fazli A. (2012). Measuring patient satisfaction: a cross sectional study to improve quality of care at a tertiary care hospital. *Healthline, Journal of Indian Association of Preventive and Social Medicine* 3:59-62.

Atinga R.A., Abekah-Nkrumah G. & Domfeh K.A. (2011). Managing healthcare quality in Ghana: a necessity of patient satisfaction. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24(7):548-563.

Barnett P.B. (2001). Rapport and the hospitalist. *Am J Med* 111:31-35.

Bhattacharya A., Chatterjee S., De A., Majumder S., Chowdhury K.B. & Basu M. (2018). Patient satisfaction at a primary level health-care facility in a district of West Bengal: Are our patients really satisfied? *Med J DY Patil Vidyapeeth* 11:326-31

Cheng S.H., Yang M.C. & Chiang T.L. (2003). Patient satisfaction with and recommendation of a hospital: effects of interpersonal and technical aspects of hospital care. *Int J Qual Health Care* 15(4):345-55.

Choi K., Lee H., Kim C. & Lee S. (2005). The service quality dimensions and patient satisfaction relationships in South Korea: comparisons across gender, age and types of service. *Journal of Services Marketing* 19(3):140-149.

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

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

Dawn A.G., Lee P.P., Hall-Stone T. & Gable W. (2003). Development of a patient satisfaction survey for outpatient care: a brief report. *J Med Pract Manage* 19:166-169.

Donabedian A. (2005). Evaluating the quality of medical care. 1966. *The Milbank quarterly* 83(4):691-729.

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

Elleuch A. (2008). Patient satisfaction in Japan. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 21(7):692-705.

Etier B.E., Orr S.P., Antonetti J., Thomas S.B. & Theiss S.M. (2016). Factors impacting Press Ganey patient satisfaction scores in orthopedic surgery spine clinic. *SpineJ.* 16(11):1285-1289.

Ewles L. & Simnett I. (2003). Προάγοντας την υγεία. 5 η έκδοση. Αθήνα, Π.Χ. Πασχαλίδης.

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

France R., & Johansen S. (1992). Health Care Reforms in Europe. Organization of quality in health care. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, pp.86-88.

González-Valentín A., Padín-López S. & de Ramón-Garrido E. (2005). Patient Satisfaction With Nursing Care in a Regional University Hospital in Southern Spain. *Journal of Nursing Care Quality* 20(1):63-72.

Grogan S., Conner M., Norman P., Willits D. & Porter I. (2000). Validation of a questionnaire measuring patient satisfaction with general practitioner services. *Quality in Health Care* 9:210-215

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

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

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

Hemadeh R., Hammoud R., Kdouh O., Jaber T., Ammar L. (2019). Patient satisfaction with primary healthcare services in Lebanon. *Int J Health Plann Manage* 34(1):423-435.

Jawahar S.K. (2007). A study on outpatient satisfaction at a super specialty hospital in India. *Internet Journal of Medical Update* 2(2):13-17.

Jenkinson C, Coulter A.&BrustersS., Richards N. &ChandolaT. (2002) Patient experiences and satisfaction with health care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care.*Quality and Safety in Health care*11(4):335-339.

Jenkinson C., Coulter A., Bruster S., Richards N. &Chandola T. (2003). Patients' experience and satisfaction with Health Care: Results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Quality Safety Health Care* 11:335-339.

Kavitha R. (2014). Comparative study of patients' satisfaction in health care service. *European Journal of business and management* 4(13):156-160.

Kim S.S., Kaplowitz S. & Johnston M.V. (2004). The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance. *Evaluation & The Health Professions* 27(3):237-251.

Kutney-Lee A., McHugh M.D., Sloane D.M., Cimiotti J.P., Flynn L., Neff D.F. & Aiken L.H. (2009) Nursing: a key to patient satisfaction. *Health Affairs (Project Hope)* 28(4):669-677.

Labiris G. &Niakas D. (2005). Patient Satisfaction Surveys as a Marketing Tool for Greek NHS Hospitals. *Journal of Medical Marketing: Device.Diagnostic and Pharmaceutical Marketing*5:324-330.

Lekidou I., Trivellas P. & Ipsilandis, P. (2007). Patient's satisfaction and quality of care: An empirical study in a Greek central hospital. *Man. Int. Bus. Econ. Syst.* 1(1):46-59.

Marley K.A., Collier D.A. & Goldstein S.M. (2004). The role of clinical and process quality in achieving patient satisfaction in hospitals. *Decision Sciences* 35(3):349-369.

Matis G.K., Birbilis T.A., Chrysou O.I. (2009). Patient satisfaction questionnaire and quality achievement in hospital care: the case of a Greek public university hospital. *Health Serv Manage Res.* 22(4):191-6.

Mehta R., Tsilimigras D.I., Paredes A.Z. et al. (2020). Is Patient Satisfaction Dictated by Quality of Care Among Patients Undergoing Complex Surgical Procedures for a Malignant Indication?. *Ann Surg Oncol* 27:3126–3135.

Mohamed E.Y., Sami W., Alotaibi A., Alfarag A., Almutairi A. & Alanzi F. (2015). Patients' Satisfaction with Primary Health Care Centers' Services, Majmaah, Kingdom of Saudi of Saudi Arabia. *International journal of health sciences* 9(2):163-170.

Mortazavi S., Kazemi M., Shirazi A. & Aziz-Abadi A. (2009). The Relationships between Patient Satisfaction and Loyalty in The Private Hospital Industry. *Iranian Journal of Public Health* 38(3):60-69.

Mortazavi S., Kazemi M., Shirazi A., Aziz-Abadi A. (2009). The Relationships between Patient Satisfaction and Loyalty in The Private Hospital Industry. *Iranian Journal of Public Health* 38(3):60-69.

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

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

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

Mulugeta H., Dilie A., Wagnaw F., Haile D., Tadesse A. & Kibret G.D. (2020). The effect of hourly nursing rounds on patient satisfaction at Debre Markos Referral Hospital, Northwest Ethiopia: A non-randomized controlled clinical trial. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 13:100239.

Nelson C.W. & Niederberger J. (1990). Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hosp Health Serv Adm* 35:409-427.

Nguyen T.P.L., Briançon S., Empereur F. & Guillemin F. (2002). Factors determining inpatient satisfaction with care. *Soc Sci Med.* 54(4):493-504.

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

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

Nunu W.N. & Munyewende P.O. (2017). Patient satisfaction with nurse-delivery primary health care services in Free State and Gauteng provinces, South Africa: A comparative study. *African journal of primary health care & family medicine* 9(1):e1-e8.

OECD (2015), Health at a Glance 2015: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris.

Otani K., Herrmann P.A., Kurz R.S. (2011). Improving patient satisfaction in hospital care settings. *Health Serv Manage Res.* 24(4):163-169.

Ozturk H., Demirsoy N., Sayligil O. & Florczak K.L. (2020). Patients' Perceptions of Nursing Care in a University Hospital. *Nursing Science Quarterly* 33(1):12-18.

Paddison, C.A., Abel, G.A., Roland, M.O., Elliott, M.N., Lyratzopoulos, G. & Campbell, J.L. (2015). Drivers of overall satisfaction with primary care: evidence from the English General Practice Patient Survey. *Health Expectations: an*

International Journal of Public Participation in Health Care and Health Policy 18(5):1081-1092.

Pai Y., Ravi G. & Satyanarayana T. (2011). Factors affecting In-patient Satisfaction in Hospital - A Case Study, *International Conference on Technology and Business Management*, March 28-30.

Papanikolaou V.&Ntani S. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 21(6):558-561.

Pappa E.&Niakas D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public –private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research* 6:146.

Pini A., Sarafis P., Malliarou M., Tsounis A., Igoumenidis M., Bamidis P. &Niakas D. (2014). Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. *Global journal of health science* 6(5):196-203.

Priporas C.V., Laspa C. &Kamenidou I. (2008). Patient Satisfaction Measurement for In-Hospital Services: A Pilot Study in Greece. *Journal of Medical Marketing* 8(4):325-340.

Qadri S., Pathak R., Singh M., Ahluwalia S., Saini S. & Garg P. (2012). An assessment of patients satisfaction with services obtained from a tertiary care hospital in rural Haryana. *Int J Collab Res Intern Med Public Heal.* 4(8):1524-37.

Quintana J.M., González N., Bilbao A. et al. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital health care. *BMC Health Serv Res* 6:102.

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

RafilF., Hajinezhad M.E., Haghani H. (2007). Nurse caring in Iran and its relationship with patient satisfaction. *Australian Journal of Advanced Nursing* 26(2):75-84.

Rahmqvist M. & Bara A.C. (2010). Patient characteristics and quality dimensions related to patient satisfaction. *Int J Qual Health Care* 22(2):86-92.

Rawaf S., Maeseneer J. & Starfield B. (2008). From Alma Ata to Almaty: a new start for primary health care. *The Lancet* 372(9647):1365-1367.

Robinson J.H., Callister L.C., Berry J.A. & Dearing K.A. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(12):600-7.

Schoenfelder T., Klewer J. & Kugler J. (2011). Determinants of patient satisfaction: a study among 39 hospitals in an in-patient setting in Germany. *International Journal for Quality in Health Care* 23(5):503-509.

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

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

Steyl T. (2020). Satisfaction with quality of healthcare at primary healthcare settings: Perspectives of patients with type 2 diabetes mellitus. *The South African journal of physiotherapy* 76(1):1321.

Sweeney J., Brooks A.M., Leahy A. (2003). Development of the Irish National Patient Perception of Quality of Care. *International Journal for Quality Health Care* 15(2):163-168.

Taylor C., Lillis C. & Lemone P. (1997). Θεμελιώδεις αρχές της νοσηλευτικής. Η επιστήμη και η τέχνη της νοσηλευτικής φροντίδας. 3η έκδοση. Αθήνα, Π.Χ. Πασχαλίδης.

Theodosopoulou E., Raftopoulos V., Krajewska-Kulak E., Wroska I., Chatzopulu A., Nikolaos T., Kotrotsiou E., Paralikas T., Konstantinou E., Tsavelas, G. (2007). A study to ascertain the patients' satisfaction of the quality of hospital care in Greece compared with the patients' satisfaction in Poland. *Adv. Med. Sci.* 7(52):136-139.

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

Τσιριντάνη Μ., Γιοβάνης Α., Μπινιώρας Σ. & Γούλα Α. (2010). Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών. *Νοσηλευτική* 49(1):40-52.

Wagner D. & Bear M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: a concept analysis within a nursing framework. *J Adv Nurs*. 65(3):692-701.

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

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

Yalew, Z. M., Zeleke, H., Afenigus, A. D., Yitayew, Y. A., Minuye, B., & Kassahun, S. A. (2020). Patient Experience in Nursing Care and Associated Factors Among Adult Admitted Patients in Debre Markos and Dessie Referral Hospitals, Amhara Region, Ethiopia, 2019. *Journal of Patient Experience*, 1391-1397.

Zeynep Or. (2002). "Improving the Performance of Health Care Systems: From Measures to Action (A Review of Experiences in Four OECD Countries)," OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers 57, OECD Publishing.

Αδαμακίδου Θ. (2008). Το οργανωτικό πλαίσιο της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα. *Νοσηλευτική* 47(3):32-333.

Αλεξιάδης Α.Δ. & Σιγάλας Ι. (1999). Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο, Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις. Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας-Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προοπτικές. Τόμος Δ' (σελ.15-81). Πάτρα: ΕΑΠ

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

Αντεριώτη Π. & Αντωνίου Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική νοσηλευτική* 1(1):62-68.

Βραχάτης Δ.& Παπαδόπουλος Α. (2012). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα: Δεδομένα και Προοπτικές. *Νοσηλευτική*51 (1):10-17.

Γιανασμίδης Α.& Τσιαούση Μ. (2012). Διαχρονική μελέτη του θεσμικού πλαισίου της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Ελλάδα (1980–2008) και η εμπειρία του βρετανικού και του σουηδικού μοντέλου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 29(1):106-115.

Γούλα Α., Σαρρής Μ., Πιερράκος Γ., Σπυρόπουλος Ν., Βουρλιώτου Κ.&Νικολαδός Ι. (2017). Η προστιθέμενη αξία των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 34(1):49-57.

Δημολιάτης Γ., Κυριόπουλος Γ., Λάγγας Δ.&Φιλαλήτης Τ. (ΕπιστημονικήΕπιμέλεια). (2002). Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα. Αθήνα, Θεμέλιο, Κοινωνία και Υγεία.

Ελληνας Δ. (2004). Προγραμματισμός και Οργάνωση στα Δημόσια και Ιδιωτικά Νοσοκομεία. Ομοιότητες και Διαφορές. *Επιθεώρηση της Υγείας*87:17-21.

Θεοδώρου Μ. (1992). Ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*3(1):41-47.

Θεοδώρου Μ., Σαρρής Μ. &Σούλης Σ. (2001). Συστήματα Υγείας, Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Καδδά Ο., Μαναβάκη Α., Τζαβάρας Α., Μαζγάλα Κ., Πάλιος Θ. &Κόντας Ν. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού* 9(1):61-75.

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

Καραγιάννη Μ., Σηφάκη-Πιστόλλα Δ., ΧατζέαΒ.Ε., Τριγώνη Μ.& Κούτης, Α. (2017). Διασύνδεση δομών πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στην Ελλάδα. Μελέτη υφιστάμενης κατάστασης. *ΑρχείαΕλληνικήςΙατρικής* 34(3):343-362.

Καραγιάννη Π., Σκορδούλη Α. & Ταμπακάκη Μ. (2014). Διερεύνηση της σχέσης ποιότητας υγείας και περιβάλλοντος στον ενήλικο πληθυσμό της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

Κοτσαγιώργη Ι. & Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το βήμα του Ασκληπιού* 9(4):398-408.

Κυριόπουλος Γ., Γκρέγκορ Σ. & Οικονόμου Χ. (επιστημονική επιμέλεια), (2003). Υγεία και Υπηρεσίες Υγείας στον Ελληνικό Πληθυσμό. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

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

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

Λαζάρου Ν. (2001). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. *Επιθεώρηση Υγείας* 12:23-24.

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

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

Μπαλάσκα Δ. & Μπιτσώρη Ζ. (2015). Ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική* 4(3):106-120.

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

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

Νιάκας Δ. (1993).Management στις υπηρεσίες υγείας και η εξασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. *Κοινωνία, ΟικονομίακαιΥγεία* 2:3-12

Νόμος 1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας». ΦΕΚ 143/ τεύχος Α'/1983

Νόμος 1397/1983, «Εθνικό Σύστημα Υγείας». ΦΕΚ 143/ τεύχος Α'/1983.

Νόμος 4238/2014 «Πρωτοβάθμιο Εθνικό Δίκτυο Υγείας (Π.Ε.Δ.Υ), αλλαγή σκοπού Ε.Ο.Π.Υ.Υ και λοιπές διατάξεις». Φ.Ε.Κ 38/Τεύχος Α'/17.2.2014.

ΟικονομοπούλουΧ.Β., Αναγνώστου-Κακαρά Ε. &Λιαρόπουλος Λ. (1999). Ορίζοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Θεωρητικές προσεγγίσεις και λειτουργικοί ορισμοί. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*44(1): 61-69.

Οικονομοπούλου Χ. (2005).Η ποιότητα των υπηρεσιών στο σύστημα υγείας. Τμητικός Τόμος Μαρίας Δελιβάνη- Νεγρεπόντη, Τμήμα Οικονομικών και Κοινωνικών Επιστημών, *Πανεπιστήμιο Μακεδονίας* (4):605-625.

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

Πολυκανδριώτη Μ. &Κουτελέκος Ι. (2013).Ανάγκες ασθενών. *ΠεριεχειρητικήΝοσηλευτική* 2(2):73-82.

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

Ρίκος Ν. (2015). Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. *ΤοΒήματουΑσκληπιού* 14(4):247-252.

Σούλης Σ. (1999). Οικονομική της Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ. (2006). Πολιτική και Οικονομία της Υγείας. Αθήνα, Εκδόσεις Παπαζήση.

Σουλιώτης Κ., (2014). Η ενδυνάμωση και η διεύρυνση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ως τεκμηριωμένη επιλογή δημόσιας υγείας σε συνθήκες

περιορισμένων πόρων. Η περίπτωση της εξάρτησης από οπιοειδή. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 31(1):7-12.

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

Σωτηριάδου Κ., Μαλλιάρου Μ. & Σαράφης, Π. (2011). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας στην Ελλάδα – κατάσταση και προοπτικές. *Διεπιστημονική Φροντίδα Υγείας* 3(4):140-148.

Τούντας Γ. (2001). Κοινωνία και Υγεία. Επίτομος, 2η Έκδοση, Αθήνα, Εκδόσεις Οδυσσέας.

Τούντας Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 20(5):532-546.

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

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

Υφαντόπουλος Γ. (2003). Τα Οικονομικά της Υγείας-Θεωρία και Πολιτική, Αθήνα, Εκδόσεις Τυποθήτω.

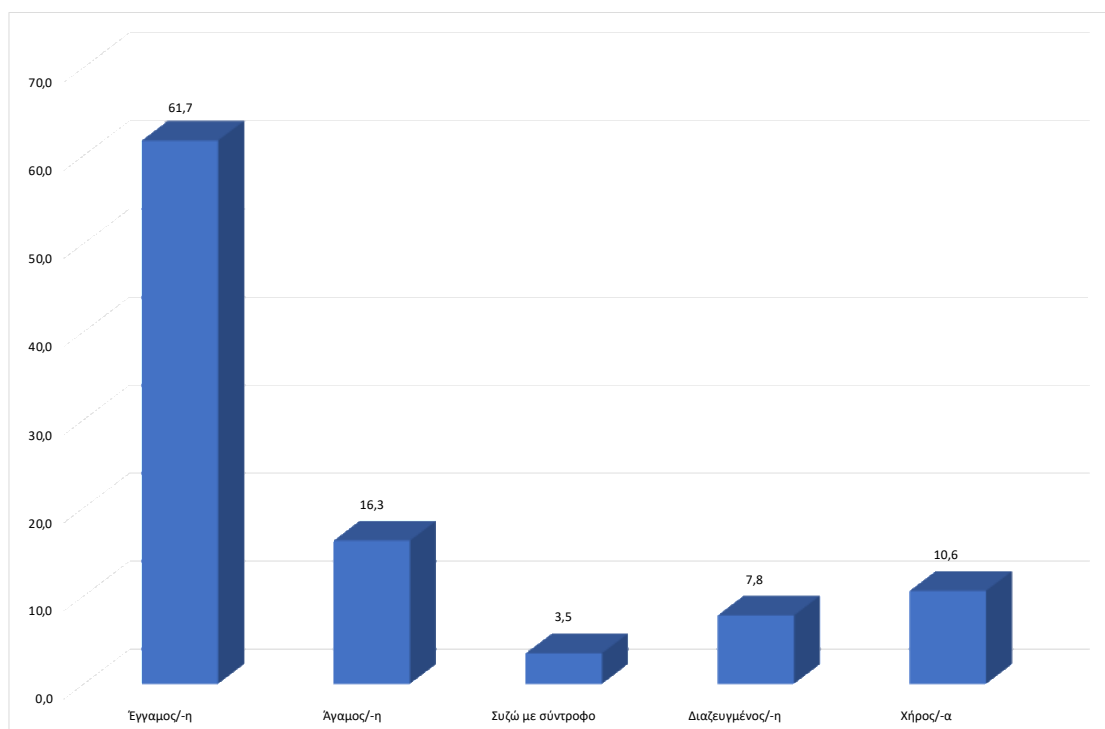
Φρεγγίδου Ε., Γαλάνης Π., Ζαφειροπούλου Μ., Διακουμής Γ., Παπαδόπουλος Ρ., Παπαγιάννη Α. & Θεοδώρου Μ. (2017). Ικανοποίηση των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες της μονάδας υγείας του Πρωτοβάθμιου Εθνικού Δικτύου Υγείας (ΠΕΔΥ) Κιλκίς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής* 34(2):236-243.

Φωτεινογιαννοπούλου Σ. (2013). Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στα εξωτερικά ιατρεία του γενικού νοσοκομείου Αθηνών «Γ. Γεννηματάς» διερεύνηση ικανοποίησης ασθενών. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

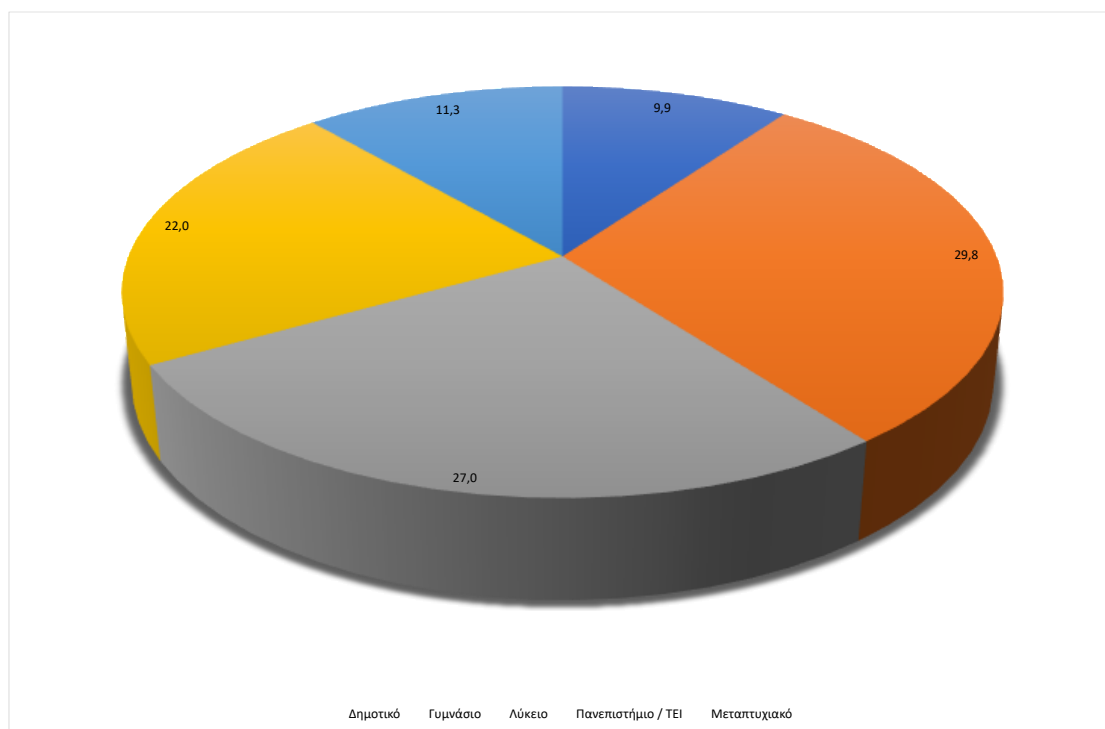
Χάρλα Κ. (2014). Διερεύνηση και αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα: Αποτελέσματα

έρευνας σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Μεταπτυχιακή εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά-
Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης, ΜΠΣ Διοίκηση της Υγείας.

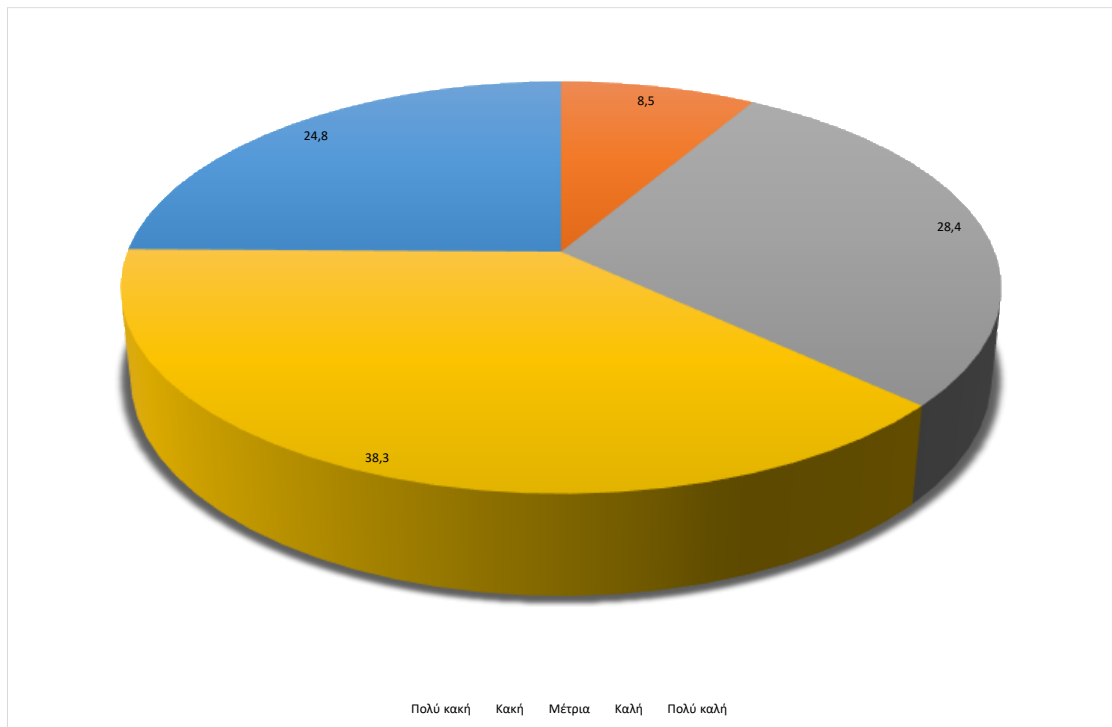
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ



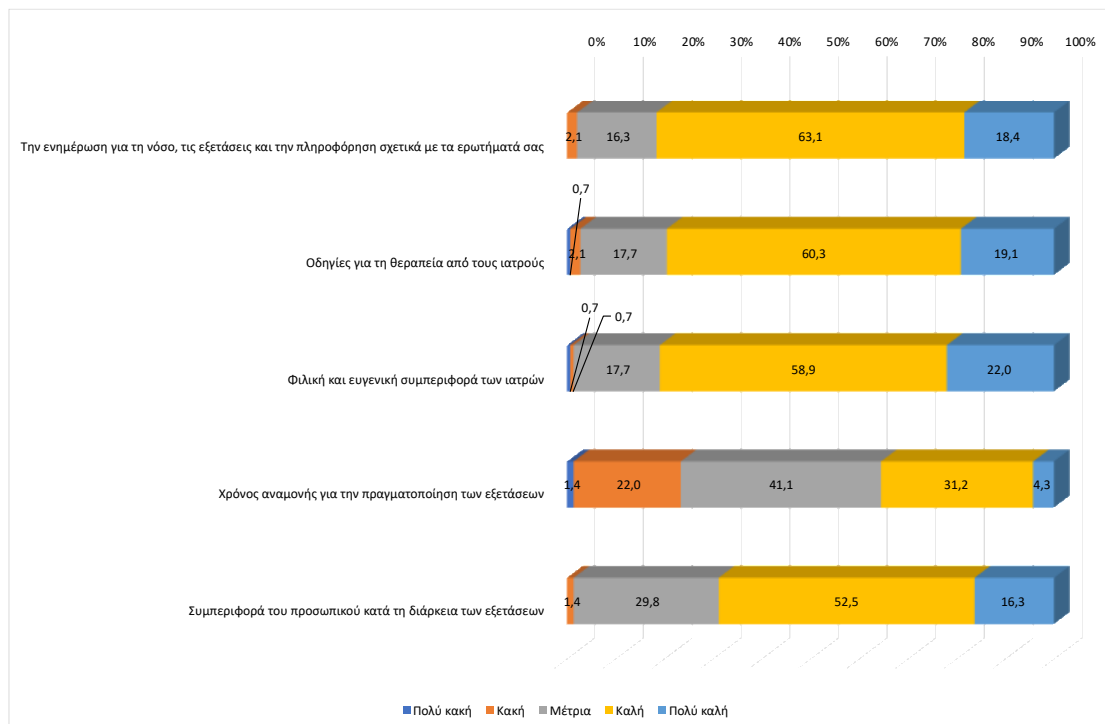
Διάγραμμα 1 Οικογενειακή κατάσταση ερωτώμενων



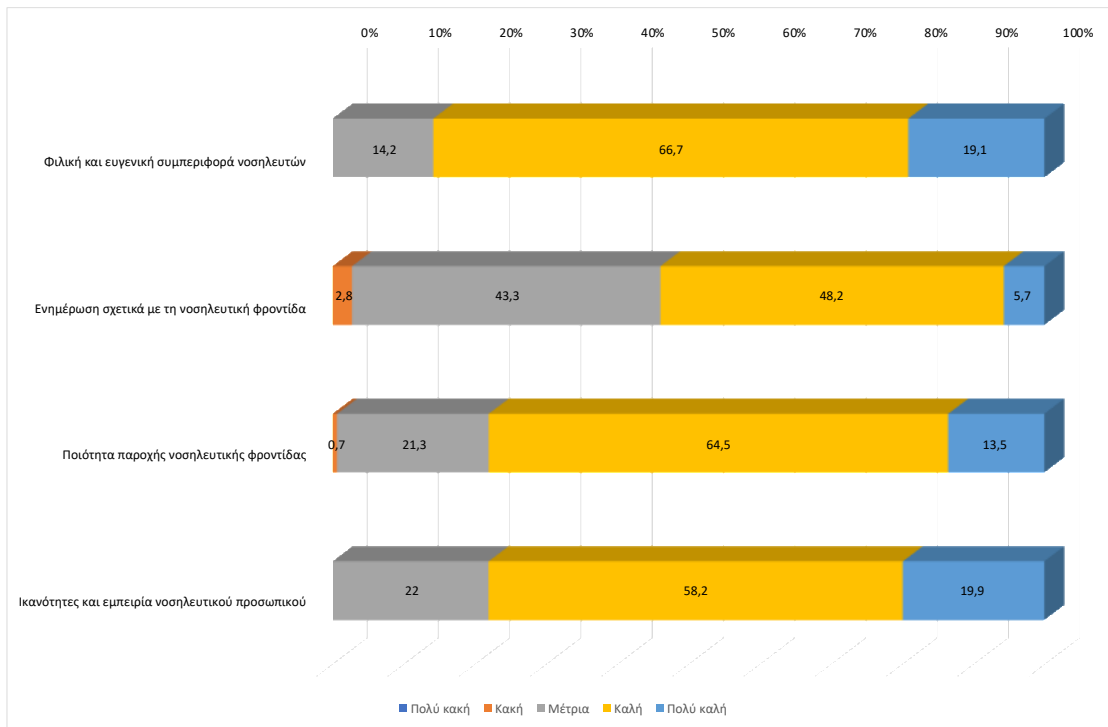
Διάγραμμα 2 Εκπαίδευση ερωτώμενων



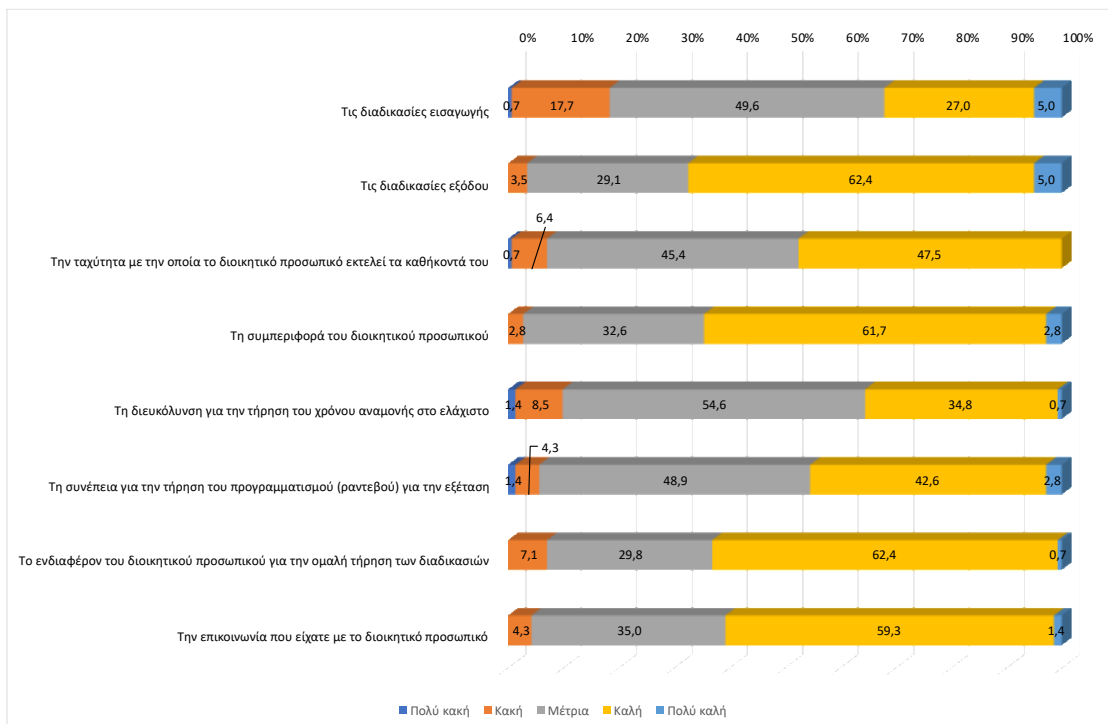
Διάγραμμα 3 Κατάσταση υγείας ερωτώμενων



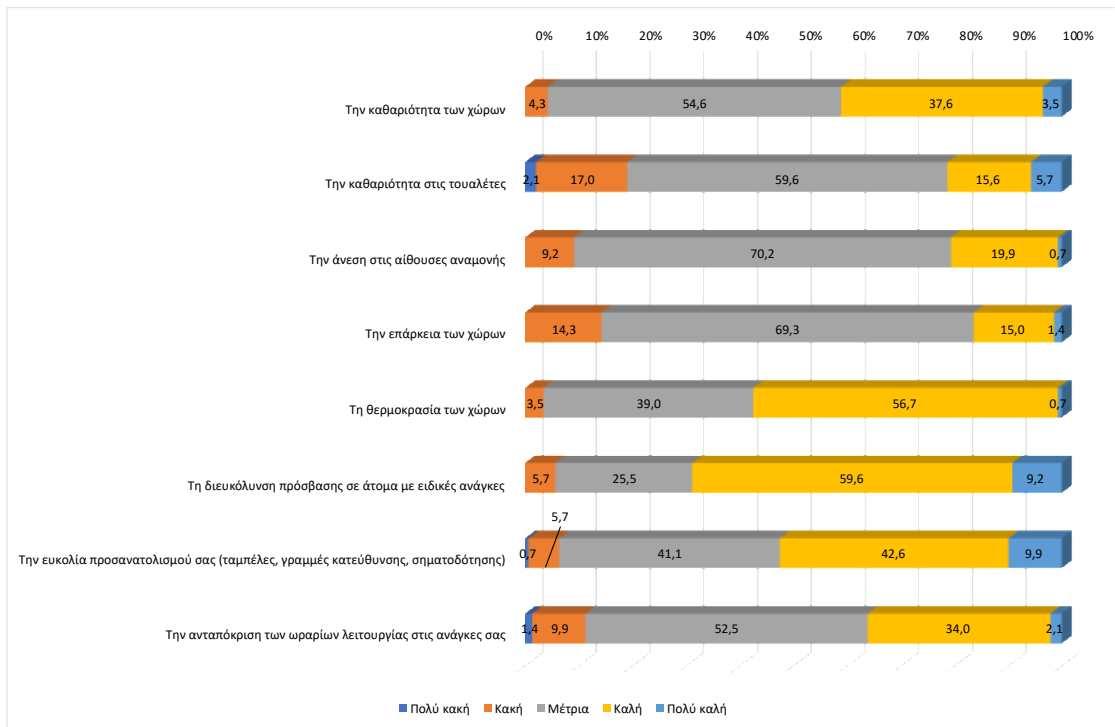
Διάγραμμα 4 Δείκτης Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας



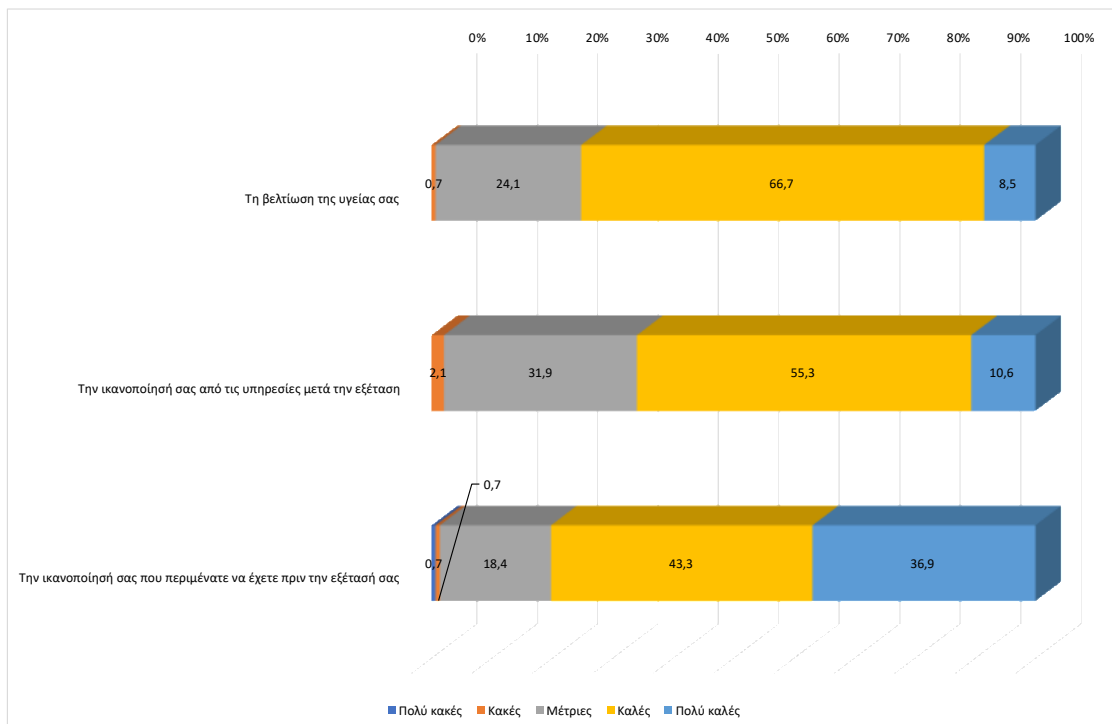
Διάγραμμα 5 Δείκτης Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας



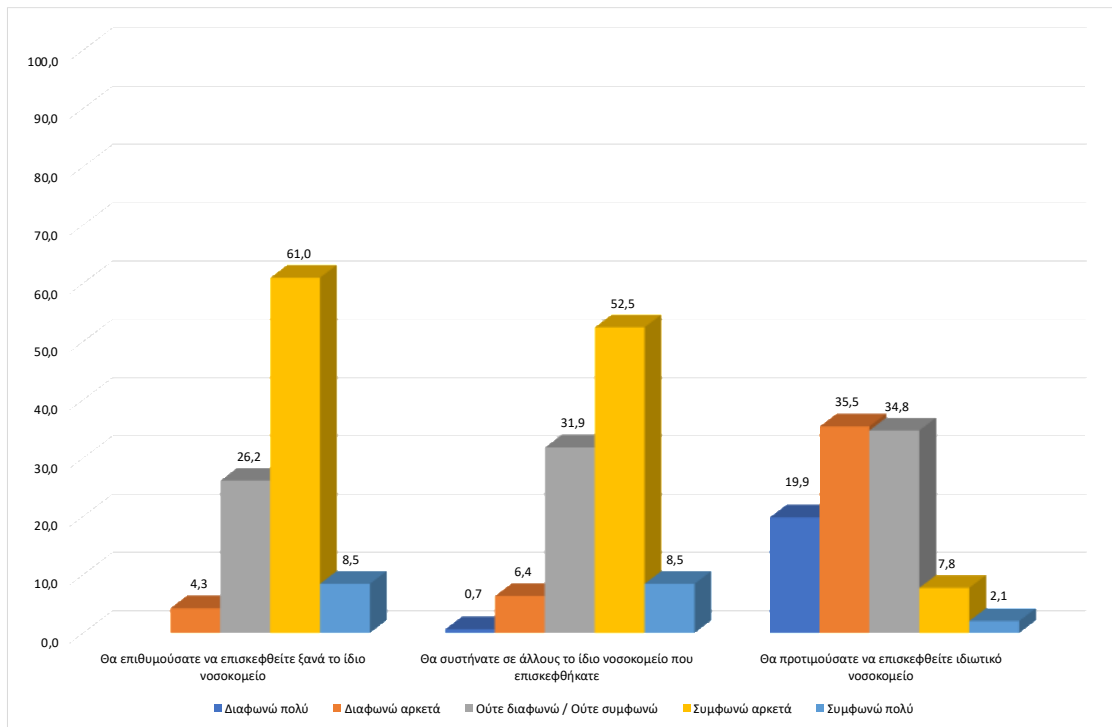
Διάγραμμα 6 Δείκτης Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών



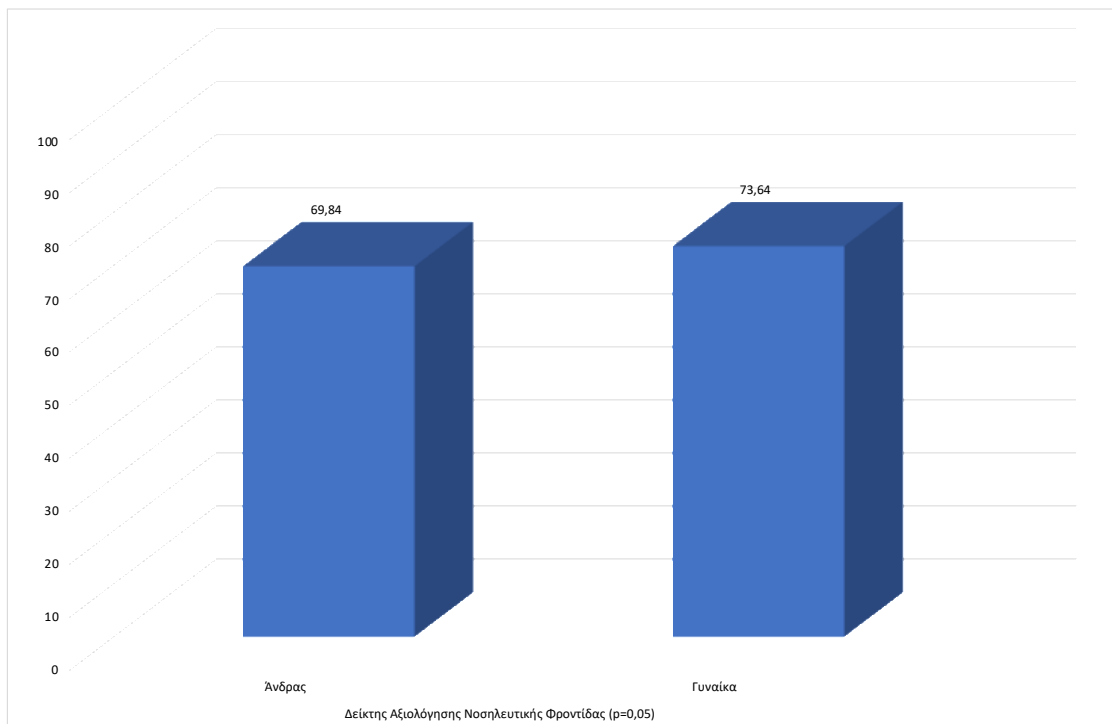
Διάγραμμα 7 Δείκτης Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων



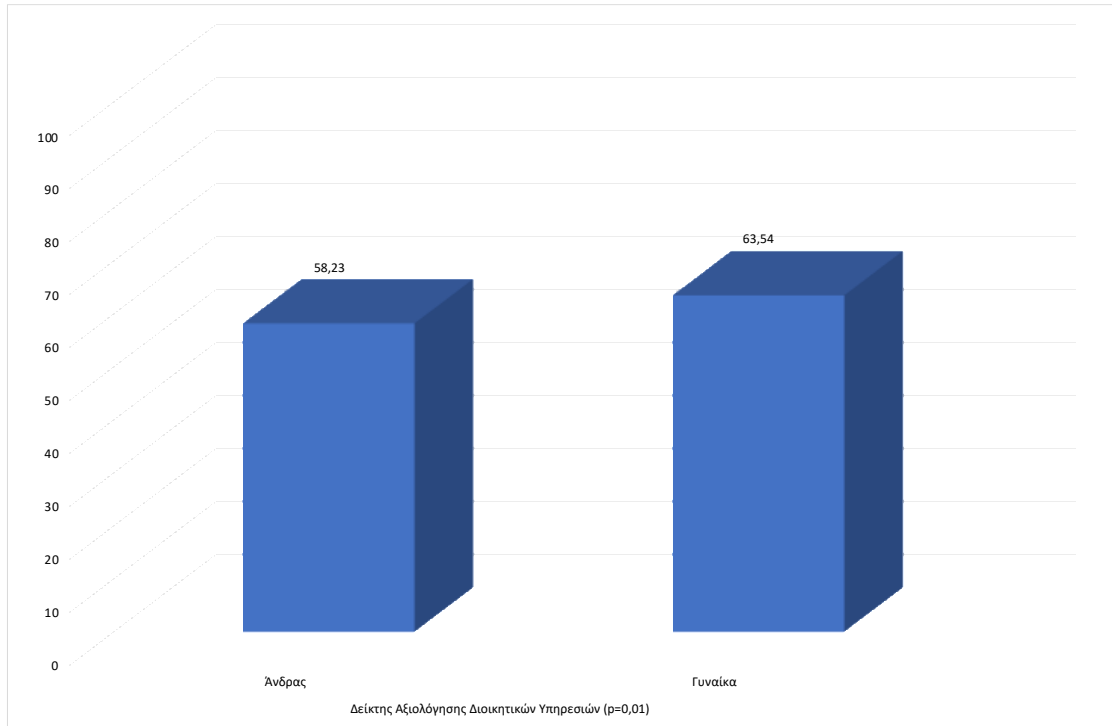
Διάγραμμα 8 Δείκτης Αξιολόγησης Υπηρεσιών



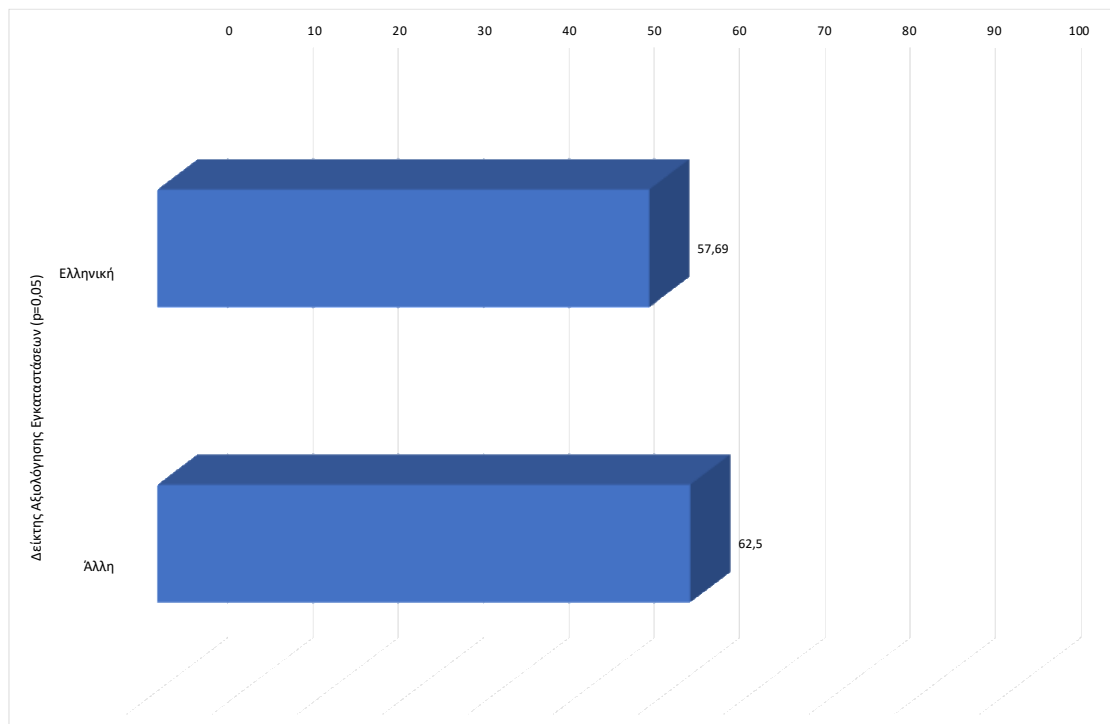
Διάγραμμα 9 Μελλοντική χρήση Νοσοκομείου



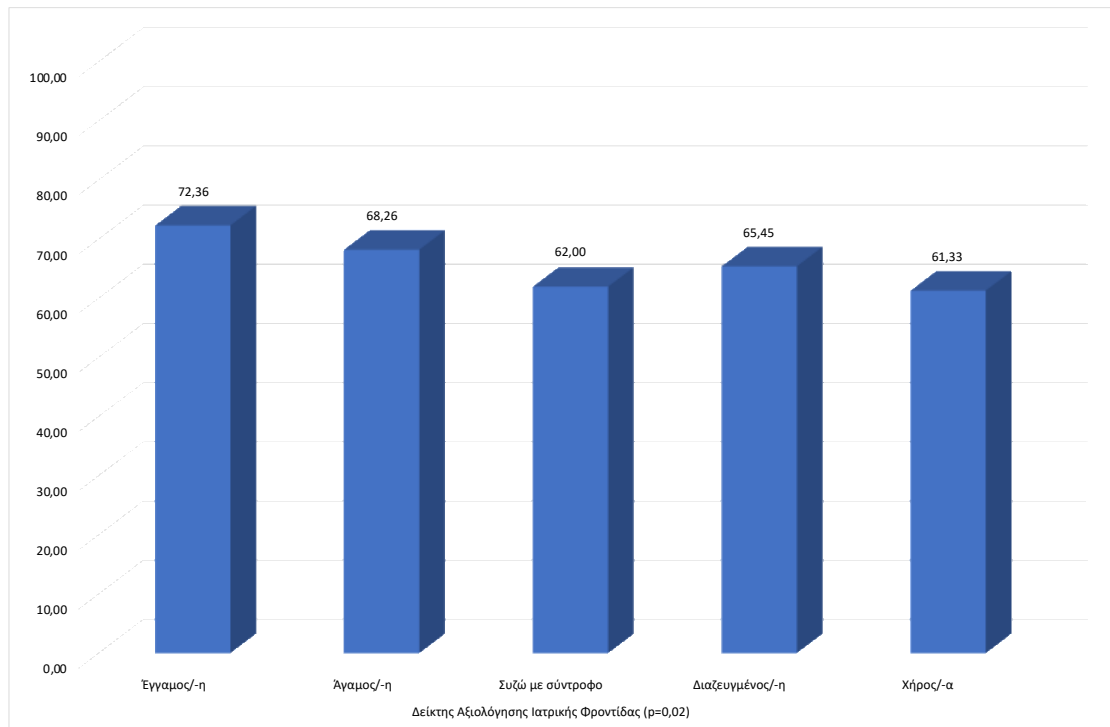
Διάγραμμα 10 Σύγκριση φύλου με το Δείκτη Αξιολόγησης Νοσηλευτικής Φροντίδας



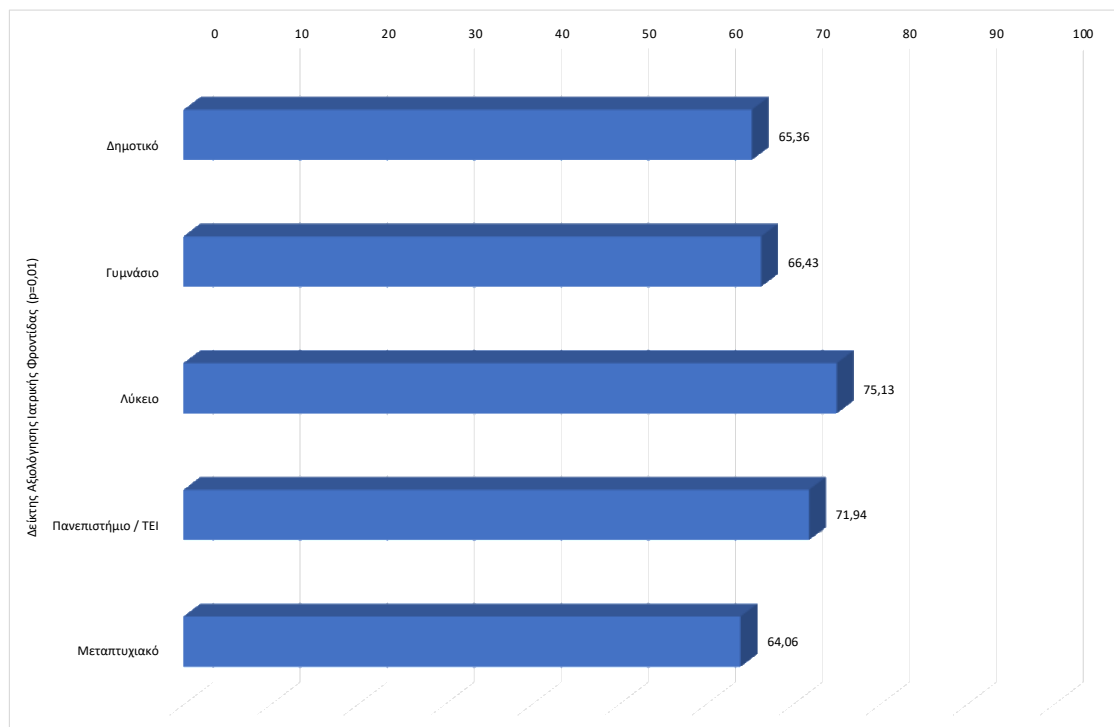
Διάγραμμα 11 Σύγκριση φύλου με το Δείκτη Αξιολόγησης Διοικητικών Υπηρεσιών



Διάγραμμα 12 Σύγκριση φύλου με το Δείκτη Αξιολόγησης Εγκαταστάσεων



Διάγραμμα 13 Σύγκριση οικογενειακής κατάστασης με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας



Διάγραμμα 14 Σύγκριση εκπαίδευσης με το Δείκτη Αξιολόγησης Ιατρικής Φροντίδας