



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΚΑΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ (ΗΡΑΚΛΕΙΟ)

ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ (ΣΕΥΠ)

**<<Η ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΑ
ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΑ ΚΑΙ ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ
ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΤΑ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΚΡΗΤΗΣ>>**

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ:

ΣΟΥΛΤΑΝΑ ΚΟΥΚΟΥΣΕΛΑ

ΧΡΥΣΟΥΛΑ ΜΥΛΩΝΑΚΗ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΕΣ ΚΑΘΗΓΗΤΕΣ:

Κος. ΑΝΑΣΤΑΣΙΟΣ ΜΕΡΚΟΥΡΗΣ

Κα. ΑΡΕΤΗ ΣΤΑΥΡΟΠΟΥΛΟΥ

ΟΚΤΩΒΡΙΟΣ 2008

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

ΜΗΝΥΜΑ ΑΙΣΙΟΔΟΞΙΑΣ

Θωρώ το ρύπο της ψευτιάς, κι από ντροπή δακρύζω,
Που πνίγει κάθε ιδανικό στους δρόμους της ζωής,
Μα της ψυχής μου η φωνή μού λέει: εγώ αντρικρύζω
Φως που ιριδίζει. Μη λυγάς κι όρθιος να σταθείς.

ΔΗΜΗΤΡΗΣ Κ. ΤΥΡΑΪΔΗΣ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ	5
1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	9
1.1. Εισαγωγή	10
1.1.1. Παράγοντες που συντέλεσαν στην αξιολόγηση της ικανοποίησης.....	10
των ασθενών	
1.1.2. Η διαφορά προϊόντος και Υπηρεσίας	14
1.1.3. Η μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στο παρελθόν	15
1.1.4. Τα βασικά δικαιώματα του ασθενούς	17
1.1.5. Χρησιμότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών	18
1.1.6. Νοσηλευτική και μέτρηση ικανοποίησης ασθενών.....	21
1.1.7. Το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης και η αναγκαιότητα βελτίωσή του	24
1.2. Θεωρητική εξέλιξη και ορισμός ικανοποίησης ασθενών	28
1.2.1. Θεωρητική εξέλιξη	28
1.2.2. Ορισμός ικανοποίησης ασθενών	31
1.2.2.A. Εννοιολογικός ορισμός.....	31
1.2.2.B. Λειτουργικός ορισμός.....	33
1.3. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών	37
1.3.1. Ιστορική αναδρομή.....	37
1.3.2. Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	38
1.3.3. Ορισμός Υπηρεσιών Υγείας.....	48

1.3.4. Ποιότητα υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση ασθενών	50
1.3.5. Μέτρηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας στη Νοσηλευτική.....	53
1.4. Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες	55
1.4.1. Ευρωπαϊκή πολιτική και υγεία	56
1.4.2. Σημαντικά ευρήματα	57
1.5. Βιβλιογραφική ανασκόπηση νοσηλευτικών ερευνών.....	63
1.5.1. Μέθοδος.....	63
1.5.2. Βιβλιογραφικά δεδομένα.....	64
2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	79
2.1. Περίληψη.....	80
2.2. Σκοπός της έρευνας.....	80
2.3. Υλικό-Μέθοδος-Δείγμα της έρευνας.....	81
2.4. Γενικά Γεωγραφικά στοιχεία Δυτικής και Ανατολικής Κρήτης (Χανιά, Ρέθυμνο, Ηράκλειο, Άγιος Νικόλαος, Ιεράπετρα, Σητεία).....	82
2.5. Αποτελέσματα	85
2.5.1. Περιγραφικά αποτελέσματα	85
2.6. Συζήτηση	116
2.7. Συμπεράσματα.....	123
2.8. Περιορισμοί της έρευνας.....	123
2.9. Προτάσεις-Προοπτικές.....	124
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ–ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ	127
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α΄	146

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Σε όλες τις δημοκρατικές κοινωνίες εκείνοι που επηρεάζονται από αποφάσεις που τους αφορούν, πρέπει να έχουν άποψη για τις αποφάσεις αυτές, διαπίστωση που βασίζεται στην έννοια της δημοκρατίας, που γεννήθηκε στη χώρα μας. Αυτή η αρχή της συμμετοχής στα κοινά είναι ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας [World Health Organization (WHO)], του προγράμματος « Υγεία για όλους», καθώς και της Νοσοκομειακής Φροντίδας. Ο WHO προσδιορίζει την «υγεία» ως μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Το να είναι ο ασθενής δυσαρεστημένος, να αισθάνεται ότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες του δε λαμβάνονται υπόψη, δεν είναι σίγουρα χαρακτηριστικό της τέλειας πνευματικής ευημερίας, απεναντίας, είναι δείγμα φτωχής ποιότητας Νοσοκομειακής Φροντίδας.

Κατά την διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών, παγκοσμίως, οι προσπάθειες όλων των Οργανισμών, για βελτίωση της ποιότητας των παραγομένων αγαθών και υπηρεσιών, επωφελήθηκαν σημαντικά από τις εκτιμήσεις των καταναλωτών για τα αγαθά και τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Σε μια εποχή που η γνώμη του καταναλωτή, για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών, αναζητάται και δημοσιοποιείται διαρκώς, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των προϊόντων αυτών, είναι ίσως πρωτοφανές το γεγονός ότι η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή, του ασθενή του Νοσοκομείου, δε ζητήθηκε μέχρι σήμερα με το ίδιο ενδιαφέρον και την ίδια συχνότητα.

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορούμε να την δούμε ως ένα μέτρο, το οποίο δείχνει κατά πόσο αυτοί που παρέχουν Υπηρεσίες Υγείας πέτυχαν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και στις προσδοκίες του. Η ικανοποίηση του ασθενή έχει προσδιοριστεί ως μία μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της Φροντίδας, καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που την παρέχουν. Επίσης, μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, αποκτώντας έτσι σπουδαία σημασία στο σχεδιασμό και τη χάραξη μιας Πολιτικής Υγείας.

Έρευνες μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών έχουν διεξαχθεί σε πολλές χώρες της Ευρώπης και της Αμερικής, και έχουν αποδειχθεί ότι προσφέρουν έγκυρες και αξιόπιστες πληροφορίες, όσον αφορά την ποιότητα των παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας. Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας (Peters 1993). Στο

παρελθόν, οι αξιολογήσεις της ποιότητας βασίζονταν αποκλειστικά στην άποψη του προσωπικού (Office of Technology Assessment, OTA 1988). Σήμερα, όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Strassen 1988, Carey & Seibert 1993).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1987), οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως θεραπευτική παρέμβαση (Abdellah & Levine 1957a, Bond & Thomas 1992, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983), ενώ άλλοι προτείνουν ότι η μέτρησή της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη διοίκηση προσωπικού (Dull et al 1994, Megivern et al 1992), στη λήψη αποφάσεων και στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών (Abramowitz et al 1987) και τέλος, στην προώθηση των συνθηκών της αγοράς (Leebon 1988). Η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού (McDonnell & Nash 1990) και βρίσκεται συνεχώς στο πλάι των ασθενών προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους (Taylor 1970), αποτελώντας αναμφισβήτητα μια κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους (Κατοστάρας 1994). Από την βιβλιογραφία φαίνεται, ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για την σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες (Abramowitz et al 1987, Carey & Posavac 1981, Fleming 1981, Oberst 1984).

Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας άρχισαν το 1956, στην Αμερική, από το χώρο της νοσηλευτικής (Abdellah & Levine 1957a,b,c,d,e, 1964). Σήμερα, σε προηγμένες χώρες, όπως η Αμερική και η Μ. Βρετανία, η μέτρησή της είναι κατοχυρωμένη νομικά και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας των νοσοκομείων (Bond & Thomas 1992, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO 1991).

Η παρούσα εργασία έχει ως βασικό σκοπό να περιγράψει την ικανοποίηση των ασθενών στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των νοσοκομείων της Κρήτης (Ηράκλειο, Χανιά, Ρέθυμνο, Άγιο Νικόλαο, Ιεράπετρα, Σητεία) από τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Αρχικά, παρουσιάζονται οι παράγοντες που αύξησαν το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών και στη συνέχεια, γίνεται μια σύντομη αναφορά στη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στο προϊόν και την υπηρεσία, στα δικαιώματα του ασθενούς και στην χρησιμότητα μέτρησης, στην σχέση της μέτρησης με την Νοσηλευτική και στην κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα. Ακολούθως, δίνεται ένας ορισμός στην έννοια <<ικανοποίηση>>, τονίζονται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας και η μεταξύ τους σχέση. Επίσης, γίνεται μία ιστορική αναδρομή για την ποιότητα και δίνεται βάση στην μέτρηση αυτής, αφού έχει δοθεί ο ορισμός των <<Υπηρεσιών Υγείας>>.

Ακολουθεί σύντομη περιγραφή της Ευρωπαϊκής πολιτικής σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και επιχειρείται μια σύντομη και, όσο το δυνατόν περιεκτικότερη, περιγραφή των βασικότερων χαρακτηριστικών που διέπουν το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης.

Σημαντικό τμήμα της παρούσας εργασίας καταλαμβάνει η βιβλιογραφική ανασκόπηση, όπου παραθέτουμε βασικά σημεία από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν για τη διαπίστωση του επιπέδου ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, κάνουμε μια προσπάθεια συγκέντρωσης ορισμένων και, όσο το δυνατόν, συγκεκριμένων προτάσεων, με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, αφού έχει προηγηθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της έρευνας. Οι προτάσεις αυτές, αναφέρονται κατά κύριο λόγο στην ελληνική πραγματικότητα, δεν αποκλείεται, όμως, η υιοθέτησή τους και από οποιοδήποτε άλλο σύστημα υγείας, το οποίο έχει σαν στόχο την υψηλή ποιότητα των παρεχομένων, προς τους πολίτες, υπηρεσιών, αν και εφόσον, όλες ή μέρος αυτών δεν έχει ήδη υιοθετηθεί.

Προσδοκία των ερευνητών ήταν τα χρήσιμα αποτελέσματα της πτυχιακής αυτής ερευνητικής εργασίας να συνεισφέρουν στη γνώση, η οποία θα συμβάλλει στη βελτίωση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών και να δώσουν κατευθυντήριες γραμμές για τη θέσπιση προτεραιοτήτων βελτίωσης των υπηρεσιών γενικότερα, λαμβάνοντας υπόψη τις γνώμες ανθρώπων που γνωρίζουν το χώρο. Άλλωστε, οι νοσηλευτές ερευνητές συνήθως δεν ενδιαφέρονται να ακολουθούν τη γνώση απλά για την ίδια τη γνώση. Σε μια εφαρμοσμένη επιστήμη, όπως η Νοσηλευτική, οι ερευνητές γενικά επιθυμούν τα ευρήματά τους να ενσωματώνονται μέσα στα νοσηλευτικά πρωτόκολλα και μέσα σε διαγνωστικές αποφάσεις. Στην πραγματικότητα, μπορεί να υποστηριχθεί ότι η τελική αξία

μιας νοσηλευτικής ερευνητικής μελέτης φαίνεται από την έκταση στην οποία τα ευρήματα, μακροπρόθεσμα, χρησιμοποιούνται για να βελτιώσουν τις παρεχόμενες νοσηλευτικές υπηρεσίες. Η βελτίωση του επιπέδου των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα είναι μονόδρομος. Η φιλοσοφία της ΔΟΠ και η εφαρμογή των αρχών της, αποτελούν μια ελπιδοφόρα προσέγγιση για την αναβάθμιση του υγειονομικού συστήματος της χώρας μας, μια πυξίδα για το ταξίδι της βελτίωσης της ποιότητας στο χώρο της υγείας.

Επίσης, τα στοιχεία που θα προκύψουν μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την περαιτέρω εξέλιξη της συγκεκριμένης κλίμακας μέτρησης ή να συνεισφέρουν σε άλλες ερευνητικές προσπάθειες προς την ίδια κατεύθυνση. Η παρούσα πτυχιακή εργασία διενεργήθηκε στο Περιφερειακό Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ηρακλείου (ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ), στο Βενιζέλειο Νοσοκομείο Ηρακλείου, στο Γενικό Κρατικό Νοσοκομείο Χανίων « Άγιος Γεώργιος», Ρεθύμνης, Σητείας και Ιεράπετρας. Θα θέλαμε αρχικά να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας στις Διευθύντριες της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας για την παροχή δυνατότητας και διευκόλυνσης στην εκτέλεση της μελέτης.

Επίσης, ευχαριστούμε τους διευθυντές των Νοσοκομείων της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας, καθώς και όλο το νοσηλευτικό προσωπικό των κλινικών που συνέβαλλε στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Υποχρέωσή μας θεωρούμε να εκφράσουμε θερμές ευχαριστίες στον αρχικό επιβλέποντα της πτυχιακής μας εργασίας καθηγητή Αναστάσιο Μερκούρη, ο οποίος μας τροφοδότησε το συγκεκριμένο θέμα και πολύτιμες συμβουλές για την διεξαγωγή της έρευνας και ιδιαιτέρως, στην παρούσα επιβλέπουσα καθηγήτρια Αρετή Σταυροπούλου για τις μεθοδολογικές υποδείξεις της και την καθοδήγηση της σχετικά με το σχεδιασμό της εργασίας. Τέλος, δεν θα μπορούσαμε να μην ευχαριστήσουμε το Τεχνολογικό Επαγγελματικό Ίδρυμα Ηρακλείου, τμήμα Νοσηλευτικής (ΣΕΥΠ) για την έγκριση του θέματος της πτυχιακής εργασίας μας.

1. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

1.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

1.1.1. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΣΥΝΤΕΛΕΣΑΝ ΣΤΗΝ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) , η ικανοποίηση των ασθενών έχει μια τελείως ξεχωριστή διάσταση, θεωρώντας ότι η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς, που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας της φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με άλλους ερευνητές, η ικανοποίηση δεν είναι απλώς μέτρο αποτελέσματος της ποιότητας, αλλά σκοπός της φροντίδας υγείας που επηρεάζει άλλους σκοπούς και αποτελέσματα.

Πρωτίστως, ένας παράγων που παίζει ρόλο στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών είναι ότι τα τελευταία χρόνια, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών Υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολούν όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Επομένως, είναι φανερή η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται μια πρωτοφανής αύξηση της απασχόλησης αποκλειστικών για την παροχή νοσηλευτικής φροντίδας στους ασθενείς, το κόστος των οποίων καλύπτεται είτε σε ατομική βάση ή σε συλλογική από τα ασφαλιστικά ταμεία. Αξίζει να αναφερθεί ότι το θέμα αυτό αν και κρίσιμο για το έργο, το ρόλο και την οντότητα του νοσηλευτικού επαγγέλματος και του υγειονομικού μας συστήματος, γενικότερα, δεν έχει λάβει την απαραίτητη προσοχή.

Κατά δεύτερον, στο παρελθόν οι επαγγελματίες Υγείας ήταν οι μόνοι αρμόδιοι για την αξιολόγηση της ποιότητας, εφόσον αποτελούσαν την πλειοψηφία του προσωπικού, ενώ, σήμερα, οι χρήστες υπηρεσιών Υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, είναι καλύτερα πληροφορημένοι και πιο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Οι ασθενείς επιζητούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων, να γνωρίζουν τι συμβαίνει στην περίπτωση τους και να κατανοούν τη διάγνωση (Miller-Bader 1988). Η ποιότητα της φροντίδας στο νοσοκομείο δε μπορεί να

ιδωθεί μέσα από ορισμούς της ποιότητας που καθορίζονται μόνο από τους λειτουργούς υγείας (Strasen 1988). Είναι αναγκαία η συνεχής μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (Meterko et al 1990).

Έπειτα, η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει αλλάξει δραματικά, με αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Σήμερα, οι ασθενείς δέχονται πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες και εξακολουθούν να αισθάνονται ότι δεν εφαρμόζεται η κατάλληλη θεραπεία στο πρόβλημά τους και ταυτόχρονα δημιουργούνται ερωτήματα που πρέπει να απαντήσει ο ασθενής και δεν υπάρχουν στον ιατρικό-νοσηλευτικό φάκελο.

Ένας επιπλέον λόγος που πρέπει να αξιολογείται η ικανοποίηση των ασθενών είναι για την ποιοτική βελτίωση της φροντίδας Υγείας και τη θεραπευτική παρέμβαση που συνεισφέρει στην αυτοθεραπεία, στη διοίκηση του προσωπικού και στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας, ύστερα από μελέτη των συνθηκών της αγοράς. Υπάρχει μία αντίθετη άποψη του Vuori, που υποστηρίζει ότι α) οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας Υγείας, β) οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που να μην τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, γ) η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, δ) οι επαγγελματίες Υγείας και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους, ε) η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα και ζ) εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας τους. Είναι φανερό ότι οι ασθενείς δυσκολεύονται να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνεται η εγκυρότητα των μετρήσεων. Η τάση για κοινωνική συμμόρφωση και η εξάρτηση από το προσωπικό ίσως να δυσκολεύουν τους ασθενείς στο να εκφραστούν. Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες Υγείας πρέπει να δουν ως πραγματικότητα, ανεξάρτητα από το αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Όπως αναφέραμε παραπάνω ότι η άποψη του ασθενή δεν καταγράφεται σε κάποιο φάκελο ιατρικό ή νοσηλευτικό, ακόμα και αν η άποψη του προσωπικού είναι διαφορετική, διότι η αξιολόγηση της ικανοποίησης των

ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Πέρα από τους ανωτέρω λόγους, υπάρχουν και ηθικοί λόγοι. Σύμφωνα με το ιπποκρατικό ιδεώδες, του οποίου σημαντικό στοιχείο είναι η πλήρης ευεξία του ασθενούς, επιβάλλεται η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας Υγείας που του παρέχεται χωρίς φόβο. Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς, με στόχο την βελτίωση των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών, είναι παράδοξο να μην ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών, του καταναλωτή υπηρεσιών Υγείας.

Η δε μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελιμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας εκφράζεται από την αρχή του << να κάνεις το περισσότερο καλό για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων>>.

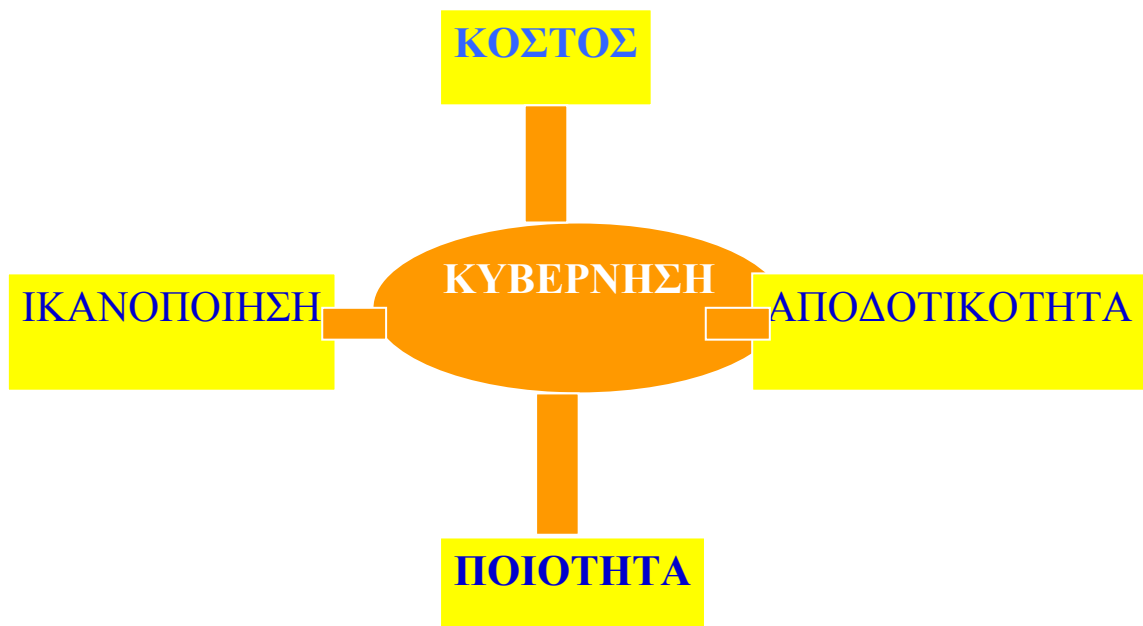
Έπειτα, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά και όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα. Μεγάλη συνεισφορά σε αυτή τη δεύτερη μετάβαση είχε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, WHO, 1981), με τον ορισμό της υγείας ως μιας κατάστασης τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας.

Οι οικονομικοί περιορισμοί και το κλίμα του καταναλωτισμού των τελευταίων δεκαετιών συντέλεσαν στην αυξημένη προσοχή που δίνεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (Guzman et al 1988, Linder-Pelz 1982a).

Από την άλλη πλευρά, το καταναλωτικό κλίμα της εποχής μας έχει οδηγήσει σε ένα έντονο ανταγωνισμό και στην απαίτηση των καταναλωτών για μεγαλύτερη υπευθυνότητα όλων εκείνων που προσφέρουν υπηρεσίες (Guzman et al 1988). Η στάση των καταναλωτών έχει αλλάξει με τη μετάβαση από ένα παθητικό προς ένα ενεργητικό ρόλο. Οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν εξαίρεση. Άρα, η ποιότητα της φροντίδας στο νοσοκομείο δε μπορεί να ιδωθεί μέσα από ορισμούς της ποιότητας που καθορίζονται μόνο από τους λειτουργούς υγείας (Strasen 1988).

Η μετάβαση αυτή από έναν παθητικό σε ένα ενεργητικό πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας έχει τις ρίζες της στη δεκαετία του 60, μιας περιόδου όπου όλοι οι οργανισμοί κοινωνικής προσφοράς αντιμετώπισαν έντονα ερωτηματικά (Guzman et al 1988), και ήταν ουσιαστικά συνέχεια μιας αλλαγής που είχε ήδη λάβει χώρα στους οργανισμούς και στις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων (Peters 1993). Η συμμετοχή των καταναλωτών στη διαχείριση της ποιότητας έχει εφαρμοστεί από παλιά στη βιομηχανία, όπου οι έρευνες στο καταναλωτικό κοινό κατευθύνουν την παραγωγή ποιοτικών προϊόντων. Όμως, η παροχή υπηρεσιών έχει κάποια ιδιαιτερότητα έναντι των βιομηχανικών προϊόντων, όπως η άυλη φύση και ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος, παράγοντες οι οποίοι συντελούν στη δημιουργία μιας στενότερης σχέσης μεταξύ του καταναλωτή και εκείνου που προσφέρει τις υπηρεσίες, καθιστώντας δυσκολότερη τη διόρθωση των λαθών (Babacus & Mangold 1992, Θεοφανόπουλος 1994). Στις υπηρεσίες υγείας, οι πελάτες-χρήστες είναι σε ακόμα στενότερη προσωπική επαφή και εξάρτηση από εκείνους που παρέχουν τις υπηρεσίες, δηλαδή τους λειτουργούς υγείας (Smith 1977). Οι διαφορές αυτές καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό, στη οργάνωση και στη λήψη αποφάσεων για την παροχή υπηρεσιών που αφορούν άμεσα την υγεία τους.

Συμπερασματικά, οι ανωτέρω προαναφερθέντες λόγοι δείχνουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας να προσαρμοστούν στις νέες αυτές συνθήκες.



ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Η ΣΧΕΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΜΕ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΩΣ ΠΡΟΣ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ

1.1.2. Η ΔΙΑΦΟΡΑ ΠΡΟΪΝΤΟΣ ΚΑΙ ΥΠΗΡΕΣΙΑΣ

Σύμφωνα με την έρευνα του Κρητικού Ανδρέα, ως προϊόν δεν ορίζεται μόνο το υλικό αγαθό, αλλά και η υπηρεσία. Ως υπηρεσία μπορεί να οριστεί η προσφορά αυτών αγαθών (πληροφορία, γνώση, μπορούμε να συμπεριλάβουμε όλους τους μη μεταποιητικούς οργανισμούς. Υπάρχουν όμως, και αρκετές επιχειρήσεις που παρέχουν τόσο υλικά αγαθά όσο και υπηρεσίες για την υποστήριξη αυτών (after sales service κλπ.). Η κυβέρνηση των ΗΠΑ ορίζει τους οργανισμούς υγείας ως αυτούς που ασχολούνται πρωταρχικά με την παροχή υπηρεσιών σε άτομα, επιχειρήσεις και κυβέρνηση και άλλους οργανισμούς, περιλαμβάνοντας ξενοδοχεία και άλλα μέρη καταλυμάτων, υπηρεσίες υγείας, νομικές, μηχανικές και άλλες επαγγελματικές υπηρεσίες, εκπαίδευση, σωματεία και άλλες υπηρεσίες. (Azzoloni and Shillader, 1993)

Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες (Σκόρδη, 1997):

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε (Κόιος, 2000). Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών κλπ.
- Ανάμεσα στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσής τους, καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.

Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της τέλει υπηρεσίας.

- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

1.1.3. Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΤΟ ΠΑΡΕΛΘΟΝ

Σε καιρούς που αυξάνεται το κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός (McDonnel & Nash 1990, Scardina 1994) και οι ανάγκες των ασθενών (Miller-Bader 1988), δόθηκε μεγάλη έμφαση στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από αυτές (Bond & Thomas 1992, Fitzpatrick 1991). Άλλωστε, οι ειδικοί συμφωνούν ομόφωνα ότι υπάρχει ανάγκη για αναγνώριση, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ένας σημαντικός δείκτης της ποιότητας της φροντίδας (Bond & Thomas 1991, Donabedian 1980, Strasen 1988, Vuori 1987).

Ο πρώτος που ανέπτυξε ένα τέτοιο πλαίσιο για την μέτρηση της ποιότητας ήταν ο Donabedian (1966). Σήμερα, ένα πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης θεωρείται ελλιπές αν δε συμπεριλαμβάνει ένα συστηματικό τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς να μπορούν να αναφέρουν και να αξιολογούν τη βασική νοσηλευτική φροντίδα που έλαβαν (Ferguson & Ferguson 1983).

Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge (1990) για την ποιότητα, που είναι << οτιδήποτε αφορά στον καταναλωτή >>, θα μπορούσαμε να πούμε ότι, στον χώρο της Υγείας, <<ποιότητα είναι οτιδήποτε αφορά στον ασθενή >>. Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και θα την λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων. Η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες αποκτά ιδιαίτερη σημασία, εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά την πλειοψηφία των επαγγελματιών Υγείας και

βρίσκεται συνεχώς στο πλευρό των ασθενών προκειμένου να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους, αποτελώντας αναμφισβήτητα μια κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους. Από τη βιβλιογραφία φαίνεται ότι υπάρχει συμφωνία μεταξύ των ερευνητών για τη σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Σε πολλές χώρες, τόσο η μέτρηση των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας, όσο και η συμμετοχή των ασθενών στην ποιοτική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας είναι κατοχυρωμένες νομικά. Στις Η.Π.Α, το ενδιαφέρον για τις απόψεις των ασθενών ξεκίνησε από μια μεγάλη έρευνα, που έγινε σε εθνικό επίπεδο, από τις Abdellah και Levine το 1957 και αφορούσε τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις (Abdellah & Levine 1957a,b,c,d,e, 1964). Στη συνέχεια, με νόμο, από το 1973 (Health Maintenance Act of 1973), όλοι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας που υποστηρίζονταν από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση, υποχρεώθηκαν να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας με μετρήσεις του αποτελέσματος της φροντίδας, οι οποίες να αντανακλούν, όχι μόνο τις απόψεις των λειτουργών υγείας αλλά και των ασθενών (Fleming 1979). Το 1987, περισσότερα από 60-70% των νοσοκομείων στις Η.Π.Α είχαν εφαρμόσει κάποιο επίσημο πρόγραμμα ή/και στρατηγική που αφορούσε τη σχέση με τους ασθενείς (Leebon 1988). Σήμερα, στην ίδια χώρα, το μεγαλύτερο όργανο ελέγχου και αξιολόγησης των νοσοκομείων, Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη του αποτελέσματος της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας (Holzemer 1990).

Στην Μ. Βρετανία, έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην ικανοποίηση των ασθενών (Smith 1992), η οποία αντανακλάται στο white paper <<Working for Patients>> στους στόχους του οποίου περιλαμβάνεται ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών με κύριο γνώμονα την ικανοποίηση των επιθυμιών που εκφράζουν που έχουν γίνει στη Μ. Βρετανία, επιβεβαιώνει το αυξημένο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα αυτή (Bond et al 1990, Godin et al 1987, Macguire 1989, Mangen & Griffith 1982, Milne 1986, Pearson et al 1989).

Όμως, σε αντίθεση με το αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν έχει δοθεί βάση στη θεωρητική ανάπτυξη και την ανάδειξη ευρέως αποδεκτών εννοιολογικών και λειτουργικών ορισμών (Linder-Pelz 1982a). Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν κατασκευάσει εργαλεία μέτρησης για το σκοπό συγκεκριμένων ερευνών ή έχουν χρησιμοποιήσει άλλα, τα οποία κατασκευάστηκαν

αρκετά χρόνια πριν, με αποτέλεσμα να μην έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους (Thomas & Bond 1991). Αν και η διαδικασία κατασκευής εργαλείων μέτρησης είναι μια μακρόχρονη και επίπονη διαδικασία, ο κύριος σκοπός της μελέτης αυτής ήταν η προσπάθεια κατασκευής μιας έγκυρης και αξιόπιστης κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Συμπερασματικά, υπάρχει ανάγκη για συνεχή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, προκειμένου να γίνει δυνατή η σύγκριση ως προς την επίδραση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη φροντίδα των ασθενών.

1.1.4. ΤΑ ΒΑΣΙΚΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Η σχέση του νοσηλευτή και γενικότερα του επαγγελματία Υγείας, με τον ασθενή βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων τις τελευταίες δεκαετίες. Τόσο η συνειδητοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος της σχέσης αυτής όσο και τα νομικά-ηθικά θέματα που μπορούν να προκύψουν από την καταστρατήγησή τους οδήγησαν στην εκτενέστερη διερεύνησή της με πρωταρχικό ενδιαφέρον τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς. Επιστέγασμα αυτού του προβληματισμού αποτέλεσε η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη, η οποία υιοθετήθηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.). Παράλληλα, έρευνες για τις στάσεις και τις απόψεις των νοσηλευτών σε καίρια ζητήματα της καθημερινής τους πρακτικής συμβάλλουν στο να γίνει συνείδηση τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων των νοσηλευτών ότι ως ισότιμα μέλη της ομάδας φροντίδας Υγείας αναλαμβάνουν σήμερα ρόλους που τους καθιστούν υπεύθυνους και αρμόδιους για τις προσωπικές τους κρίσεις και ενέργειες.

Στην καθημερινή νοσηλευτική και ιατρική πρακτική, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η υπόθεση ότι βασικά δικαιώματα των ασθενών αγνοούνται τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες Υγείας. Η αυτονομία, η ιδιωτικότητα και η πληροφορημένη συναίνεση είναι τρία βασικά δικαιώματα που πρέπει να γίνονται σεβαστά στους χώρους παροχής φροντίδας Υγείας και τα οποία όμως ακόμη και σήμερα δεν συνειδητοποιούνται και δεν εφαρμόζονται στην κλινική πρακτική.

1.1.5. ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Ξεκινώντας με την φράση ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν αποτελεί απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης, διαφαίνεται ότι η αξιολόγηση της ποιότητας των νοσηλευτικών υπηρεσιών μπορεί να συνεισφέρει στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών αυτών (Strasen 1988), (Linder-Pelz 1982a).

Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύπλοκη. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα, αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση των ασθενών βοηθάει στην ταχύτερη ανάρρωση και στον μειωμένο χρόνο νοσηλείας και στην πρόληψη λοιμώξεων, που θεωρούνται οι πρωταρχικοί σκοποί και αποτελέσματα, αλλά βοηθάει στην θεραπεία τους και στην αυτοφροντίδα τους (Pascoe 1983, Strasen 1988). Δεν είναι λίγοι εκείνοι που αναζητούν την άποψη των ασθενών για την φροντίδα που τους παρέχεται, αφού συμβάλλει στην θεραπευτική τους παρέμβαση, καθώς αυξάνεται η ικανοποίησή τους και η ενεργή συμμετοχή τους, αποτρέποντας τον παθητικό ρόλο (Bond & Thomas 1992, Simpson 1985). Σύμφωνα με την Ραγιά (1987), << η ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, αλλά και η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας>>.

Η ικανοποίηση είναι μία έννοια υποκειμενική. Κατά την Linder-Pelz (1982a), η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Έτσι, η μέτρησή της να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας (Fitzpatrick 1991). Άλλωστε, οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι καλά σχηματισμένες πριν την είσοδο στο νοσοκομείο. Συνεπώς, εάν το προσωπικό λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή επηρεάσει τις προσδοκίες αυτές, θα συμβάλλει ουσιαστικά στη διόρθωση όλων των προβλημάτων και θα εγγυηθούν ότι το περιβάλλον των ασθενών θα παραμείνει θεραπευτικό όλο το 24ωρο (Taylor 1970). Το προσωπικό αποτελεί αναμφισβήτητα μια κυρίαρχη συνιστώσα στη διατήρηση και αποκατάσταση της υγείας τους.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι επίσης πολύ σημαντική για τους διευθυντές, τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων στις

υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα στο χώρο της υγείας (Abramowitz et al 1987). Ο Leeboon (1988), ειδικός στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, υποστηρίζει, ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονα τους είναι ουσιαστικά μια δεύτερη ευκαιρία για να γίνουν τα πράγματα σωστά.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και για την επιτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας (Megivern et al 1992). Αυτές οι πληροφορίες θα βελτιώσουν τη φροντίδα υγείας των ασθενών και θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους, η οποία θα οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία (Abdellah & Levine 1957a, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983). Επιπλέον, η διοίκηση είναι δυνατόν να διερευνήσει τις απόψεις των ασθενών στην επιβράβευση (Megivern et al 1992) και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Dull et al 1994).

Δεν εκλείπει η μέτρηση της ικανοποίησης από τον ιδιωτικό τομέα, με σκοπό την προσέλκυση των πελατών. Σύμφωνα με μία μεγάλη μελέτη στις Η.Π.Α., εάν ικανοποιηθεί ένας πελάτης το λέει σε άλλους τέσσερις και σε ακραίες περιπτώσεις σε άλλους έντεκα υποψηφίους πελάτες. Γι αυτό, όταν δεν ικανοποιηθεί ένας πελάτης πρέπει να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις για να υπάρξει εξισορρόπηση (Leeboon 1988). Άλλη έρευνα, η οποία έγινε επίσης στις Η.Π.Α, έδειξε ότι ένα επισήμως αναφερόμενο παράπονο από ένα ασθενή αντιστοιχεί σε 6-10 σοβαρά και σε 20-50 λιγότερο σοβαρά παράπονα ασθενών για περιοχές της φροντίδας από τις οποίες δεν ικανοποιήθηκαν, τα οποία όμως δεν δηλώνονται. Παραγοντοποίηση των παραπάνω δεδομένων έδειξε, ότι το κόστος που προέκυψε από κάθε δυσαρεστημένο ασθενή ήταν 330 δολάρια (Petersen 1988).

Κάποιοι ερευνητές μελετάνε τόσο την ικανοποίηση των ασθενών σε συνάρτηση με το κόστος, όσο και την επίδραση που έχει στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει πάλι τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Vuori (1987), υπάρχουν και ηθικοί λόγοι για τους οποίους οι μετρήσεις πρέπει να γίνουν καθημερινή πράξη. Το Ιπποκρατικό ιδεώδες, του οποίου σημαντικό στοιχείο είναι η πλήρης ευεξία του ασθενούς, δίνει την ηθική βάση για την ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Άλλωστε, οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες Υγείας άρχισαν το 1956 στις Η.Π.Α., από

τον χώρο της Νοσηλευτικής. Σήμερα, σε προηγμένες χώρες, όπως η Η.Π.Α. και η Μ.Βρετανία, η μέτρησή της είναι κατοχυρωμένη νομικά και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας των νοσοκομείων.

Όμως, σε αντίθεση με το αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην θεωρητική ανάπτυξη και την ανάδειξη ευρέως αποδεκτών εννοιολογικών και λειτουργικών ορισμών. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν κατασκευάσει εργαλεία μέτρησης για τον σκοπό συγκεκριμένων ερευνών ή έχουν χρησιμοποιήσει άλλα, τα οποία κατασκευάστηκαν αρκετά χρόνια πριν, με αποτέλεσμα να μην έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους.

Ο Strasen (1988), για την εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης ασθενών, προτείνει: α) όλοι οι ασθενείς να συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο και τα αποτελέσματα που θα προκύπτουν να είναι δυνατό να ποσοτικοποιηθούν, β) να ενσωματωθούν συγκεκριμένα στάνταρτ ικανοποίησης ασθενών στις αναλύσεις και περιγραφές κάθε θέσης (Job analysis- job description), αλλά και στο υπόλοιπο πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης, γ) να αναπτυχθεί μηχανισμός σύνδεσης ικανοποίησης ασθενών και αξιολόγησης και επιβράβευσης προσωπικού, και δ) να γίνεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των προσφερομένων υπηρεσιών, με βάση τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την ανατροφοδότηση (feedback) από τις απόψεις των ασθενών.

Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς, με στόχο την βελτίωση των παραγομένων αγαθών και υπηρεσιών, είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή, του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Ο ασθενής, σύμφωνα με τον Brink (1986) έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο. Για τον ασθενή αποτελεί δικαίωμα έκφρασης και μέσα από αυτό ευθύνη για το προσωπικό που συλλέγει αυτές τις πληροφορίες (Παπανικολάου & Σιγάλας 1995).

Συνοψίζοντας, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στην : α) αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, β) αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφοράς υγείας και ασθένειας, γ) λήψη διοικητικών αποφάσεων, δ) αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της

φροντίδας, ε) διοίκηση προσωπικού, στ) προσέλκυση ασθενών-πελατών (marketing), και ζ) διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

1.1.6. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΚΑΙ ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στην ιατρική, λαμβάνεται υπόψη η άποψη των ασθενών σε σχέση με το τι αποτελεί κατάλληλη θεραπεία (Bond & Thomas 1992). Το ιατρικό προσωπικό έχει συνειδητοποιήσει, ότι αυτό που συνιστά επιθυμητό αποτέλεσμα για τον ασθενή δεν πρέπει να αφεθεί μόνο στους λειτουργούς υγείας, αλλά θα πρέπει να λάβει υπόψη και τις ανάγκες και επιθυμίες των ασθενών (Epstein 1990). Στις Η.Π.Α., το Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 1990) έχει συμπεριλάβει την ικανοποίηση των ασθενών, ως βασικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, στον ορισμό των διαστάσεων της ποιότητας.

Η προσφορά της νοσηλευτικής δεν είχε αναγνωριστεί πλήρως και στο πρόσφατο παρελθόν η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμοζόταν με ένα τυπολατρικό και μηχανικό τρόπο. Με αποτέλεσμα, να μην τίθενται αντικειμενικοί σκοποί και να μην μετρώνται τα αποτελέσματα από την άποψη της προόδου της υγείας των ασθενών (WHO 1979). Η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα, όπως φαίνεται από την βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες (CBO1990). Όμως, κάποιιοι παράγοντες όπως το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και η αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας. Η σχέση του νοσηλευτή και του επαγγελματία Υγείας με τον ασθενή βρίσκεται στο επίκεντρο των συζητήσεων τις τελευταίες δεκαετίες. Τόσο η συνειδητοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος της σχέσης αυτής όσο και τα νομικά-ηθικά θέματα που μπορούν να προκύψουν από την καταστρατήγησή της οδήγησαν στην εκτενέστερη διερεύνησή της με πρωταρχικό ενδιαφέρον τη διασφάλιση των δικαιωμάτων του ασθενούς (Λεμονίδου 2001). Επιστέγασμα αυτού του προβληματισμού αποτέλεσε η Διακήρυξη για την Προαγωγή των Δικαιωμάτων των Ασθενών στην Ευρώπη, η οποία υιοθετήθηκε το 1994 από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ). Παράλληλα, έρευνες για τις στάσεις

και τις απόψεις των νοσηλευτών σε καίρια ζητήματα της καθημερινής τους πρακτικής συμβάλλουν στο να γίνει συνείδηση τόσο των ασθενών όσο και των ίδιων των νοσηλευτών ότι ως ισότιμα μέλη της ομάδας φροντίδας Υγείας αναλαμβάνουν σήμερα ρόλους που τους καθιστούν υπεύθυνους και αρμόδιους για τις προσωπικές τους κρίσεις και ενέργειες. Στην καθημερινή νοσηλευτική και ιατρική πρακτική, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η υπόθεση ότι βασικά δικαιώματα των ασθενών αγνοούνται τόσο από τους ίδιους τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες Υγείας. Η αυτονομία, η ιδιωτικότητα και η πληροφορημένη συναίνεση είναι τρία βασικά δικαιώματα που πρέπει να γίνονται σεβαστά στους χώρους παροχής φροντίδας Υγείας και τα οποία όμως ακόμη και σήμερα δεν συνειδητοποιούνται και δεν εφαρμόζονται στην κλινική πρακτική (Λεμονίδου 2001).

Σήμερα, σύμφωνα με τον Bond & Thomas (1991), παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στην νοσηλευτική έρευνα, διοίκηση και πράξη. Επίσης, η εισαγωγή της νοσηλευτικής διεργασίας, ως επιστημονικής μεθόδου παροχής φροντίδας και η υιοθέτηση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας, δηλώνουν τη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία (Bond & Thomas 1992). Σύμφωνα με την Lanara (1996), έχει επέλθει η μετάβαση από την παραδοσιακή μηχανική σε μια επιστημονικότερη προσέγγιση που βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς και στην έρευνα.

Η επικέντρωση στον ασθενή και στην επίλυση των προβλημάτων του έχει ανοίξει το δρόμο στους νοσηλευτές να αναλάβουν περισσότερη δραστηριότητα στον καθορισμό της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς (CBO 1990). Η Πλατή (1991) υποστηρίζει ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθήκον των νοσηλευτών, αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Η έρευνα και η μέτρηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας είναι δυνατό να αναδείξουν τη μοναδική προσφορά της νοσηλευτικής.

Η νοσηλευτική ευθύνη για τη διατήρηση και την αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσω ανάπτυξης συστημάτων ποιοτικής διασφάλισης, είναι σύμφωνη με το στόχο 31 του Π.Ο.Υ: << Το 1990 όλα τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διασφάλιση της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας που διαθέτουν>> (WHO 1985). Η προσπάθεια για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας έχει αρχίσει από την δεκαετία του '50 με τη διερεύνηση της ικανοποίησης ασθενών και λειτουργιών υγείας από τις Abdellah και Levine (1957 a,b,c,d,e, 1964). Σήμερα, ο Αμερικανικός

Σύνδεσμος Νοσηλευτών (ANA), όπως και οι αντίστοιχοι ιατρικοί σύνδεσμοι, δίνουν μεγάλη έμφαση στα κριτήρια αποτελέσματος παρεχόμενων υπηρεσιών, όπως είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Wright 1984), η οποία σύμφωνα με την άποψη του Reeder (1972) συνδέεται άμεσα με την συμμετοχή των ασθενών στην παροχή της φροντίδας. Είναι φανερό, ότι με την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας μπορούν να ωφεληθούν τόσο οι ασθενείς, όσο και οι νοσηλευτές και το νοσηλευτικό επάγγελμα γενικότερα.

Οι νοσηλευτές συνιστούν την πλειοψηφία των λειτουργών υγείας και λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας (Scardina 1994). Σε πολλές έρευνες, η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα έχει βρεθεί ότι είναι ο βασικότερος συνεισφέρων παράγοντας στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών (Abramowitz et al 1987, Carey & Posavac 1981, Fleming 1981, Oberst 1984). Στην πραγματικότητα, ο ρόλος των νοσηλευτών διαπερνά όλο το φάσμα των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών συνεισφέροντας σε μεγάλο βαθμό στην ικανοποίηση των ασθενών από το σύνολο των υπηρεσιών (Caplan & Sussman 1966). Συνεπώς, οι ασθενείς συχνά κρίνουν την ποιότητα όλων των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχόμενων νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Το νοσηλευτικό προσωπικό είναι τόσο <<ορατό>> στο σύστημα παροχής φροντίδας και η επίδραση του στην ικανοποίηση των ασθενών είναι καθοριστική (Miller-Bader 1988), αλλά η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες δεν έχει διερευνηθεί στο βαθμό που θα έπρεπε.

Τα τελευταία χρόνια, γίνονται προσπάθειες για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς το ενδιαφέρον είναι έντονο (Scardina 1994), αλλά δεν έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στη θεωρητική ανάπτυξη και την ανάδειξη ευρέως αποδεκτών εννοιολογικών και λειτουργικών ορισμών. Οι περισσότεροι ερευνητές έχουν κατασκευάσει εργαλεία μέτρησης για τον σκοπό συγκεκριμένων ερευνών ή έχουν χρησιμοποιήσει άλλα, τα οποία κατασκευάστηκαν αρκετά χρόνια πριν, με αποτέλεσμα να μην έχει δοθεί η απαραίτητη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους (Μερκούρης και Ουζουνίδου) και τα περισσότερα δε δημοσιεύονται, ώστε να γίνουν γνωστά στον ευρύτερο νοσηλευτικό χώρο (McDonnel & Nash 1990).

Η σπουδαιότητα των νοσηλευτικών παρεμβάσεων είναι προφανής. Είναι ανάγκη, οι νοσηλευτές να έχουν εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις

νοσηλευτικές υπηρεσίες με επαρκείς ψυχομετρικές ιδιότητες και να δημοσιεύσουν τα αποτελέσματα. Έτσι, θα υπάρχει συνεχής μελλοντική αξιολόγηση και βελτίωση των εργαλείων μέτρησης, που θα έχει ως αποτέλεσμα την συλλογή έγκυρων και αξιόπιστων πληροφοριών που θα βοηθήσουν στην βελτίωση των προσφερομένων υπηρεσιών και στην ανάδειξη της μοναδικότητας της νοσηλευτικής φροντίδας.

1.1.7. ΤΟ ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗΣ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗΣ ΚΑΙ Η ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΒΕΛΤΙΩΣΗΣ ΤΟΥ

Μετά το 1960, σημειώθηκαν ουσιαστικές αλλαγές στο χώρο της υγείας, αλλά στον ελληνικό λαό είχε δημιουργηθεί μία αρνητική εικόνα για τα νοσοκομεία πριν από αυτή την περίοδο. Γι' αυτό το λόγο, πολλοί ασθενείς μεταφέρονται από την επαρχία προς το κέντρο ακόμα και σήμερα (Δημητριάδου και συν 1991, Καπανίδης 1991). Τα τελευταία χρόνια, γίνεται αρκετός λόγος για τη συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους των δαπανών για την υγεία και την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων (Νιάκας 1991). Έχει παρατηρηθεί μια αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας, η οποία δεν συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα (Κυριόπουλος 1991). Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με το στόχο 31 της Π.Ο.Υ (Καραγιάννη 1994, Σέτζης 1994). Λίγες έρευνες έχουμε που να αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες (Αντωνοπούλου και συν 1991, Κυριόπουλος και συν 1993, Παπανικολάου & Σιγάλας 1995).

Αντίθετα, το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των καταναλωτών στον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έχει αυξηθεί, γεγονός που αποδεικνύεται από τις προσπάθειες του κράτους να βελτιώσει τις σχέσεις πολίτη-κράτους και να κατοχυρώσει τα δικαιώματα των καταναλωτών με νομοθετικές ρυθμίσεις.

Στις υπηρεσίες υγείας υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού (Πολύζος 1994). Η νοσηλευτική έρευνα βρίσκεται στο στάδιο της ακμής και οι περισσότερες προσπάθειες γίνονται από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών (Λανάρα 1990). Μια δημοσιευμένη έρευνα που αναφέρεται στη μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από την νοσηλευτική φροντίδα είναι της Δημητριάδου και των συνεργατών της (1991). Είναι ανάγκη η διεξαγωγή νέων ερευνών που να εστιάζουν προς αυτήν την κατεύθυνση.

Καθημερινά ερχόμαστε σε επαφή με εικόνες που αποδεικνύουν την σημαντική έλλειψη οποιασδήποτε μορφής οργάνωσης ή εθνικής στρατηγικής για το θέμα της υγείας από τους κεντρικά υπεύθυνους για τη λήψη αποφάσεων. Εικόνες αποδιοργάνωσης πολλών ελληνικών νοσοκομείων και αποτελέσματα ερευνών από διάφορα πανεπιστήμια σε εθνικό διευρωπαϊκό επίπεδο, έρχονται να στηρίζουν την άποψη ότι:

- Τα ελληνικά νοσοκομεία είναι τα λιγότερο οργανωμένα στην Ευρωπαϊκή Ένωση
- Οι Έλληνες ασθενείς οι λιγότερο ικανοποιημένοι σε ευρωπαϊκό επίπεδο από τις υπηρεσίες που λαμβάνουν
- Το χάσμα μεταξύ υπηρεσιών προσφερομένων σε ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία συνεχώς μεγαλώνει, όπως μεγαλώνει και το κόστος που επηρεάζεται ο ασθενής
- Η στροφή του πληθυσμού στην ιδιωτική ασφάλιση και την ιδιωτική περίθαλψη είναι εκτεταμένη και αυξάνεται ολοένα. Παράλληλα, μια σειρά σημαντικών παραμέτρων σκιαγραφούν το πλαίσιο με βάση το οποίο διαμορφώνονται διεθνώς οι υπηρεσίες εν γένει και κατά προέκταση, οι υπηρεσίες υγείας όπως:
 - Αλλαγή σε δημογραφικά στοιχεία. Ο πληθυσμός της γης γερνάει γεγονός που έχει ως συνέπεια την αλλαγή των αναγκών του για παροχή φροντίδας και εξειδικευμένων υπηρεσιών υγείας αλλά και την αύξηση των απαιτήσεων του για τις υπηρεσίες που λαμβάνει
 - Αλλαγή της παραδοσιακής έννοιας των υπηρεσιών υγείας. Αποκτά πλέον μεγάλη σημασία η σωστή με σεβασμό στις εξατομικευμένες ανάγκες του πελάτη-ασθενή, παροχή φροντίδας, όπως άλλωστε απαιτείται και σε κάθε άλλη υπηρεσία
 - Αδυναμία των νοσοκομείων να ελέγξουν, με βάση τις παραδοσιακές μεθόδους το διαρκώς αυξανόμενο κόστος.
- Γίνεται λοιπόν σαφές, ότι είναι αναγκαία η συνεχής βελτίωση των συστημάτων παροχής Υπηρεσιών Υγείας. Η βελτίωση αφορά:
 - Στην καταγραφή και αξιολόγηση σε πρώτη φάση του επιπέδου της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών
 - Την προσέγγιση του πελάτη-ασθενή με σκοπό την κατανόηση των απαιτήσεων και των αναγκών του

-Την υιοθέτηση συστημάτων πιστοποίησης που θα διευκολύνουν την αποτελεσματική οργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και την καλύτερη γνώση του τρόπου με τον οποίο εμπλέκονται οι εργαζόμενοι στις διάφορες διαδικασίες

-Την οργάνωση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων με τρόπο που θα εστιάζει στην κάλυψη των αναγκών του ασθενή

Η φιλοσοφία της ολικής ποιότητας μπορεί να προσφέρει αρκετά και σημαντικά στη σωστή οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας αφού με τις αρχές, τις λειτουργίες, τα εργαλεία, αλλά και τις πρακτικές μπορεί να βοηθήσει στην επίλυση σημαντικών προβλημάτων στο χώρο της Υγείας. Στην περίπτωση ενός νοσοκομείου για παράδειγμα δεν αρκεί η ύπαρξη ενός κατάλληλου προσωπικού σε γιατρούς, νοσηλεύτριες, τεχνικούς για τα διάφορα εργαστήρια και άλλες ειδικότητες, αλλά απαιτείται και μία ανάλογη συμπεριφορά που να δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης, ασφάλειας, και φροντίδας που απορρέει από την συνειδητή προσπάθεια τους να καλύψουν τις πραγματικές και ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών.

Συμπερασματικά, κρίνεται σκόπιμη μια σύντομη περιγραφή των οργανισμών αυτών. Τα νοσοκομεία του ελλαδικού χώρου διαχωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

-Γενικά: τα οποία διαθέτουν τμήματα νοσηλείας περισσότερων της μίας ειδικοτήτων.

-Ειδικά: τα οποία διαθέτουν τμήματα κυρίως νοσηλείας σε μια ειδικότητα

Τα γενικά νοσοκομεία μπορεί να είναι περιφερειακά ή νομαρχιακά, δηλαδή να λειτουργούν στην έδρα κάθε Υγειονομικής Περιφέρειας ή σε κάθε νομό, αντίστοιχα. Τα Περιφερειακά νοσοκομεία παρέχουν ιατρική εκπαίδευση σε όλες ή τις περισσότερες ιατρικές ειδικότητες, ενώ τα νομαρχιακά καλύπτουν μόνο μερικές ειδικότητες. Από την άλλη μεριά και τα δυο συμβάλλουν στην προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

Μέσα σε ένα νοσοκομείο συναντιόνται οι εξής υπηρεσίες:

-ιατρική

-νοσηλευτική

-διοικητική

-τεχνική

Όπως έχει προαναφερθεί, οι υπηρεσίες που λειτουργούν μέσα σε ένα νοσοκομείο θα μπορούσαν να διαχωριστούν σε υπηρεσίες υποστήριξης και κύριες υπηρεσίες υγείας. Σε κάθε ένα από τα προαναφερθέντα 4 είδη υπηρεσιών υγείας που αποτελούν το πλέγμα των

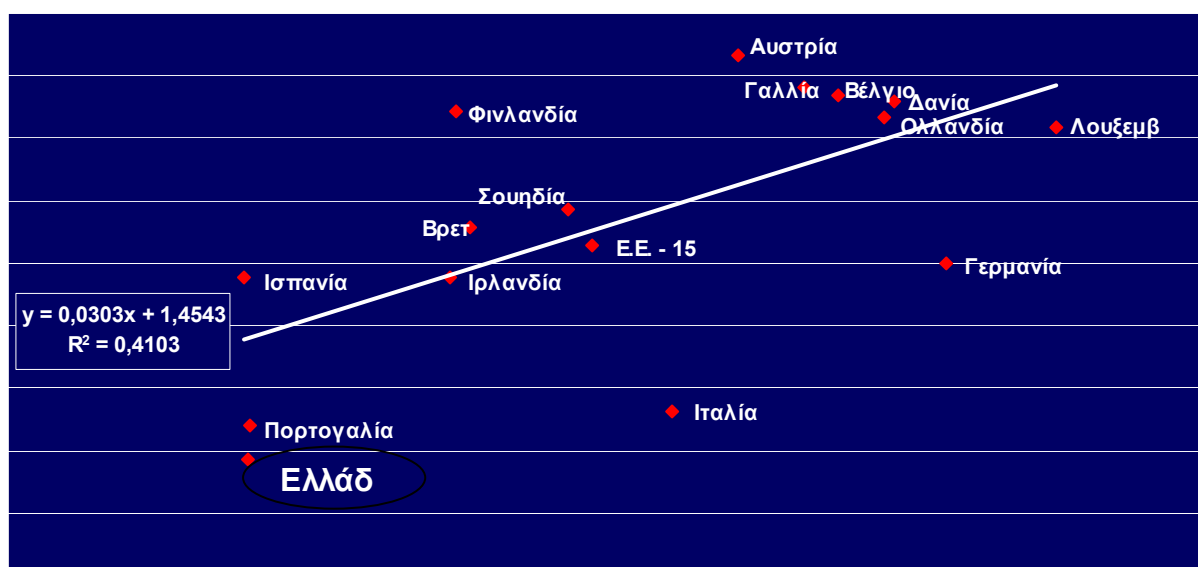
υπηρεσιών σε ένα νοσοκομείο, μπορεί να διακρίνει κανείς τόσο κύριες όσο και υποστηρικτικές υπηρεσίες υγείας. Στον πίνακα που ακολουθεί (πίνακας 1) παρουσιάζονται συνοπτικά οι αρμοδιότητες της κάθε υπηρεσίας.

Συνολικά, η νοσοκομειακή φροντίδα στη χώρα μας παρέχονται από:

A) τα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ (119 γενικά-ειδικά με 27.348 κλίνες, 9 ψυχιατρικά με 5.951 κλίνες)

B) τα δημόσια Νοσοκομεία εκτός Ε.Σ.Υ (13 Στρατιωτικά, 5 του Ι.Κ.Α, 3 μη κερδοσκοπικά, 6 λοιπά)

Γ) τα ιδιωτικά Νοσοκομεία και κλινικές (209 γενικά με 11.060 κλίνες, 40 ψυχιατρικά με 4.279 κλίνες) (Οικονομοπούλου-Πολύζος, 1994)



ΠΙΝΑΚΑΣ 2: Η ΣΧΕΣΗ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΩΝ ΚΑΤΑ ΚΕΦΑΛΗΝ ΔΑΠΑΝΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗΝ Ε.Ε.

1.2. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ ΚΑΙ ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.2.1. ΘΕΩΡΗΤΙΚΗ ΕΞΕΛΙΞΗ

Πολύ λίγες είναι οι προσπάθειες που έχουν γίνει για τη δοκιμή παλαιότερων ή την ανάπτυξη νέων θεωριών και δεν έχει δοθεί η δέουσα προσοχή στο νόημα της ικανοποίησης των ασθενών (Linder-Pelz 1982a). Οι θεωρίες υποκίνησης, που προέρχονται από τον εργασιακό χώρο, μπορούν να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Ξεκινώντας με την θεωρία ιεράρχησης των αναγκών κατά τον Maslow (1943,1970), η οποία εξηγεί γιατί οι άνθρωποι δρουν με συγκεκριμένο τρόπο, δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών. Σημειωτέον, η θεωρία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί στη νοσηλευτική, ως θεωρητικό πλαίσιο για την παροχή φροντίδας, για την αξιολόγηση των αναγκών και τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς και για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών.

Σύμφωνα με την θεωρία αυτή, οι ανθρώπινες ανάγκες ταξινομούνται ιεραρχικά σε βασικές ανάγκες, οι οποίες αφορούν τις σωματικές ανάγκες (π.χ. σίτισης, ενυδάτωσης, ανάπαυσης) και την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία, και σε ανώτερες ανάγκες, οι οποίες αφορούν την ανάγκη ένταξης σε μία ομάδα, την ανάγκη για αγάπη και εκτίμηση και τέλος την ανάγκη ένταξης για αυτοπραγμάτωση, δηλαδή την ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου. Αν μία ομάδα αναγκών ικανοποιηθεί τότε το άτομο προχωρά στην ικανοποίηση ανώτερων ιεραρχικά αναγκών. Αντίθετα, το άτομο επηρεάζεται από τις ανικανοποίητες ανάγκες του που κατευθύνουν τη συμπεριφορά του.

Έχει δεχθεί έντονη κριτική, όσον αφορά την ύπαρξη ανεξάρτητων και συγκεκριμένων ομάδων αναγκών, οι οποίες είναι δυνατό να ιεραρχηθούν και να ισχύουν για όλους τους ανθρώπους (Locke 1976), καθώς επίσης και τη δυνατότητα εφαρμογής της σε ασθενείς (Lawler 1983). Το σημαντικότερο όμως, είναι ότι, αν και ο ίδιος ο Maslow επιθυμούσε πρώτα την απόδειξη και κατοχύρωση της θεωρίας του και μετά την εφαρμογή της στην πράξη, κάτι τέτοιο δε συνέβη (Lawler 1983).

Το 1969, ο Alderfer, βασιζόμενος στην θεωρία του Maslow, πρότεινε τρεις ομάδες αναγκών (ύπαρξης, συγγένειας και ανάπτυξης), που στηρίζονται στο ότι όταν οι ανώτερες

ανάγκες δεν ικανοποιούνται, τότε δίνεται περισσότερη έμφαση στις αμέσως κατώτερου επιπέδου ανάγκες, καθώς και ότι πολλές ανάγκες είναι δυνατό να είναι ενεργοποιημένες ταυτόχρονα σε μια χρονική στιγμή. Με το ίδιο σκεπτικό, οι Ross και Turner (1986), βασιζόμενοι στη θεωρία του Maslow, πρότειναν ένα νέο θεωρητικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική φροντίδα (Human Needs Model of Nursing), σύμφωνα με το οποίο, οι ομάδες των αναγκών δεν είναι ανεξάρτητες και ιεραρχήσιμες με απόλυτο τρόπο.

Σύμφωνα με τη θεωρία των δύο παραγόντων που διατύπωσε ο Herzberg το 1959 μπορεί, σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, να δώσει μια πιθανή ερμηνεία για τους παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς σε ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια (Altschul 1983, Bond & Thomas 1992). Ο Herzberg, εξετάζοντας το ερώτημα τι θέλουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους, κατέληξε στο ότι υπάρχουν δυο ομάδες παραγόντων που επηρεάζουν τη στάση των εργαζομένων απέναντι στην εργασία τους (Herzberg et al 1959). Η πρώτη ομάδα παραγόντων, που τους ονόμασε παράγοντες υγιεινής ή δυσαρέσκειας, αφορά εξωτερικούς από το άτομο παράγοντες (όπως συνθήκες εργασίας, ασφάλεια, πολιτική επιχείρησης, μισθός), οι οποίοι εάν δεν ικανοποιηθούν οδηγούν σε δυσαρέσκεια από την εργασία τους. Η δεύτερη ομάδα παραγόντων, που ονομάστηκαν παράγοντες παρακίνησης ή ικανοποίησης, αναφέρεται σε εσωτερικούς παράγοντες του εργαζόμενου (όπως αναγνώριση, ανάπτυξη, ανάληψη υπευθυνότητας), οι οποίοι εάν ικανοποιηθούν οδηγούν σε ικανοποίηση από την εργασία. Το σημαντικό είναι, ότι οι παράγοντες δυσαρέσκειας και ικανοποίησης αποτελούν τελείως ξεχωριστές, μη συσχετιζόμενες ομάδες παραγόντων και δεν είναι τα αντίθετα άκρα της ίδιας γραμμής. Αυτό σημαίνει, ότι η ικανοποίηση των παραγόντων που οδηγούν σε δυσαρέσκεια μπορεί να μην επιφέρει ικανοποίηση, αλλά απλά να εξαλείψει τη δυσαρέσκεια. Με τον ίδιο τρόπο, η μη ικανοποίηση παραγόντων που οδηγούν σε ικανοποίηση μπορεί να οδηγήσει σε δυσαρέσκεια, αλλά απλά να μην επιφέρει ικανοποίηση από την εργασία. Η Lamonica και οι συνεργάτες της (1986) κάνοντας παραγοντική ανάλυση σε ένα από τα κλασικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, την κλίμακα της Risser (Patient Satisfaction Scale, Risser 1975), ταυτοποίησαν έναν παράγοντα δυσαρέσκειας και κατέληξαν στο συμπέρασμα, ότι η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια δεν είναι τα δύο άκρα μιας συνεχούς γραμμής, επιβεβαιώνοντας εν μέρει τη θεωρία του Herzberg. Το διπλό νόημα που έχει δώσει στην ικανοποίηση ο Herzberg βρίσκεται σε αντιστοιχία με τον ορισμό του Juran (1989) για την ποιότητα, ως έλλειψης ελαττωμάτων ή λαθών (που οδηγεί σε δυσαρέσκεια) και ανταπόκρισης στις ανάγκες των ασθενών-πελατών (που οδηγεί σε ικανοποίηση).

Σύμφωνα με τους Bond και Thomas (1992), εφαρμόζοντας τη θεωρία του Herzberg, προκειμένου να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, διατύπωσαν, ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν ικανοποιούνται οι εσωτερικές ανάγκες, όπως η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι ευκολίες (amenities) που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες.

Ο Lawler (1971), ύστερα από βιβλιογραφική ανασκόπηση της σχέσεως μεταξύ ικανοποίησης και αμοιβής από την εργασία, διέκρινε τις ακόλουθες θεωρίες: προσδοκίας-αξίας (Expectancy-value theory), ασυμφωνίας (discrepancy theory), ισότητας (equity theory) και πραγματοποίησης (fulfilment theory). Πιο συγκεκριμένα, σύμφωνα με τη θεωρία της αξίας, η προτίμηση ή η ελκυστικότητα ενός γεγονότος είναι συνάρτηση δυο παραγόντων, της σπουδαιότητας τελικού αποτελέσματος για το άτομο και της εκτίμησης της πιθανότητας να συμβεί αυτό το γεγονός ή το αποτέλεσμα. Ενώ, σύμφωνα με την θεωρία της ασυμφωνίας, η ικανοποίηση ορίζεται ως η αντιλαμβανόμενη διαφορά μεταξύ αυτών που το άτομο επιθυμεί (προσδοκίες) και αυτών που το άτομο πραγματικά λαμβάνει. Η θεωρία της πραγματοποίησης διαφέρει από τη θεωρία της ασυμφωνίας στο ότι λαμβάνει υπόψη μόνο την απόλυτη (και όχι τη σχετική) διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αυτών που το άτομο πραγματικά λαμβάνει. Τέλος, η θεωρία της ισότητας δίνει έμφαση στη σύγκριση μεταξύ ατόμων και ομάδων ως προς αυτά τα οποία λαμβάνουν. Οι θεωρίες αυτές επηρέασαν αρκετούς ερευνητές, όπως τη Linder-Pelz (1982a) και την Oberst (1984), που τις χρησιμοποίησαν για να ερμηνεύσουν την ικανοποίηση των ασθενών.

Η Linder-Pelz (1982a) μέσα από την θεωρία της αναγνώρισε 5 προσδιοριστικούς ψυχοκοινωνικούς παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας: (α) προσδοκίες, που είναι η υποκειμενική πιθανότητα να συμβεί ένα γεγονός ή πιο απλά τι περιμένει ο ασθενής (β) αξία-σπουδαιότητα, που αντιπροσωπεύει πόσο σπουδαίο είναι κάτι για τον ασθενή, (γ) δικαίωμα, που εκφράζει την αντίληψη της φροντίδας ή του αποτελέσματος ως δικαίωμα, (δ) γεγονός, που είναι η αντίληψη του τι συμβαίνει πραγματικά, και (ε) διαπροσωπικές συγκρίσεις, που αναφέρονται στη σύγκριση που κάνουν οι ασθενείς με άλλους, αλλά και με προηγούμενες εμπειρίες. Εν συνεχεία, προσπάθησε να δοκιμάσει τη θεωρία, ως προς τους τρεις πρώτους παράγοντες (προσδοκίες, αξία, δικαίωμα) και την επίδρασή τους στην ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, με μία προοπτική έρευνα σε 125 ασθενείς που νοσηλεύονταν σε ένα κέντρο παροχής πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας (Linder-Pelz 1982b). Ο σπουδαιότερος

παράγοντας που αναδείχθηκε από τα αποτελέσματα είναι οι προσδοκίες. Όμως, οι τρεις πρώτοι παράγοντες εξήγησαν μόνο το 10% της μεταβλητότητας της ικανοποίησης και δεν επιβεβαίωσαν το θεωρητικό μοντέλο που είχε προταθεί. Η έρευνα είχε πολλά μεθοδολογικά προβλήματα, με κυριότερο ότι δεν αναφέρονταν πουθενά ο βαθμός αξιοπιστίας και εγκυρότητας της κλίμακας μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε.

Η Oberst (1984), στηριζόμενη, όπως και η Linder-Pelz, στις θεωρίες που προέρχονται από τον εργασιακό χώρο, πρότεινε μια δική της θεωρία για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Βάσει της θεωρίας της, οι ασθενείς έρχονται στο σύστημα υγείας με διάφορα χαρακτηριστικά, στάσεις και προηγούμενες εμπειρίες. Αυτά αλληλεπιδρούν και αναιρούνται με τη γνώση και τις πληροφορίες που λαμβάνουν από τους λειτουργούς υγείας, προκειμένου να ορίσουν την κατάσταση και τις ανάγκες τους. Έτσι, σχηματίζεται ένα σύνολο προσδοκιών για τα αποτελέσματα της φροντίδας, τη συμπεριφορά των λειτουργών υγείας και την απόδοση του συστήματος. Αυτές οι προσδοκίες, που μπορεί να αλλάξουν με την εξέλιξη της νόσου, σχηματίζουν το πρότυπο, απέναντι στο οποίο η φροντίδα που πραγματικά παρέχεται, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον ασθενή, θα συγκριθεί για να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητική ή όχι. Άτομα με χαμηλές προσδοκίες μπορεί να εκφράζουν λίγη ικανοποίηση και το αντίθετο. Η Oberst έχει επίσης προτείνει ότι οι ασθενείς σχηματίζουν δύο ομάδες προσδοκιών, που λαμβάνονται υπόψη τόσο περισσότερο όσο και οι περιορισμοί αυξάνουν. Σημαντικό είναι το γεγονός, ότι σχεδόν όλοι οι ερευνητές αναγνωρίζουν τις προσδοκίες ως ένα σημαντικό παράγοντα στην διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών (Abdellah & Levine 1957a, Abramowitz et al 1987, Donabedian 1980, Lamonica et al 1986). Δεν υπάρχει συμφωνία για το βαθμό και τον τρόπο με τον οποίο οι ακάλυπτες προσδοκίες επιδρούν στη συνολική ικανοποίηση. Οι Locker και Dunt (1978) υποστήριξαν, ότι η σχέση αυτή δεν είναι απαραίτητα αναλογική.

1.2.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.2.2.A. Εννοιολογικός ορισμός

Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (Bond & Thomas 1992) και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συχνά, οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της αντίληψής τους για την ποιότητα

χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, ενώ σύμφωνα με την Oberst (1984), υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών. Κατά τους Wriglesworth και Williams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο, όπως π.χ. ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ευτυχία και για το λόγο αυτό οποιαδήποτε αξιολόγηση είναι πολύ υποκειμενική.

Σύμφωνα με τους Abdellah & Levine (1957a), η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στη φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση είναι ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντίθεση με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό.

Ο Pascoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μία γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή χαρακτηρίζεται εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Σύμφωνα με τον Guzman και τους συνεργάτες του (1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια γενική αντίληψη του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από την φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς.

Στο νοσηλευτικό χώρο, ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι της Risser (1975), σύμφωνα με τον οποίο η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψής τους για την φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Από τους παραπάνω ορισμούς δεν διαφαίνεται για το αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση, αντίληψη, ή απλά μια άποψη για την φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Robbins (1993), στάση είναι η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και περιλαμβάνει τρία στοιχεία, το γνωσιακό, το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά, σε αντίθεση με την αντίληψη, που αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον και η οποία είναι δυνατόν να επηρεαστεί από τις στάσεις του κάθε ατόμου. Κατά την Linder-Pelz (1982a), η ικανοποίηση των ασθενών είναι στάση, η οποία αναφέρεται στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών την οποία κάνουν.

Τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας δημιουργεί στάσεις απέναντι στη ζωή γενικότερα (ικανοποίηση με την ζωή), παρ' όλο που δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία τα οποία να επιβεβαιώνουν ένα τέτοιο συμπέρασμα (ΟΤΑ 1988).

1.2.2.B. Λειτουργικός ορισμός

Ο λειτουργικός ορισμός μιας έννοιας περιγράφει τον τρόπο με τον οποίο αυτή μετρείται στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης έρευνας ή δραστηριότητας (Wilson 1989). Το κύριο ερώτημα είναι αν, κατά πόσο και ποιες περιοχές της φροντίδας υγείας μπορούν να περιγράψουν ή να ξεχωρίσουν οι ασθενείς.

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα μαρτυρούν την έλλειψη ποιοτικών ερευνών για την μελέτη του ερωτήματος αυτού. Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει ποσοτικές μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Τα αποτελέσματα των ποσοτικών ερευνών που έχουν γίνει ποικίλλουν. Γενικά, υπάρχουν ενδείξεις, ότι οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας, αλλά οι ενδείξεις αυτές ίσως να οφείλονται στη μεθοδολογία που ακολουθείται (Rubin 1990). Οι περισσότερες μελέτες στηρίζονται στα αποτελέσματα παραγοντικής ανάλυσης ή στη συσχέτιση των διαφόρων περιοχών της φροντίδας μεταξύ τους, για την διερεύνηση της ικανότητας των ασθενών να διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Αρκετοί ερευνητές έχουν υπογραμμίσει την ανάγκη να αξιολογηθεί η σχετική σπουδαιότητα των

διαφόρων διαστάσεων και ερωτήσεων, προκειμένου να υπάρξουν συντελεστές βαρύτητας και να διευκολυνθεί ο υπολογισμός μιας συνολικής βαθμολόγησης (Hall & Dorman 1988).

Σύμφωνα με τους Ware και Snyder (1975), ανέφεραν δέκα περιοχές ικανοποίησης από τη φροντίδα υγείας, ύστερα, όμως από την παραγοντική ανάλυση, κατέληξαν σε οκτώ περιοχές: τεχνική, τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις), φυσικό περιβάλλον, διαθεσιμότητα, πρόσβαση, συνέχεια, αποτελεσματικότητα και οικονομικά. Στην αξιολόγηση της εγκυρότητας του περιεχομένου δε συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητας αυτών των περιοχών, οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή, την ιατρική και τη νοσηλευτική φροντίδα (Oberst 1984).

Σύμφωνα με τους Greeneich, Long και Miller (1992), οι τέσσερις διαστάσεις τέχνη, τεχνική, φυσικό περιβάλλον και αποτελεσματικότητα που έχουν προταθεί από τους Ware και Snyder (1975), έχουν εφαρμογή στη νοσηλευτική. Οι ίδιοι ερευνητές πρότειναν πέντε νοσηλευτικές διαστάσεις για την ικανοποίηση του ασθενούς: α) χαρακτηριστικά της προσωπικότητας του νοσηλευτικού προσωπικού (όπως ευγένεια, ενδιαφέρον, σεβασμός), β) χαρακτηριστικά νοσηλευτικής φροντίδας (όπως διδασκαλία, εμπιστοσύνη, συνέχεια, φροντίδα, υπεράσπιση δικαιωμάτων του ασθενούς και τεχνικές επικοινωνίας), γ) νοσηλευτική ικανότητα (όπως τεχνική, γνώσεις και οργανωτική ικανότητα), δ) περιβάλλον (όπως θόρυβος, ευκολίες, φαγητό, καθαριότητα), και ε) προσδοκίες των ασθενών.

Ο Parasuraman και οι συνεργάτες του (1988), βασιζόμενοι στην προσέλκυση των πελατών (marketing), πρότειναν πέντε διαστάσεις για την ικανοποίηση των χρηστών –πελατών με οργανισμούς παροχής υπηρεσιών: φυσικό περιβάλλον, αξιοπιστία, ανταπόκριση, σιγουριά και ενδιαφέρον. Οι προτεινόμενες διαστάσεις δεν αφορούν την τεχνική πλευρά, έχουν δοκιμαστεί σε διάφορους οργανισμούς, όπως τράπεζες, τηλεφωνικές υπηρεσίες κτλ και τελευταία έχουν εφαρμοστεί στην ικανοποίηση των ασθενών από την νοσοκομειακή και τη νοσηλευτική φροντίδα (Scardina 1994). Η παραγοντική ανάλυση δεν επιβεβαίωσε αυτές τις διαστάσεις, αλλά έδειξε την ύπαρξη ενός παράγοντα ο οποίος δεν ήταν δυνατόν να χαρακτηριστεί. Αυτό το αποτέλεσμα ίσως να οφείλεται στην αμφισβητούμενη εγκυρότητα της μεθόδου βαθμολόγησης, σύμφωνα με την οποία η ικανοποίηση των ασθενών υπολογίστηκε με βάση τη διαφορά μεταξύ προσδοκιών και αντιλήψεων. Σημαντικό ήταν το γεγονός, ότι αν και το δείγμα ήταν μεγάλο (N= 2.036), η συμμετοχή ήταν πολύ μικρή (22%).

Στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα έχουν επικρατήσει τρεις διαφορετικοί ορισμοί.

Ο Abramowitz και οι συνεργάτες του (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης: ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, το βοηθητικό προσωπικό, τους βοηθούς νοσηλευτές, την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και θεραπείες, το θόρυβο, την καθαριότητα, το φαγητό, τις υπηρεσίες συνοδών (escort services) και τέλος τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Meterko και τους συνεργάτες του (1990), υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: υποδοχή των ασθενών, καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, νοσηλευτική φροντίδα, ιατρική φροντίδα, υπόλοιπο προσωπικό, περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης, διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Τέλος, οι Carey & Seibert (1993) ανέφεραν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: ευγένεια, ιατρικό προσωπικό, νοσηλευτικό προσωπικό, φαγητό, άνετο περιβάλλον και καθαριότητα, διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης, θρησκευτικές ανάγκες και αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

Οι ανωτέρω λειτουργικοί ορισμοί είναι αποτέλεσμα εμπειρικών δεδομένων και βασίζονται στα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης. Κανένας λειτουργικός ορισμός δε στηρίζεται σε κάποιο θεωρητικό πλαίσιο και το κυριότερο, δεν αναφέρεται ο αντίστοιχος εννοιολογικός ορισμός της ικανοποίησης ασθενών. Αυτός είναι ο λόγος για τον οποίο οι λειτουργικοί ορισμοί βασίζονται σε γενικές και αλληλοκαλυπτόμενες περιοχές φροντίδας που δεν έχουν μεγάλη χρησιμότητα, ίσως, την προσέλκυση πελατών (marketing).

Στην ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα, εκτός των περιοχών οι Ware & Snyder (1975), αναφέρονται και οι τρεις περιοχές που έχουν προτείνει η Hulka και οι συνεργάτες της (1975): τεχνική, διαπροσωπικές σχέσεις και κόστος-ευκολία.

Ο παλαιότερος λειτουργικός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες είναι των Abdallah και Levine (1957 a, b, c, d, e, 1964), ο οποίος αναφέρεται σε επτά διαστάσεις: ανάπαυση, διαιτητικές συνήθειες, τουαλέτα, προσωπική υγιεινή και υποστηρικτική φροντίδα, αντίδραση στη θεραπεία και επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό. Ο ορισμός αυτός δίνει έμφαση στον υποστηρικτικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού και αντανακλά τον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας τη συγκεκριμένη εποχή, δείχνοντας, ότι δεν είναι δυνατό να γίνει αναφορά στις διαστάσεις φροντίδας χωρίς να

ληφθεί υπόψη ο τρόπος που η νοσηλευτική ορίζεται και οργανώνεται στο συγκεκριμένο τοποχρόνο.

Επιπλέον, ένας λειτουργικός ορισμός, που κατασκευάστηκε από την Risser για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς το 1975, βρήκε αρκετή απήχηση στο χώρο της νοσηλευτικής τα επόμενα χρόνια. Έτσι, αναγνωρίζονται τρεις περιοχές ικανοποίησης: τεχνική-επαγγελματική, διαπροσωπική-εκπαιδευτική και διαπροσωπική-εμπιστοσύνης.

Η La-Monica και οι συνεργάτες της (1986), βασιζόμενοι στο εργαλείο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών της Risser, κατέληξαν σε τρεις διαστάσεις: δυσαρέσκεια, υποστήριξη σε διαπροσωπικό επίπεδο και καλή εντύπωση.

Μια μεγάλη έρευνα που διεξήχθη στη Φιλανδία, ανέδειξε ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, σύμφωνα με το οποίο αναγνωρίζονται οι ακόλουθες περιοχές: χαρακτηριστικά του προσωπικού, τεχνικές δραστηριότητες, διαπροσωπικές σχέσεις, προαπαιτούμενες συνθήκες, περιβάλλον, διαδικασίες εισόδου και εξόδου του ασθενούς από το νοσοκομείο και στρατηγικές ενίσχυσης (empowerment strategies) (Leino-Kilpi 1996). Σημαντικό στοιχείο του θεωρητικού πλαισίου είναι, ότι η μέτρηση βασίζεται στη σύγκριση μεταξύ προσδοκιών των ασθενών κατά την είσοδό τους και της αξιολόγησης των υπηρεσιών που έκαναν κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο.

Η τεχνική πλευρά και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναφέρονται στους περισσότερους λειτουργικούς ορισμούς. Στον όρο τεχνική αντιστοιχούν οι τεχνικές ικανότητες, οι γνώσεις, η δεξιότητα, η φυσική φροντίδα και η εμπειρία στην εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας, ενώ στον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αντιστοιχεί η θεραπευτική σχέση η οποία συμπεριλαμβάνει την ευγένεια, τη λεκτική και μη επικοινωνία, και τη δυνατότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας (Miller-Bader 1988). Σε μια έρευνα, ζητήθηκε από τους ασθενείς να περιγράψουν τι θεωρούν ως σπουδαιότερο δείκτη της καλής νοσηλευτικής φροντίδας. Οι απαντήσεις ομαδοποιήθηκαν με βάση τα επίθετα και τις εκφράσεις που χρησιμοποιήθηκαν σε δυο μεγάλες κατηγορίες, των διαπροσωπικών σχέσεων και της ιατρικής-φυσικής φροντίδας, αν και κάποιες λέξεις άνηκαν και στις δύο κατηγορίες (Ciske 1974). Πρώτος, ο Donabedian (Rubin, 1990) όρισε ότι από τις ανοικτού τύπου ερωτήσεις και περιγραφές των ασθενών, οι ασθενείς ξεχωρίζουν την τεχνική και τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας για διαφορετικές υπηρεσίες και κατηγορίες προσωπικού. Είναι αμφίβολο εάν οι ασθενείς είναι ικανοί να διακρίνουν τις δυο αυτές

πλευρές της φροντίδας, παρόλο που έχει δοθεί έμφαση στις δύο αυτές διαστάσεις, σύμφωνα με τον Doering (1983).

1.3. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.3.1. ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ

Η έννοια της ποιότητας στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στον αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον «Πάπυρο Smith» (Hook, 1973). Τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας.

Το 2000π.Χ. γίνεται αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής από τον ποινικό κώδικα του βασιλέως Χαμουραμί και μάλιστα με προβλεπόμενη ποινή, βασισμένη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανόν προκύπτει από κακή χειρουργική φροντίδα με ατυχή έκβαση (Garnson, 1929).

Αναφορά για την ανάγκη διασφάλισης της ποιότητας, συναντούμε και στους δεοντολογικούς κανόνες και τους κώδικες ηθικής στην εποχή του Ιπποκράτη, όπως εκφράζεται από την επιταγή «ωφελείν ή μη βλάπτειν». Τους επόμενους αιώνες δε σημειώνεται κάποια εξέλιξη στις αρχές του Ιπποκράτη, κυρίως γιατί η υγεία αντιμετωπίζεται ως μέσο αγαθοεργιών της Εκκλησίας και των εκάστοτε αυτοκρατόρων.

Ο ποιοτικός έλεγχος, ουσιαστικά, ξεκινάει από το 1858, όταν η Florence Nightingale, νοσηλεύτρια κατά τον Κριμαϊκό Πόλεμο, προσπάθησε να εφαρμόσει πρόγραμμα ποιοτικού ελέγχου, βασισμένη στους δείκτες θνησιμότητας των νοσηλευόμενων ασθενών.

Αργότερα, το 1908, ο Dr. Groves διενήργησε μια σειρά από έρευνες, προκειμένου να συνδέσει την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών με τους δείκτες θνησιμότητας, αλλά και ανικανότητας των ιατρών σε χειρουργικές επεμβάσεις. Το παράδειγμά του ακολουθεί ο

χειρουργός Godman, τέσσερα χρόνια αργότερα, σε νοσοκομείο της Μασαχουσέτης. Το έργο του, όπως και αυτό της Nightingale, εστιάστηκε στο νοσοκομείο. Είναι περισσότερο γνωστός για την ανάπτυξη ενός πλαισίου αξιολόγησης της νοσοκομειακής περίθαλψης, το οποίο ονόμασε «η ιδέα του τελικού αποτελέσματος» (the end result idea). Δηλαδή, κατά τον Codman, τα νοσοκομεία έπρεπε να παρακολουθούν τους ασθενείς που περιέθαλπαν, τόσο κατά τη νοσηλεία τους, όσο και για ορισμένο χρονικό διάστημα μετά τη λήψη εξιτηρίου.

Η ανάγκη ελέγχου των διαδικασιών και του κόστους οδήγησε σε επαναφορά της έννοιας της ποιότητας την δεκαετία του 1960. Ακολούθησε η συστηματική μελέτη και εφαρμογή του ποιοτικού ελέγχου των πρακτικών των νοσοκομείων και η δειλή εμφάνιση των πρώτων προτύπων για τις διαδικασίες σε αυτά, την επόμενη δεκαετία.

Η εισαγωγή μέτρων αξιολόγησης των ιατρικών διαδικασιών και η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών χαρακτηρίζονται ως επανάσταση στον κλάδο (Cronin and Taylor, 1992). Στα τέλη της δεκαετίας του 1980, αρχίζει η εκτενής ενασχόληση ακαδημαϊκών και επαγγελματιών με το θέμα της ποιότητας στην ιατρική περίθαλψη. Δημιουργήθηκαν πληθώρα εθνικών και διεθνών προτύπων για την διασφάλιση της ποιότητας και αρκετοί οργανισμοί για την προώθηση του ζητήματος.

1.3.2. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Παγκόσμια, παρατηρείται ένα υψηλό ενδιαφέρον για την αξιολόγηση και βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών στο χώρο της υγείας.

Είναι γενικά αποδεκτό ότι το σύγχρονο περιβάλλον, στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις παγκοσμίως είναι ιδιαίτερος ανταγωνιστικό. Ο καταναλωτής έχει στην διάθεσή του μία μεγάλη ποικιλία αγαθών και υπηρεσιών για να επιλέξει. Οι επιχειρήσεις, που ανταγωνίζονται πλέον σε παγκόσμιο επίπεδο, πρέπει να διαφοροποιηθούν, να ξεχωρίσουν από τους ανταγωνιστές τους και να κατορθώσουν να προσελκύσουν τον καταναλωτή.

Ο σημερινός καταναλωτής φαίνεται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένος στο θέμα της ποιότητας, γεγονός που οδήγησε πολλές επιχειρήσεις στην υιοθέτηση των αρχών της ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους.

Πώς μπορούμε όμως να ορίσουμε την ποιότητα; Οι ορισμοί σε ξένα και ελληνικά συγγράμματα είναι αρκετοί και μερικές φορές αμφιλεγόμενοι. Παρακάτω παρατίθενται μερικοί από αυτούς:

Ποιότητα είναι ο βαθμός στον οποίο ένα σύνολο δομικών χαρακτηριστικών εκπληρώνει τις απαιτήσεις (ISO 9000:2001). Χαρακτήρας, χαρακτηριστικό ή ιδιότητα οποιουδήποτε πράγματος που το κάνει καλό ή κακό, αξιέπαινο ή κατακριτέο, δηλαδή ο βαθμός αριστείας που κατέχει ένα πράγμα.

Ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο, ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ανταποκρίνεται ή και ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay). Σύμφωνα δε, με τους Glenn Laffel και David Blumental, η ποιότητα θα πρέπει να οριστεί σαν μια συνεχής προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού για την ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των πελατών. Σύμφωνα με τον John Onretveit (1994), κατά τη διαδικασία ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν α) ένας επαγγελματικός ορισμός του τί χρειάζεται ο πελάτης, β) ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες του και γ) η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών του. Τελικά, ο Onretveit (1994) καταλήγει στον ορισμό της ποιότητας ως «η ικανοποίηση των απαιτήσεων του καταναλωτή στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει σ' αυτόν τρία στοιχεία: την ποιότητα ως προς τον πελάτη, η οποία μετράει την ικανοποίηση του πελάτη, τα παράπονά του και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτό που ζητάει, την επαγγελματική ποιότητα, η οποία είναι ο βαθμός στον οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα και, τέλος, την ποιότητα διαδικασιών, η οποία είναι ο σχεδιασμός και λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων των πελατών.

Όμως, η έννοια της ποιότητας δεν έχει ακόμα επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μία έννοια νεφελώδης (Bond & Thomas 1991) ή ακόμα και ένα άπιαστο όνειρο (Houston & Pasanen 1972). Σύμφωνα με την θεωρία του Brook, η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και σύνθετη και η αναγνώριση των ιδιοτήτων που συνθέτουν την έννοια αυτή είναι πολύ δύσκολη.

Στην ποιότητα συναντώνται δύο πλευρές (Brook, 1999):

1. Η ποιότητα σχεδιασμού.

2. Η ποιότητα της συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, που αφορά το βαθμό ικανοποίησης του πελάτη από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε.

Η ποιότητα, συνεπώς, είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of Medicine 1990) έχει ορίσει την ποιότητα της φροντίδας, ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι σε συμφωνία με τη σύγχρονη επαγγελματική γνώση, ενώ το αρμόδιο Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του κογκρέσου των Η.Π.Α. (ΟΤΑ 1988), θεωρεί ότι η ποιότητα είναι δύσκολο να οριστεί και στην πραγματικότητα αποκτά συγκεκριμένες ιδιότητες μόνο όταν κάποιος προσπαθεί να τη μετρήσει.

Ο Nick Black αναφέρει ότι οι υπάρχοντες ορισμοί της ποιότητας είναι περιοριστικοί στο περιεχόμενό τους και για αυτό το λόγο υπάρχει η ανάγκη υιοθέτησης ενός ευρύτερου ορισμού. Σύμφωνα με αυτόν, υψηλής ποιότητας υπηρεσία είναι η υπηρεσία η οποία παρέχει αποτελεσματική φροντίδα, ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη και παρέχεται δίκαια, αποδοτικά, αποτελεσματικά και ανθρώπινα.

Ο επικρατέστερος ορισμός της έννοιας <<ποιότητα>> σήμερα είναι: <<ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας είναι οτιδήποτε ανταποκρίνεται ή και ξεπερνάει τις προσδοκίες των καταναλωτών. Στο χώρο της Υγείας, ο κλασικός ορισμός της ποιότητας έχει δοθεί από τον Donabedian, ο οποίος θεωρείται ο <<πατέρας>> της διασφάλισης της ποιότητας στο χώρο της Υγείας. Ο Donabedian ορίζει την ποιότητα ως την <<μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης>>. Σήμερα, παρά την αδιαμφισβήτητη μεγάλη συμβολή του στη βελτίωση της ποιότητας, ο κλασικός του ορισμός θεωρείται στατιστικός και όπως και στο χώρο της Υγείας οι προσπάθειες στρέφονται πλέον προς τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Ο Donabedian, το 1970, όρισε την ποιότητα της φροντίδας, ως τη συμμόρφωση μεταξύ της πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων, αλλά στη συνέχεια τόνισε τη δυσκολία προσέγγισης της έννοιας της ποιότητας στο χώρο της υγείας, λέγοντας, ότι προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας πρέπει πρώτα να λυθεί ένα μυστήριο: το νόημα της ποιότητας (Donabedian 1980). Σύμφωνα με τον ίδιο ερευνητή, δεν είναι ξεκάθαρο εάν είναι ιδιότητα, ομάδα από λειτουργικά συνδεδεμένες ιδιότητες, διαχειριστική απόφαση ή προσωπική προτίμηση. Επομένως, η αναγνώριση των ιδιοτήτων που συνθέτουν την έννοια της ποιότητας είναι πολύ δύσκολη. Αλλά ακόμα και αν δεν

υπάρξει αναγνώριση των ιδιοτήτων αυτών, θα υπάρχει πάντα το πρόβλημα της μετατροπής τους σε κριτήρια και πρότυπα (standards), τα οποία να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Δεν είναι μόνο οι ιδιότητες της ποιότητας δύσκολο να οριστούν αλλά τα φαινόμενα ή τα αντικείμενα που αυτές οι ιδιότητες χαρακτηρίζουν είναι επίσης αόριστα. Για παράδειγμα, υπάρχουν διαφορετικές έννοιες για το τι συνιστά την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών, πρέπει να δίνεται έμφαση στον τρόπο με τον οποίο η ιατρική και η νοσηλευτική περιγράφονται και οργανώνονται στο συγκεκριμένο χώρο. Αν λόγω χάρη, έχει υιοθετηθεί το μηχανιστικό μοντέλο, τότε η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στον καταμερισμό εργασιών και στην εφαρμογή του επαγγελματικού ρόλου με βάση ιατρικούς και τεχνικούς όρους. Οι διαπροσωπικές και μορφωτικές πλευρές του νοσηλευτικού ρόλου δεν αναγνωρίζονται και το οργανωτικό σύστημα δε δίνει το χρόνο για να αναπτυχθούν. Κατ' επέκταση, η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας. Σύμφωνα με την Lang (1976), η οποία ανέπτυξε το αμερικανικό μοντέλο ποιοτικής διασφάλισης και το οποίο έχει υιοθετηθεί, η συζήτηση για την ποιότητα πρέπει να τοποθετηθεί μέσα σε κάποιο γενικότερο πλαίσιο. Για να δοθεί ένας χρήσιμος ορισμός της ποιότητας, πρέπει να τεθεί το ερώτημα, ποιότητα σύμφωνα με ποιόν και κάτω από ποιες συνθήκες. Ο Vuori (1982) υποστήριξε ότι είναι αδύνατον να αναπτυχθεί ένας ορισμός για την ποιότητα που να ικανοποιεί όλους τους ενδιαφερόμενους. Παραδοσιακά, η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας βασιζόταν αποκλειστικά στην άποψη των λειτουργών υγείας. Τίθεται σε αμφισβήτηση η εγκυρότητα των προσπαθειών συσχέτισης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας, διότι τα τελευταία χρόνια υπάρχει συμφωνία διαφορετικών απόψεων (Doering 1983).

Σε μια έρευνα, στην οποία μελετήθηκαν οι απόψεις του προσωπικού για τη φροντίδα, βρέθηκε, ότι το διοικητικό προσωπικό επικεντρώθηκε στην έλλειψη πληροφόρησης ως βασική έλλειψη της φροντίδας, το ιατρικό προσωπικό στην απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με τη γραφική εργασία, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό στα αίτια που απομακρύνουν το νοσηλευτή από τον ασθενή. Αξιοσημείωτο είναι ότι οι λειτουργοί υγείας φαίνεται ότι βασίζονται στην τεχνική πλευρά, ενώ οι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι στον τρόπο μεταχείρισης και τέλος, η κοινωνία δίνει περισσότερη έμφαση στην κατανομή και στην προσπέλαση των υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με την Larson που διεξήγαγε τρεις έρευνες, το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί πιο σημαντικές τις διαπροσωπικές σχέσεις σε αντίθεση με τους ασθενείς που θεωρούν πιο σημαντικές τις τεχνικές παρεμβάσεις. Χρησιμοποιήθηκε η τεχνική <<Q>>, που βασίζεται στην υποχρεωτική επιλογή και κατανομή των ερωτήσεων, καθώς και τα διαφορετικά ευρήματα είναι δυνατόν να οφείλονται στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις ή ακόμα και να αντιπροσωπεύουν πολιτισμικές διαφορές ή διαφορές στον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας. Σημασία έχει ότι η αναγνώριση ύπαρξης διαφορετικών απόψεων για τη φροντίδα έχει γίνει αποδεκτή από το σύνολο των επιστημόνων και αποτελεί βασική θέση του Π.Ο.Υ.(WHO 1979).

Η πρώτη προσπάθεια για συστηματική καταγραφή δεδομένων και σύγκριση με προκαθορισμένα κριτήρια έγινε από την Florence Nightingale, στον πόλεμο της Κριμαίας και ήταν ουσιαστικά η πρώτη προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (CBO 1990).

Τα τελευταία χρόνια, το πιο ευρέως αποδεκτό θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της φροντίδας υγείας είναι αυτό του Donabedian (1980), το οποίο έχει υιοθετηθεί από το Ινστιτούτο Ιατρικής των Η.Π.Α. (Institute of Medicine 1990) η ποιότητα αξιολογείται με βάση το βαθμό συμμόρφωσης μεταξύ πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων δομής, διαδικασιών και αποτελέσματος.

Ο όρος **δομή** αναφέρεται στα χαρακτηριστικά των πηγών του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας και εφαρμόζεται σε ατομικό επίπεδο ή σε επίπεδο οργανισμών. Είναι μέτρο της δυνατότητας του συστήματος για παροχή ποιοτικής φροντίδας, αλλά οι ελλείψεις στη δομή δε συνεπάγονται κατ' ανάγκη χαμηλή ποιότητα της φροντίδας και αντίστροφα. Η δομή, σε ατομικό επίπεδο αναφέρεται σε παράγοντες όπως τα χαρακτηριστικά των λειτουργιών υγείας, ενώ σε επίπεδο οργανισμών σε παράγοντες όπως το μέγεθος του οργανισμού και ο τεχνολογικός εξοπλισμός.

Ο όρος **διαδικασίες** περιλαμβάνει ό,τι γίνεται για τον ασθενή ή διαφορετικά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και αποκτούν τη φροντίδα υγείας. Οι μετρήσεις διαδικασιών αποσκοπούν στην αναζήτηση πληροφοριών για προβλήματα που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

Τέλος, τα **αποτελέσματα** αναφέρονται στην τελική συνολική επίδραση των διαδικασιών της φροντίδας στην υγεία και ευεξία των ασθενών και των πληθυσμών. Στο πλαίσιο αυτό,

η ικανοποίηση του ασθενούς θεωρείται ένα σημαντικό μέτρο του αποτελέσματος της φροντίδας (Institute of Medicine 1990).

Ο Donabedian (1980), όσον αφορά τις διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα, συμφωνώντας με την άποψη της Lang (1976), διατύπωσε τρεις ορισμούς. Ο πρώτος, αναφέρεται στη βελτίωση της υγείας των ασθενών όσο είναι ιατρικώς δυνατό. Όταν η αξιολόγηση της ποιότητας συμπεριλαμβάνει τις ποικίλες επιθυμίες, προσδοκίες και αξίες των ασθενών, γίνεται αναφορά στον εξατομικευμένο ορισμό της ποιότητας της φροντίδας. Επειδή η κατανομή των χρημάτων στο χώρο της υγείας είναι κοινωνικά καθοριζόμενη γεννάται ο τρίτος ορισμός, ο κοινωνικός ορισμός. Οι παράγοντες που περιλαμβάνονται στον κοινωνικό ορισμό είναι οι ίδιοι, όπως και στον εξατομικευμένο ορισμό, αλλά οι ποσότητες διαφέρουν. Πέρα από το συνολικό καθαρό όφελος για έναν ολόκληρο πληθυσμό, η κατανομή αυτού του οφέλους αποκτά μεγάλη σπουδαιότητα. Είναι σαφής η διάκριση του Donabedian (1980), όσον αφορά τους ορισμούς τον απόλυτο, τον εξατομικευμένο και τον κοινωνικό ορισμό της ποιότητας.

Σύμφωνα με την κριτική της Holden (1989), η Lang, αντίθετα με τον Donabedian που θεωρεί την κρίση του λειτουργού υγείας απόλυτη και απλά δέχεται την ύπαρξη της άποψης του ασθενούς σε επίπεδο ατομικό και κοινωνικών αξιών, δέχεται ότι οι κοινωνικές αξίες καθορίζουν τα επιθυμητά αποτελέσματα της νοσηλευτικής και αναγνωρίζει τη σπουδαιότητα των ατομικών αξιών των λειτουργών υγείας οι οποίες μπορούν να επηρεάσουν την κλινική πράξη.

Ο Donabedian (1980) ασχολήθηκε με το θέμα των διαστάσεων της ποιότητας και υποστηρίζει ότι η διερεύνηση της ύπαρξης ή όχι διαστάσεων της ποιότητας της φροντίδας πρέπει να αρχίσει από την απλούστερη μορφή φροντίδας: το χειρισμό από τον ιατρό ή άλλο λειτουργό υγείας ενός επεισοδίου αρρώστιας για ένα συγκεκριμένο ασθενή. Αυτός ο χειρισμός περιλαμβάνει την τεχνική (technical) και την διαπροσωπική (interpersonal) διάσταση. Η πρώτη περιοχή έχει ονομαστεί ως η επιστήμη και η δεύτερη ως η τέχνη της ιατρικής.

Η πρόβλεψη και παροχή υπηρεσιών Υγείας είναι μια δύσκολη υπόθεση και οι διαστάσεις της ποιότητας που τις αφορούν το αποδεικνύουν ξεκάθαρα. Προκειμένου να πειστεί ο ασθενής και οι οικείοι του ότι η υπηρεσία υγείας που του παρέχεται είναι η καλύτερη δυνατή, πάντα σε σχέση με τους διαθέσιμους πόρους, πρέπει να ικανοποιηθεί μια σειρά παραμέτρων. Οι παράμετροι αυτές προσομοιάζουν με τις παραμέτρους για την ποιότητα

των υπηρεσιών γενικά, οι οποίες αφορούν τα αισθητικά χαρακτηριστικά (tangibles), την αίσθηση συμπαράστασης (empathy), την ανταπόκριση (responsiveness), την ασφάλεια (security) και την αξιοπιστία (reliability) (Parasuraman et al, 1991), αλλά είναι πιο εξειδικευμένες με εστίαση στην ικανοποίηση του ασθενούς. Ο ερευνητής της ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας Maxwell, προτείνει στο άρθρο του <<Quality Assesment in Health>>, μια σειρά παραμέτρων που βασίζονται στη λογική των παραμέτρων για τις ποιοτικές υπηρεσίες κατά Parasuraman.

Οι διαστάσεις της ποιότητας του Maxwell είναι ευρέως αποδεκτές και θεωρούνται εξαιρετικής σημασίας για την παροχή ποιοτικών Υπηρεσιών Υγείας. Οι απαραίτητες προϋποθέσεις για την παροχή μιας ποιοτικής υπηρεσία Υγείας είναι:

-η ευκολία πρόσβασης που έχει σε αυτήν ο ασθενής τοποθεσία και εύρος προσφερομένων υπηρεσιών Υγείας

-Η σχετικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται

-Η ισότητα και η δικαιοσύνη όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών όλων των ανθρώπων που έχουν ανάγκη από τη φροντίδα Υγείας

-Η αποτελεσματικότητα κατά την παροχή, μέσα από την σωστή αξιοποίηση των απαραίτητων πόρων

-Η αποδοχή της παρεχόμενης υπηρεσίας από ασθενείς και τους συγγενείς του

-Η αποδοτικότητα και ορθότητα των υπηρεσιών που παρέχονται

Συσχετίζοντας τις παραπάνω παραμέτρους με τις παραμέτρους ποιότητας υπηρεσιών κατά Parasuraman, θα λέγαμε ότι η ευκολία πρόσβασης που έχει στις υπηρεσίες ο ασθενής, η οποία αναφέρεται στο εύρος και την τοποθεσία παροχής των υπηρεσιών θα μπορούσε να συσχετισθεί τόσο με τα αισθητικά χαρακτηριστικά (tangibles), όσο και με την ανταπόκριση (responsiveness) κατά Parasuraman. Η σχετικότητα των παρεχομένων υπηρεσιών με τις ανάγκες του πληθυσμού στον οποίο απευθύνεται, συσχετίζεται τόσο με την ανταπόκριση (responsiveness), όσο και με την αίσθηση συμπαράστασης (empathy) κατά Parasuraman. Η ισότητα και η δικαιοσύνη όσον αφορά την κάλυψη των αναγκών όλων των ανθρώπων που έχουν ανάγκη από τις φροντίδες υγείας, συσχετίζεται με την αίσθηση συμπαράστασης (empathy) και την ανταπόκριση (responsiveness). Η αποτελεσματικότητα κατά την παροχή, αλλά και η αποδοτικότητα και ορθότητα των

υπηρεσιών που παρέχονται είναι ξεκάθαρα συνδεδεμένης με την αξιοπιστία (reliability) των υπηρεσιών κατά Parasuraman. Τέλος, η αποδοχή της παρεχόμενης υπηρεσίας από τους ασθενείς και συγγενείς τους, ως ευρύτερη έννοια, θα μπορούσε να περικλείει όλες τις διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών κατά Parasuraman. Η κάλυψη όμως των παραπάνω παραμέτρων για την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών υγείας πρέπει να βασίζεται σε ένα διοικητικό πλέγμα που έχει σαν διαστάσεις του τα εξής:

- πρόβλεψη των αναγκών των ασθενών
- σωστή διαμόρφωση των υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες αυτές
- συνεχή έλεγχο και βελτίωση των ανθρώπινων και χρηματοοικονομικών πόρων
- ύπαρξη κεφαλαίων προς αναρρόφηση σε τομείς με ανάγκη βελτίωσης
- σωστή οργανωτική δομή
- δομημένες εσωτερικές και εξωτερικές σχέσεις
- σωστή διαχείριση κτιρίων και μηχανημάτων
- αποτελεσματική διοίκηση ανθρώπινων πόρων

Από την πλευρά του ασθενούς ως αποδέκτη τώρα, αυτά που θεωρούνται πιο σημαντικά κατά τη λήψη μιας υπηρεσίας Υγείας είναι:

- η υποστήριξη που δέχεται από τεχνικά-τεχνολογικά μέσα
- η πληροφόρηση που του δίνεται για την αντικατάστασή του
- το είδος και το ύφος της επικοινωνίας ανάμεσα σε αυτόν και τους θεράποντές του
- η συμπεριφορά των θεραπόντων απέναντί του (εξατομίκευση αναγκών, αίσθηση σημαντικότητας προβλήματος από γιατρούς)
- το φυσικό περιβάλλον μέσα στο οποίο παρέχεται η υπηρεσία

Συγκρίνοντας και εδώ τις σημαντικές για τον ασθενή παραμέτρους με τις διαστάσεις ποιότητας υπηρεσιών κατά Parasuraman, θα λέγαμε ότι τόσο η υποστήριξη από τεχνολογικά μέσα, όσο και το περιβάλλον στο οποίο δέχεται την υπηρεσία ο ασθενής σχετίζονται με τα αισθητικά χαρακτηριστικά (tangibles), ενώ η πληροφόρηση που δέχεται για την κατάσταση του ως το είδος της επικοινωνίας με τους θεράποντες σχετίζεται με τη συμπάρασταση (empathy) και την ανταπόκριση (responsiveness). Τέλος, η συμπεριφορά των θεραπόντων απέναντί του σχετίζεται με την ανταπόκριση (responsiveness) και την

αίσθηση ασφάλειας που του δημιουργείται (security). Αυτά τα τρία ζεύγη διαστάσεων που αποτελούν τις τρεις κολώνες του σχήματος 1, πρέπει να ληφθούν απαραίτητα υπόψη, κατά την παροχή οποιασδήποτε Υπηρεσίας Υγείας, προκειμένου να μπορούμε να θεωρούμε ότι η υπηρεσία αυτή προσφέρεται σύμφωνα με αυτό που ζητά ο ασθενής. Από το 1990 και έπειτα, η ανάγκη για συστηματική οργάνωση στο χώρο των παρεχόμενων Υπηρεσιών Υγείας οδήγησε στην ανάπτυξη συστημάτων βασισμένων στην φιλοσοφία της ΔΟΠ, η οποία αναφέρονται στα χαρακτηριστικά εκείνα που πρέπει να διαθέτει μια Υπηρεσία Υγείας προκειμένου να τηρεί το <<συμβόλαιο>> το οποίο υπογράφεται με τον καταναλωτή ασθενή κατά τη στιγμή που αυτός επιλέγει τον συγκεκριμένο παροχέα της υπηρεσίας ανάμεσα σε άλλους (Roch, 1991).

Τα χαρακτηριστικά αυτά εστιάζονται σε τρεις κυρίως διαστάσεις:

Την μορφή των Υπηρεσιών Υγείας, οι οποίες πρέπει να είναι προσβάσιμες, αποτελεσματικές, αποδεκτές και σύμφωνα με τις ανάγκες του ασθενούς τον τρόπο οργάνωσης των ιδρυμάτων που τις παρέχουν ο οποίος αναφέρεται στην ξεκάθαρη δέσμευση της ανώτατης διοίκησης προς την επίτευξη οράματος, την ομαδική εργασία, την εφαρμογή τεχνικών και εργαλείων για την βελτίωση της ποιότητας και την θέσπιση στόχων που παρακολουθούνται και βελτιώνονται συνεχώς. Την διάσπαση της έννοιας της παροχής φροντίδας σε επίπεδα. Στην φροντίδα που παρέχεται σε επίπεδο νοσοκομείου, σε επίπεδο πτέρυγας νοσοκομείου, σε επίπεδο εξειδικευμένου τμήματος και σε επίπεδο συμπεριφοράς του προσωπικού. Οι διαστάσεις αυτές είναι συμπληρωματικές όπως φαίνεται και στο σχήμα που ακολουθεί και έχουν στηριχτεί στη φιλοσοφία της ΔΟΠ για ποιοτική παροχή Υπηρεσιών Υγείας (Πίνακας 3). Το πλέγμα των Υπηρεσιών Υγείας που αναλύθηκε στηρίζεται στη δέσμευση πρωτίστως της ανώτατης διοίκησης και στην πολύ σημαντική για την έκβαση του τελευταίου αποτελέσματος, ενεργό συμμετοχή όλου του προσωπικού του νοσοκομείου, διοικητικού, ιατρικού και υποστηρικτικού.

Τεχνική είναι η εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας των επιστημών υγείας στο χειρισμό ενός προσωπικού προβλήματος υγείας, με τέτοιο τρόπο, ώστε να αυξάνεται το όφελος χωρίς να αυξάνονται οι κίνδυνοι. Ο βαθμός της ποιότητας της τεχνικής διάστασης είναι ουσιαστικά ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται επιτυγχάνει τον περισσότερο επιθυμητό συνδυασμό οφέλους και κινδύνου.

Η **διαπροσωπική** διάσταση αναφέρεται στην κοινωνική και ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευμένου. Ο χειρισμός των διαπροσωπικών σχέσεων

πρέπει να συναντά κοινωνικά οριζόμενες αξίες και κανόνες που καθορίζουν την αλληλεπίδραση των ατόμων τόσο σε γενικές, όσο και σε ειδικές περιπτώσεις. Έτσι, το μέτρο της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων μετρείται με το βαθμό συμμόρφωσης με αυτές τις αξίες, τους κανόνες, τις προσδοκίες και τις φιλοδοξίες.

Πέρα από την τεχνική και διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, σύμφωνα πάντα με τον Donabedian (1980), είναι δυνατόν να προστεθεί και ένα τρίτο στοιχείο της φροντίδας, που ονομάζεται <<amenities>> (φυσικές ανέσεις, ευκολίες, φυσικό περιβάλλον). Αυτός ο όρος περιλαμβάνει ένα ευχάριστο και άνετο δωμάτιο, καθαρά κλινοσκεπάσματα, καλό φαγητό κτλ. Ο Donabedian θεωρεί αυτή την κατηγορία ως μέρος ή παράγοντα που συνεισφέρει στο χειρισμό των διαπροσωπικών σχέσεων.

Η επιστήμη της κοινωνιολογίας αναγνωρίζει τρεις περιοχές που είναι δυνατόν να αξιολογηθούν στο χώρο της υγείας: τις τεχνικές εφαρμογές (instrumental), τη συμπεριφορά που συνδέεται με τις συναισθηματικές πλευρές της σχέσης (expressive) και τη μετάδοση και λήψη πληροφοριών (communication) (Vuori 1987).

Ο Gronroos (1984) διέκρινε δύο τύπους ποιότητας, την τεχνική και τη λειτουργική. Η πρώτη, ορίζεται κύρια με βάση την τεχνική ακρίβεια της διάγνωσης και των διαδικασιών, ενώ η δεύτερη, αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες παρέχονται στον ασθενή.

Είναι αρκετοί εκείνοι που διαφωνούν, ισχυριζόμενοι ότι όλες οι τεχνικές παρεμβάσεις δεν είναι επιστημονικές και μερικές διαπροσωπικές παρεμβάσεις έχουν επιστημονικό υπόβαθρο. Ο Donabedian είπε ότι η τεχνική φροντίδα δεν είναι θεραπευτική και δεν εμπεριέχει λιγότερη φροντίδα σε σχέση με τον χειρισμό των διαπροσωπικών διεργασιών, καθώς και ότι η διαπροσωπική σχέση θεραπευτή-θεραπευμένου μπορεί να επηρεάσει την επιτυχία των τεχνικών παρεμβάσεων. Ο διαχωρισμός τέχνης και τεχνικής είναι μια ατελής αντιπροσώπευση της διαφοράς μεταξύ τεχνικής και διαπροσωπικής πλευράς της φροντίδας. Το ίδιο μπορεί να ειπωθεί μεταξύ θεραπείας (cure) και φροντίδας (care). Ο διαχωρισμός δεν έχει τόση σημασία όσο η χρησιμότητά του.

Τέλος, η υπηρεσία είναι «κοινωνική ενέργεια που προϋποθέτει άμεση επαφή του πελάτη με τον αντιπρόσωπο της εταιρίας που παρέχει την υπηρεσία». Τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας διαφοροποιούν την έννοια της ποιότητας στον κλάδο. Η συμμόρφωση των χαρακτηριστικών της υπηρεσίας με τις απαιτήσεις του πελάτη κρίνεται αναγκαία. Οι διαδικασίες παραγωγής και παράδοσης της υπηρεσίας θα πρέπει να είναι

απόλυτα συμμορφωμένες με τις ανάγκες του καταναλωτή. Οι Parasuraman et al (1985) καταλήγουν ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι οι ακόλουθες:

- *Αξιοπιστία*: η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία π.χ. η τήρηση των προθεσμιών και των προβλεπόμενων διαδικασιών.
- *Ανταπόκριση*: η προθυμία και θέληση της εταιρίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη.
- *Ασφάλεια*: η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- *Ακρίβεια*: η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- *Μοναδικότητα*: η παραγωγή μίας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη.

Η ποιότητα μιας υπηρεσίας μπορεί να αξιολογηθεί από χαρακτηριστικά έρευνας, εμπειρίας και πίστης.

Συνοπτικά, οι επιχειρήσεις υπηρεσιών θα πρέπει να στρέψουν το στρατηγικό ενδιαφέρον τους στην εισαγωγή προγραμμάτων ποιότητας προκειμένου να διατηρήσουν την ανταγωνιστικότητά τους. Είτε πρόκειται για την παραγωγή ενός γεύματος σε fast food εστιατόριο, είτε για παράσταση νομικού συμβούλου σε μία δίκη, είτε για μια επέμβαση γαστροσκόπησης, η ύπαρξη προγραμμάτων ποιότητας προάγει τα συμφέροντα της επιχείρησης διασφαλίζοντας την ικανοποίηση του πελάτη.

1.3.3. ΟΡΙΣΜΟΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Ως Υγεία ορίζεται από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (WHO) η κατάσταση εκείνη που χαρακτηρίζεται από πλήρη σωματική, ψυχική και κοινωνική ευεξία. Ο ορισμός αυτός ταυτίζει την υγεία περισσότερο με την ποιότητα ζωής. Σήμερα περισσότερο από ποτέ γίνεται περισσότερη επιτακτική η ανάγκη για παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, προκειμένου να ανταποκριθεί στις ολοένα αυξανόμενες απαιτήσεις του κόσμου. Οι υπηρεσίες ενός κράτους πρέπει να ανταποκρίνονται σε τρία βασικά χαρακτηριστικά, ώστε να είναι σε θέση να αντιμετωπίζουν τις ανάγκες των κατοίκων για χάρη των οποίων έχουν δημιουργηθεί. Έτσι, πρέπει:

A) Να υπάρχουν και να είναι καλά οργανωμένες και διαθέσιμες; Στον πληθυσμό, σε κάθε ζήτηση ιατρικής φροντίδας και περίθαλψης.

B) να είναι προσπελάσιμες και χρησιμοποιήσιμες από τους πολίτες ώστε να υπάρχει δηλαδή ταυτόχρονη δυνατότητα παροχής ιατρικής φροντίδας στους κατοίκους μιας χώρας

Γ) Να είναι αποδέκτες από τους πολίτες. Η αποδοχή αναφέρεται κυρίως:

-στην ποιότητα των προσφερομένων υπηρεσιών

-στον επιστημονικό και επαγγελματικό επίπεδο των εργαζομένων στις Υπηρεσίες Υγείας

-στην αρτιότητα των εγκαταστάσεων

ο όρος Υπηρεσίες Υγείας περιλαμβάνει το σύνολο των παρεχόμενων ιατρικών υπηρεσιών προληπτικών και θεραπευτικών, καθώς και τους μηχανισμούς παροχής και διανομής τους. Συνοπτικά θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η περίθαλψη αναφέρεται σε Υπηρεσίες Υγείας που παρέχονται σε άτομα, τα οποία έχουν εκδηλώσει υποκειμενικά και αντικειμενικά συμπτώματα ενός συγκεκριμένου προβλήματος υγείας. Η φροντίδα αντίθετα είναι ευρύτερη έννοια που αναφέρεται και σε Υπηρεσίες Υγείας που προσφέρονται και σε υγιή άτομα και συχνά στο σύνολό του πληθυσμού μιας χώρας. Η διάκριση πάντως δεν είναι πάντοτε σαφής.

Η περίθαλψη από την άλλη, αναφέρεται είτε στην εξωνοσοκομειακή περίθαλψη. Το μεγαλύτερο ποσοστό ιατρικής περίθαλψης παρέχεται σίγουρα μέσα στα νοσοκομεία. Η νοσοκομειακή περίθαλψη μπορεί να είναι πρωτοβάθμια, δευτεροβάθμια ή τριτοβάθμια. Η πρωτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά στη διαγνωστική-θεραπευτική υπηρεσία που παρέχεται από τα εξωτερικά ιατρεία ενός νοσοκομείου, καθώς και στην επείγουσα, προληπτική και κοινωνική ιατρική. Ενδεικτικά, η δευτεροβάθμια περίθαλψη τη νοσηλεία, τον εργαστηριακό έλεγχο και τις γενικές επεμβάσεις. Η τριτοβάθμια νοσοκομειακή περίθαλψη αφορά τα εξειδικευμένα καρδιολογικά και πνευμονολογικά κέντρα περίθαλψης, καλύπτει όμως μεγάλες πληθυσμιακές ομάδες επιχειρώντας να απεικονίσουμε τις Υπηρεσίες Υγείας θα παρουσιάσουμε ένα σύστημα αποτελούμενο από τρία τουλάχιστον υποσυστήματα ανάλογα με το επίπεδο ανάλυσης, τα ακόλουθα περιλαμβάνουν το νοσοκομειακό εν γένει, το νοσοκομείο και τις παρεχόμενες από αυτό υπηρεσίες, οι οποίες μπορούν να παρέχονται εντός ή εκτός αυτού.

1.3.4. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση του ασθενή, κατά τον Yucelt, αποτελεί την επιβεβαίωση ή μη των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών. Παρόλο που αυτό που χρειάζεται ένας ασθενής από ένα νοσοκομείο είναι η θεραπεία, υπάρχει πλήθος άλλων παραγόντων που επηρεάζουν την κρίση του (Kotler and Clarke, 1987). Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τις μεθόδους διαχείρισης παραπόνων, την συμπεριφορά ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής φροντίδας και την συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους οδηγεί στο να κρίνουν ένα νοσοκομείο από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρά) και την εξυπηρέτηση (Teiberg et al, 1994). Κατά τον Karydis et al (2001), η εκτίμηση των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι πιο περίπλοκη από την εκτίμηση αυτών για άλλες υπηρεσίες για τους ακόλουθους λόγους:

1. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται από αβεβαιότητα,
2. Οι ασθενείς δεν μπορούν να προγραμματίσουν τις ανάγκες τους για αυτού του είδους τις υπηρεσίες,
3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Mosialos, 1991),
4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και πώς πρέπει να θεραπευτεί (Eastaugh, 1987),
5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη και δημιουργεί ανασφάλεια και άγχος,
6. Το επάγγελμα του ιατρού θεωρείται από τα πιο προστατευμένα και ελεγχόμενα στην Ελλάδα, στο οποίο υπάρχουν περιορισμοί για την προστασία του κοινωνικού συνόλου (Maniadakis, 1996).

Εμπειρικές έρευνες καταδεικνύουν ότι οι επικοινωνιακές ικανότητες των θεραπευτών βελτιώνουν το αντιληπτό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Οι ιατροί εφόσον αντιληφθούν τις παραπάνω ανάγκες και απαιτήσεις και τον βαθμό που επηρεάζουν την

αντίληψη των ασθενών, δύνανται να βελτιώσουν τις λεκτικές και μη επικοινωνιακές τους ικανότητες (Angeloroulou, 1999).

Η στενή παρακολούθηση της ικανοποίησης των ασθενών μέσω ενός καθημερινού και απλού συστήματος αποτελεί ένα αποδοτικό πρόγραμμα βελτίωσης ποιότητας (Salamdari, 2001). Η βιβλιογραφία για την ποιότητα στον κλάδο της υγείας εστιάζει ιδιαίτερα στην ικανοποίηση του ασθενή (Crolin and Taylor, 1994), καθιστώντας την ικανοποίηση αυτή ως δυναμικό ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για τις μονάδες υγείας. Η ποιότητα στις υπηρεσίες αναγνωρίστηκε διεθνώς ως σημαντικό βοήθημα για τον κλάδο της υγείας (Smith, 2000).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας ορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Vuori (1987), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, ένας δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας και προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Κατά τον French (1981), αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής. Η Henry και οι συνεργάτες της (1993) έχουν προτείνει ένα βασικό μοντέλο που περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις: καταλληλότητα θεραπείας, χρόνο νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων, θνησιμότητα, κατάσταση υγείας και ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με το Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του κογκρέσου των Η.Π.Α (OTA 1988), οι ασθενείς είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, ενώ για την αξιολόγηση της τεχνικής πλευράς της φροντίδας είναι απαραίτητες συμπληρωματικές πληροφορίες από άλλες πηγές. Αντίθετα, ο Meterko και οι συνεργάτες τους υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοί να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας (Meterko et al 1990).

Υπάρχουν ερευνητές που αμφισβητούν την άποψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι έγκυρος δείκτης της ποιοτικής φροντίδας. Ο Eriksen (1987) αμφισβητεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνεπάγεται και ποιοτική φροντίδα, γιατί όπως ισχυρίζεται η άσκηση

επαγγελματικής νοσηλευτικής, όπως η διδασκαλία για αυτοφροντίδα, μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τρόπο ζωής. Διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης δείχνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Λόγοι που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών, σύμφωνα με τον Vuori αφορούν ότι οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας, οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική και ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους και η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Οι λειτουργοί υγείας όριζαν τις ανάγκες των ασθενών και τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να ικανοποιηθούν (ΟΤΑ 1988). Οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν απροθυμία γενικά στο να ρωτούν τους ασθενείς τι σκέφτονται για την ποιότητα της φροντίδας, αποφεύγοντας τον εξωτερικό έλεγχο αλλά το χαρακτηριστικό κλειδί ενός επαγγέλματος είναι ο εσωτερικός έλεγχος πάνω στο τι θεωρείται ποιοτικά αποδεκτή επαγγελματική συμπεριφορά (Vuori 1982).

Οι ασθενείς δυσκολεύονται στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων (Ciske 1974). Αυτό συμβαίνει λόγω της τάσης για κοινωνική συμμόρφωση ή/και στην εξάρτηση από το προσωπικό (Pearson et al 1989). Σημειωτέον ότι οι απόψεις του προσωπικού και των ασθενών συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό (Rice et al 1963, Strasen 1988), ενώ άλλες, ότι το προσωπικό βαθμολογεί την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς (Abdellah & Levine 1957c, Pascoe & Attkison 1983).

Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες πρέπει να δουν σαν πραγματικότητα. Αυτό που έχει σημασία είναι πώς

αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική (Petersen 1988), γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με τη συμπεριφορά τους (Linder-Pelz 1982a) και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών (Bond & Thomas 1992).

Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge (1990) για την ποιότητα που είναι <<ό,τι αφορά τον καταναλωτή>>, θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι <<ό,τι αφορά τον ασθενή>>. Ό,τι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος. (Δημητριάδου και συν 1991) Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων (Strasen 1988)

1.3.5. ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ

Οι νοσηλευτές συνιστούν την πλειοψηφία των λειτουργών υγείας και λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στους ασθενείς παίζουν ένα καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της υγείας και της ικανοποίησης τους από τις υπηρεσίες υγείας, αν και δεν έχει αναγνωριστεί πλήρως η προσφορά της νοσηλευτικής. Πολλές έρευνες καταδεικνύουν ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι ο σημαντικότερος παράγοντας στην διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Είναι φυσικό, οι ασθενείς να κρίνουν την ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών από την ποιότητα των παρεχομένων νοσηλευτικών υπηρεσιών. Άλλες έρευνες έχουν δείξει, ότι η νοσηλευτική φροντίδα είναι από τους σημαντικότερους παράγοντες και εξηγεί σε μεγάλο βαθμό τη μεταβλητότητα της θνησιμότητας μεταξύ νοσοκομείων. Σύμφωνα με τον Hartz και τους συνεργάτες τους (1989), βρήκαν ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η αναλογία νοσηλευτών και βοηθών και όσο πιο πολλά προσόντα είχαν οι νοσηλευτές τόσο μικρότερη ήταν η θνησιμότητα, ενώ σε άλλη έρευνα βρέθηκε ότι η θνησιμότητα επηρεαζόταν από τη συνεργασία νοσηλευτών και γιατρών. Δυστυχώς, μέχρι και σήμερα η νοσηλευτική εφαρμόζεται με ένα μηχανικό και τυπολατρικό τρόπο. Με αποτέλεσμα, να μη δίνεται έμφαση στον καθορισμό αντικειμενικών σκοπών και στη μέτρηση των αποτελεσμάτων

από την άποψη της προόδου της υγείας των ασθενών. Όπως διαφαίνεται από τη βιβλιογραφία και τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες, η ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν συνδεδεμένη με το χαρακτήρα των νοσηλευτών και ειδικότερα με την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα. Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών, η πρόοδος στην τεχνολογία και την αξιολόγηση της ιατρικής φροντίδας, οι απαιτήσεις του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και η ανάγκη για αναγνώριση του έργου και της προσφοράς της νοσηλευτικής επηρέασαν τον τρόπο οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας.

Παράλληλα, η εισαγωγή της νοσηλευτικής διεργασίας, ως επιστημονικής μεθόδου παροχής φροντίδας και η υιοθέτηση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας, δείχνουν τη μεγάλη έμφαση που έχει δοθεί τελευταία στη συμμετοχή του ασθενούς στη θεραπευτική διαδικασία. Οι αλλαγές στον τρόπο που παρέχονται οι νοσηλευτικές υπηρεσίες αντανακλούν τη μετάβαση από την παραδοσιακή μηχανική σε μια επιστημονικότερη προσέγγιση που βασίζεται στις ατομικές ανάγκες του ασθενούς και στην έρευνα.

Η επικέντρωση στον ασθενή και στην επίλυση των προβλημάτων του έχει ανοίξει το δρόμο στους νοσηλευτές να αναλάβουν περισσότερη δραστηριότητα στον καθορισμό της ποιότητας φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Η Πλατή (1991) υποστηρίζει ότι η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας είναι καθήκον των νοσηλευτών, αλλά και αναφαίρετο δικαίωμα των ασθενών. Οι νοσηλευτές δεν δέχονται την εκτέλεση ορισμένων ορισμένων εργασιών με μηχανικό τρόπο ως στόχους της νοσηλευτικής πράξης και πιστεύουν ότι η έρευνα και η μέτρηση της ποιότητας και των αποτελεσμάτων της παροχής νοσηλευτικής φροντίδας είναι εφικτό να αναδείξουν τη μοναδική προσφορά της νοσηλευτικής.

Σύμφωνα με τον στόχο 31 του Π.Ο.Υ.: << Το 1990 όλα τα μέλη θα πρέπει να έχουν αποτελεσματικούς μηχανισμούς για τη διασφάλιση της ποιότητας της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς μέσα στο σύστημα υγείας που διαθέτουν>> και συμφωνεί με την νοσηλευτική ευθύνη για τη διατήρηση και αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στους ασθενείς, μέσω ανάπτυξης συστημάτων ποιοτικής διασφάλισης.

Η πρώτη προσπάθεια για συστηματική καταγραφή δεδομένων και σύγκριση με προκαθορισμένα κριτήρια έγινε από την Florence Nightingale και η εμφάνιση συγκεκριμένων εργαλείων μέτρησης της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας

τοποθετείται χρονικά αμέσως μετά το Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο. Αρχικά, είχε δοθεί έμφαση σε κριτήρια δομής και διαδικασιών.

Σήμερα, παρατηρείται ένα αυξανόμενο ενδιαφέρον για τη μέτρηση των αποτελεσμάτων των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη νοσηλευτική έρευνα, διοίκηση και πράξη.

1.4. ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Έρευνες που έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση νοσοκομειακών ασθενών είναι λιγοστές σε σχέση με αυτές που έχουν γίνει για εξωνοσοκομειακούς ασθενείς (Meterko et al 1990, Doering 1983). Οι έρευνες μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες αναφέρονται στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες, λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, σε αντιδιαστολή με άλλες, στις οποίες αξιολογούνται συγκεκριμένες διαστάσεις, όπως η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Σύμφωνα με τους Ferguson & Ferguson 1983, στην αξιολόγηση της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι εύκολο να βγουν συμπεράσματα και να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα, λόγω της γενικής φύσεως των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται στα αντίστοιχα εργαλεία μέτρησης. Πολλοί ερευνητές ισχυρίζονται ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη μέτρηση συγκεκριμένων μεταβλητών των νοσοκομειακών υπηρεσιών, τις οποίες και θα παρουσιάσουμε παρακάτω (Cleary & McNeil 1988, Meterko et al 1990, OTA 1988).

Από την μέτρηση αυτών των μεταβλητών, δημιουργούνται δυο ερωτήματα: πρώτον, είναι σε θέση οι ασθενείς να διακρίνουν ξεχωριστές διαστάσεις των νοσοκομειακών υπηρεσιών και δεύτερον, πόσο σπουδαία είναι η κάθε διάσταση των υπηρεσιών για τους ασθενείς.

Οι μέθοδοι μέτρησης που προτείνονται είναι ή να ερωτηθούν οι ασθενείς για το τι θεωρούν σημαντικό ή να υπολογίσουν συντελεστές με παραγοντική ανάλυση ή να μελετηθεί η συσχέτιση κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία ή με κάποια ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση (Hall & Dornan 1988). Η αξιολόγηση δεν παραμένει σταθερή, όπως άλλωστε η ψυχολογική και η σωματική κατάσταση των ασθενών που επηρεάζει τις ανάγκες και τις προσδοκίες τους (Oberst 1984). Υπάρχουν αμφισβητήσεις

για τη χρησιμοποίηση των αποτελεσμάτων που προκύπτουν από τις μετρήσεις, διότι όλες οι ερωτήσεις θεωρούνται ίσης σπουδαιότητας.

Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών που βασίζονται μόνο σε ποσοτικά δεδομένα δεν είναι μεγάλης πρακτικής αξίας, γιατί δεν δίνουν πληροφορίες σχετικές με συγκεκριμένους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς δεν είναι ευχαριστημένοι, αλλά και γιατί δεν τους δίνεται η ευκαιρία να κάνουν προτάσεις για βελτίωση των υπηρεσιών. Απεναντίας, η ποιοτική προσέγγιση δίνει μεγαλύτερο βάθος πληροφοριών, αλλά δεν επιτρέπει την ανάλυση και σύγκριση μεταξύ ερευνών (Hall & Dornan 1988).

Οι βαθμολογήσεις των ασθενών αντιπροσωπεύουν προσωπικές αξιολογήσεις των παρεχομένων υπηρεσιών και είναι περισσότερο υποκειμενικές από τις αναφορές, αντανακλούν τις προσωπικές εμπειρίες, προσδοκίες και προτιμήσεις τους. Οι αναφορές των ασθενών για τη φροντίδα τους βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μέτρησης με βάση κάποιο κριτήριο (criterion-referenced) (Waltz et al 1991). Αφορούν γεγονότα που συνέβησαν ή όχι, είναι περισσότερο αντικειμενικές και μπορούν να επιβεβαιωθούν από έναν εξωτερικό παρατηρητή (OTA 1988). Το μειονέκτημα στην περίπτωση αυτή είναι, ότι από ένα αριθμό συμβάντων ή συνθηκών που ικανοποιήθηκαν εξάγεται έμμεσα το συμπέρασμα ότι κάποιος ασθενής είναι ικανοποιημένος ή όχι, χωρίς να λαμβάνεται υπόψη οι ατομικές διαφορές και η σπουδαιότητα που έχει το κάθε συμβάν για τον κάθε άρρωστο.

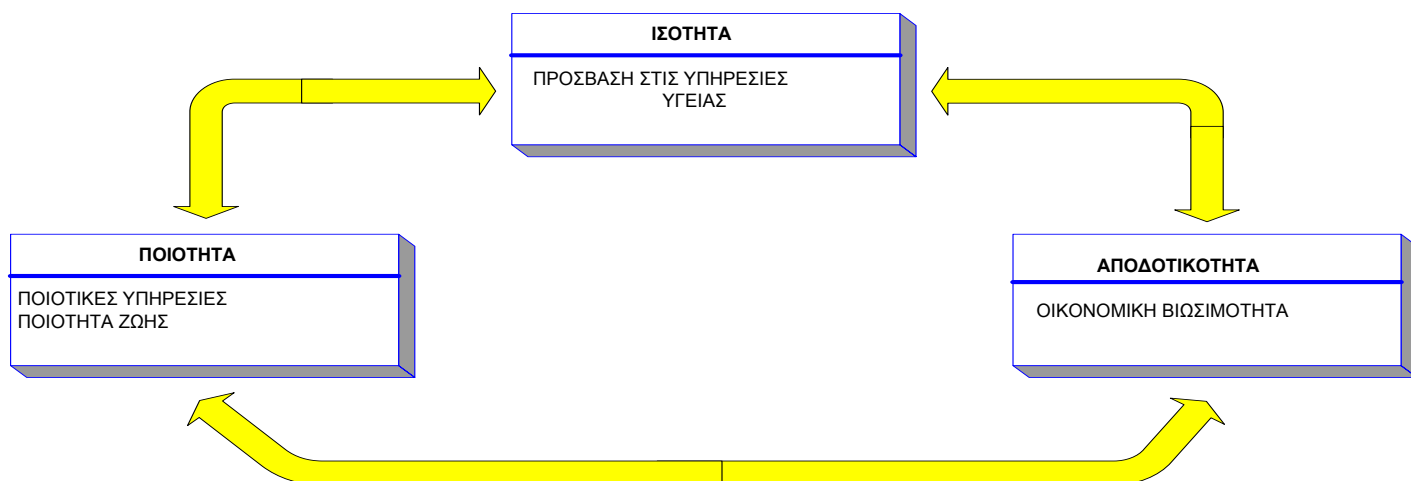
1.4.1. ΕΥΡΩΠΑΪΚΗ ΠΟΛΙΤΙΚΗ ΚΑΙ ΥΓΕΙΑ

Η ευρωπαϊκή κοινότητα εδραίωσε το ενδιαφέρον της για την υγεία με την θέσπιση ειδικής ομάδας άρθρων για την προστασία της στις ιδρυτικές συνθήκες της Ρώμης (1957), του Μάαστριχ (1992) και του Άμστερνταμ (1997). Το ενδιαφέρον της κοινότητας εστιάζεται κυρίως στην θέσπιση μέτρων για την προστασία της δημόσιας υγείας και την αποφυγή εξάπλωσης ασθενειών (Cucic, 2000).

Κάθε κράτος μέλος υποχρεούται: α) να συντάσσει ετήσια έκθεση για την υγεία αλλά και για την εφαρμογή ή μη των κοινοτικών οδηγιών, β) να εγκαταστήσει αποτελεσματικούς μηχανισμούς εξασφάλισης ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, γ) να ιδρύσει φορέα αξιολόγησης των τεχνολογικών εξελίξεων καθώς και των πρακτικών των μονάδων υγείας.

Ιδιαίτερη σημασία έχουν τόσο τα μέτρα προστασίας της δημόσιας υγείας όσο και η λειτουργία των συστημάτων υγείας (www.euroopa.eu.int).

Να σημειώσουμε ότι η τάση των τελευταίων ετών για την εφαρμογή των κανόνων της αγοράς στην υγεία που επικρατεί παγκοσμίως οδήγησε την κοινότητα στην θέσπιση μέτρων κατά των μονοπωλίων, που προς το παρόν αφορούν τις φαρμακευτικές εταιρίες αλλά και τις ερευνητικές οργανώσεις (Cucic, 2000).



ΠΙΝΑΚΑΣ 3: ΤΟ ΕΥΡΩΠΑΪΚΟ ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΟ ΜΟΝΤΕΛΟ

1.4.2. ΣΗΜΑΝΤΙΚΑ ΕΥΡΗΜΑΤΑ

Στις περισσότερες έρευνες αναφέρεται υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών (Guzman et al 1988, Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992, Meterko et al 1990, Roberts & Tugwell 1987) με εξαίρεση το φαγητό, το θόρυβο και την παροχή πληροφόρησης (Shields et al 1988, Steven 1991, Houston & Pasanen 1972). Πολλοί παράγοντες έχουν προταθεί για να εξηγήσουν το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, όπως η διστακτικότητα αρνητικών απόψεων λόγω πιθανής εξάρτησης από το προσωπικό στο μέλλον και η μέθοδος μέτρησης (Oberst 1984). Υπάρχει το ενδεχόμενο οι υπηρεσίες που προσφέρονται να είναι όντως υψηλού επιπέδου. Ανεξάρτητα από τους λόγους για τους οποίους η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή, όπως μετρείται από τα διάφορα εργαλεία μέτρησης στα οποία υπάρχει μια μικρή ευαισθησία, το μικρό ποσοστό των μη ικανοποιημένων ασθενών είναι σημαντικό, επειδή αντιπροσωπεύει ένα μεγαλύτερο αριθμό

ασθενών που διστάζουν να διατυπώσουν τα παράπονά τους και για το λόγο αυτό, σύμφωνα με τον Petersen (1988), πρέπει να λαμβάνονται υπόψη τα αρνητικά αυτά σχόλια.

Δύο έρευνες που έγιναν στο Ισραήλ έδειξαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν ο σπουδαιότερος παράγοντας για την συνολική ικανοποίηση των ασθενών (Rubin 1990), ενώ από άλλες σχετικές έρευνες διαφαίνεται ότι ο σπουδαιότερος παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών με τις νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι η ικανοποίηση των ασθενών από την νοσηλευτική φροντίδα (Abramowitz et al 1987, Carey & Posavac 1981, Fleming 1981, Oberst 1984). Αυτό αποδίδεται στις πολιτισμικές διαφορές, στην οργάνωση της φροντίδας και στον τρόπο που αναγνωρίζονται η ιατρική και η νοσηλευτική στη συγκεκριμένη χώρα. Άλλοι παράγοντες που ακολουθούν σε βαθμό σπουδαιότητας είναι η ξενοδοχειακή υποστήριξη, το φαγητό και ο θόρυβος, όπως σημαντική θεωρείται η παροχή πληροφόρησης, με την οποία οι ασθενείς εμφανίζονται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι. Η επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών είναι μια πηγή δυσαρέσκειας (Doering 1983).

Μια αξιοσημείωτη παρατήρηση είναι ότι η ιατρική φροντίδα συνεισφέρει ελάχιστα στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες και την πρόθεσή του να συστήσει το νοσοκομείο σε άλλους. Ίσως, επειδή οι ασθενείς έχουν ισχυρή πίστη και δέσμευση προς τον γιατρό, τον οποίο επιλέγουν και την τάση να αποδεσμεύουν τους ιατρούς από το νοσοκομείο. Ενώ τους νοσηλευτές δεν τους επιλέγουν και αυτό τους κάνει πιο κριτικούς απέναντί τους (Abramowitz et al 1987). Μία άλλη εξήγηση είναι ότι οι ασθενείς περιορίζουν την κριτική τους στις πλευρές εκείνες της φροντίδας που μπορούν ευκολότερα να κατανοήσουν (Doering 1983). Ένα άλλο εύρημα είναι η σχέση του χρόνου που μεσολαβεί από την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο και της χρονικής στιγμής που αξιολογείται η ικανοποίησή τους.

Τα ευρήματα για τη συσχέτιση των ατομικών χαρακτηριστικών με τη συνολική ικανοποίηση ποικίλλουν. Αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας (Abdellah & Levine 1957e, Locker & Dunt 1978, Nelson-Wernick et al 1981), γιατί οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετικές προτιμήσεις και ανάγκες, χαμηλότερες προσδοκίες ή γιατί υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπισή τους (ΟΤΑ).

Πανελλαδικά, έχουν γίνει τρεις μεγάλες έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών από την νοσηλευτική φροντίδα. Ο Κυριόπουλος και οι συνεργάτες του (1993), σε μία έρευνα

που έγινε στην Αθήνα (N=467, τυχαία δειγματοληψία κατά δεσμίδες), βρήκαν ότι ένα ποσοστό 72% των ασθενών ήταν περισσότερο ικανοποιημένο από τις ιατρικές σε σχέση με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που είναι ένα ποσοστό 61% και λιγότερο ικανοποιημένοι από τη διαμονή τους στο νοσοκομείο, ένα ποσοστό 33%. Μία παρατήρηση ήταν ότι οι ασθενείς παρουσίασαν μια στάση ουδετερότητας (30,2%) σε σχέση με τη διαμονή στο νοσοκομείο, ενώ στην πλειοψηφία τους (59,6%) είχαν κακή άποψη για την ξενοδοχειακή υποδομή και τους χώρους υγιεινής.

Οι Παπανικολάου και Σιγάλας (1995), σε μία έρευνα που έγινε σε δυο μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (N=831) είχαν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποιημένων ασθενών ένα 49,6% και ένα 34,6% για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντίστοιχα. Τα συχνότερα προβλήματα είναι οι λειτουργικές ελλείψεις, η καθαριότητα και η έλλειψη επικοινωνίας.

Η Bettina Marie Beech et al (1995) στο University of Texas School of Public Health διενέργησε μια έρευνα που εξέτασε το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών και την ικανοποίηση από την προσφορά του νοσηλευτικού προσωπικού σε ένα αγροτικό δημόσιο νοσοκομείο νοτιοδυτικά των Ηνωμένων Πολιτειών. Το αντικείμενο μελέτης περιελάμβανε όσον αφορά (1) το επίπεδο της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών και της ικανοποίησης με συγκεκριμένους παραμέτρους της νοσοκομειακής φροντίδας, (2) τις διαφορές της ικανοποίησης των ασθενών σύμφωνα με τα δημογραφικά χαρακτηριστικά (ηλικία, γένος, εθνικότητα και συμπεριλαμβανομένης της εκπαίδευσης) και το επίπεδο υγείας, το επίπεδο πόνου, την προηγούμενη επαφή με το νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα της μελέτης έδειξαν ότι οι ασθενείς έχουν ένα χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης με τις παραμέτρους της νοσηλευτικής φροντίδας (την διαδικασία αποδοχής, την καθημερινή φροντίδα, την πληροφόρηση, την νοσηλευτική φροντίδα, την φυσική φροντίδα, άλλο νοσηλευτικό προσωπικό, η ξενοδοχειακή υποδομή και η συνολική φροντίδα). Από τις οχτώ παραμέτρους της φροντίδας, οι ασθενείς ανέφεραν ένα σχετικά θετικό επίπεδο της ικανοποίησης (75% ή καλύτερα) με μια μόνο παράμετρος: την φυσική φροντίδα. Η εθνικότητα μαζί με το επίπεδο υγείας και την προτίμηση του νοσοκομείου ήταν σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Οι Ισπανοί ασθενείς, εκείνων που ήταν σε καλή κατάσταση η υγεία τους και εκείνων που αισθάνονταν ότι έχει καλή εικόνα στην κοινωνία τους ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι με την νοσοκομειακή φροντίδα. Οι ασθενείς ανέφεραν περιοχές της νοσηλευτικής φροντίδας που χρειάζονταν περισσότερη βελτίωση. Μελανά σημεία υπήρξαν το αγενές προσωπικό, η έκκληση για καλύτερη νοσηλευτική

φροντίδα και καλύτερη επικοινωνία. Σύμφωνα με την Bettina Marie Beech <<The study findings showed that patients experienced a moderate to low level of satisfaction with the dimensions of hospital care (admission process, daily care, information, nursing care, physician care, other hospital staff, living arrangements, and overall care). Of the eight dimensions of care, patients reported a relatively positive level of satisfaction (75 percent or better) with only one dimension: physician care. Ethnicity, perceived health status, and hospital image were significantly related to patient satisfaction. Hispanic patients, those who were in good health, and those who felt the hospital had a good image in their community were most satisfied with hospital care. Patients also reported areas of hospital care that needed the most improvement. Responses included: rude staff, better nursing care, and better communication>>. Συνεπώς, οι ασθενείς δεν έλαβαν την αναμενόμενη προσοχή και φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι κλίνες των ασθενών που χωρούσαν αρκετούς ασθενείς επέτρεπαν λίγο προσωπικό χώρο και ιδιωτικότητα. Η δυσαρέσκεια από τις συνθήκες διαμονής επηρέαζαν τη συμπεριφορά των ασθενών και τα επίπεδα ικανοποίησής τους.

Από την άλλη, μια πρόσφατη έρευνα που εξέτασε την ικανοποίηση των ασθενών από την νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα. Η έρευνα στηρίχτηκε σε τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν το Φεβρουάριο του 2000 με την βοήθεια της εταιρείας Opinion σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 γυναίκες και 175 άνδρες) ηλικίας 15-65 ετών, στην ευρύτερη περιοχή της Αθήνας. Οι συλλεχθείσες πληροφορίες αφορούσαν στα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και στην μέτρηση του βαθμού ικανοποίησής τους από τις υπηρεσίες των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων. Εξέτασε το ζήτημα της ικανοποίησης από την ασφαλιστική κάλυψη, σε συνδυασμό με την πρόθεση και την πρακτική των χρηστών να καταβάλλουν επιπλέον χρήματα, ώστε να καταναλώσουν υπηρεσίες καλύτερης –όπως οι ίδιοι αντιλαμβάνονται – ποιότητας. Κατ' αρχάς, όσον αφορά στην ηλικία του δείγματος, το μεγαλύτερο ποσοστό συμπεριλαμβάνεται στην ηλικιακή ομάδα 35-44 ετών (23,4%), ενώ ακολουθούν οι ηλικιακές ομάδες 25-34 (20,6%), 45-54 (19,4%), 15-24 (18,6%) και 55+ (18%). Σχετικά με τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά (μόρφωση, επάγγελμα, εισόδημα), τα οποία σύμφωνα και με τη διεθνή βιβλιογραφία επηρεάζουν σημαντικά τα αποτελέσματα τέτοιων ερευνών αφού διαμορφώνουν τόσο τις επιλογές μεταξύ του δημόσιου και ιδιωτικού τομέα, όσο και τις προσδοκίες από την παρεχόμενη φροντίδα. Επιχειρήθηκε η κατηγοριοποίηση των νοικοκυριών σε μια τριτοβάθμια κλίμακα διαστρωμάτωσης, χρησιμοποιώντας ως κριτήρια

ιεράρχησης το επάγγελμα του υπεύθυνου της οικογένειας σε συνδυασμό με το μορφωτικό του επίπεδο. Η μεγαλύτερη συγκέντρωση (74,3%) εμφανίζεται στην μεσαία τάξη της κλίμακας. Σημειώνεται ότι για την κατάταξη των νοικοκυριών στις τρεις τάξεις.

Με βάση τα παραπάνω δεδομένα, επιχειρήθηκε η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία στηρίχθηκε σε κλίμακα πέντε πιθανών απαντήσεων (1:καθόλου, 2:λίγο, 3:μέτρια, 4:αρκετά, και 5:πάρα πολύ) και συσχετίστηκε με τα χαρακτηριστικά των ερωτώμενων. Σκοπός αυτού του άρθρου ήταν: α) η αποτύπωση των χαρακτηριστικών των χρηστών των νοσηλευτικών υπηρεσιών στην περιοχή των Αθηνών, και β) η μέτρηση της ικανοποίησης από τη χρησιμοποίηση νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Τα αποτελέσματα της έρευνας, εξαιρετικά ενδιαφέροντα στοιχεία για την διαδικασία και τις συνθήκες χρησιμοποίησης των νοσηλευτικών υπηρεσιών στα δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία της χώρας μας, παράγοντες οι οποίοι διαμορφώνουν και την ικανοποίηση των χρηστών από αυτές. Ο βαθμός στον οποίο η κοινωνική τάξη επηρεάζει τόσο στην επιλογή του φορέα υγείας, όσο και την ικανοποίηση από παρεχόμενες υπηρεσίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος που χρησιμοποίησε υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ (29,6%) προέρχεται από τις χαμηλές τάξεις στη σχετική κλίμακα (χωρίς μεγάλες αποκλίσεις), σε αντίθεση με τις ιδιωτικές κλινικές, όπου η πελατεία τους προέρχεται κυρίως από τα υψηλά (33,3) και μεσαία (20,8%) κοινωνικά στρώματα. Από τα στοιχεία αυτά διαπιστώνεται ότι: α) οι υπηρεσίες των νοσοκομείων του ΕΣΥ ικανοποιούν περισσότερο τους ασθενείς των χαμηλότερων κοινωνικών τάξεων ενώ οι ασθενείς των υψηλότερων κοινωνικών τάξεων εκφράζουν κοινωνική δυσαρέσκεια. Πάντως, το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (59,2%) δηλώνει ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες, ενώ από την άλλη υψηλό θεωρείται και το ποσοστό (10,2%) των ερωτηθέντων που δήλωσε καθόλου ικανοποιημένο από την παρεχόμενη περίθαλψη και β) οι ιδιωτικές κλινικές παρουσιάζουν ένα υψηλό ποσοστό ικανοποίησης σε όλες τις κοινωνικές τάξεις και βέβαια στο σύνολο του δείγματος, 85,9% δηλώνει ικανοποιημένο είτε πάρα πολύ (50,7%), είτε αρκετά (35,2%) από τις παρεχόμενες φροντίδες. Σημειώνεται ότι οι κατηγορίες από μέτρια έως καθόλου ικανοποίηση, αποτελούν μόλις το 12,7% του δείγματος.

Αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι προσδοκίες των χρηστών, η μέτρηση της ικανοποίησης από τις φροντίδες που παρέχουν, οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα. Έτσι, η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που

σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας. Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία υφίσταται σημαντική επιβάρυνση, από την απορρόφηση ενός μεγάλου μέρους των υλικών και ανθρώπινων πόρων στα εξωτερικά ιατρεία –τα οποία επισκέπτεται περίπου το 30% του πληθυσμού -για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης, η συνεχής ανάπτυξη ιδιωτικών νοσηλευτικών μονάδων τα τελευταία χρόνια στη χώρα μας, φαίνεται πως αντανακλά την αυξημένη ζήτηση για ιδιωτικές υπηρεσίες, ως απόρροια της γενικότερης αίσθησης των πολιτών ότι στον ιδιωτικό τομέα θα καταναλώσουν υπηρεσίες υψηλότερης ποιότητας. Μια άλλη διάσταση της έρευνας που παρουσιάζει ιδιαίτερο ενδιαφέρον, είναι η διαφαινόμενη συσχέτιση της κοινωνικής τάξης και της εκφρασμένης ικανοποίησης από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Συγκεκριμένα, από την έρευνα επιβεβαιώνεται η υπόθεση ότι οι απαιτήσεις και οι προσδοκίες των πολιτών αυξάνονται όσο κινούμαστε προς τα υψηλότερα κοινωνικά στρώματα και ως εκ τούτου, αυτά αξιολογούν με αυστηρότερα κριτήρια τις παρεχόμενες φροντίδες.

Η διάσταση αυτή των ερευνών ικανοποίησης έχει επιβεβαιωθεί και από αντίστοιχες ευρωπαϊκές έρευνες, απ' όπου προκύπτει ότι οι προσδοκίες των ασθενών για τις παρεχόμενες φροντίδες υγείας, συνιστούν τον σημαντικότερο παράγοντα της εκφραζόμενης ικανοποίησης από αυτές.

Ένα άλλο ζήτημα που αξίζει να τονιστεί αφορά στη διαφορά των αποτελεσμάτων της παρούσας έρευνας από αντίστοιχες έρευνες ικανοποίησης οι οποίες ακολουθούσαν διαφορετική μεθοδολογία ως προς την επιλογή του δείγματος, τις ερωτήσεις και τις κλίμακες απαντήσεων. Το εύρος αυτών των διαφορών αποδεικνύει ότι οι έρευνες ικανοποίησης είναι ιδιαίτερα <<ευαίσθητες>> σε σχέση με τη μεθοδολογία που ακολουθούν, καθώς το υποκειμενικό στοιχείο το οποίο αποτυπώνουν είναι ευματάβλητο.

Σε κάθε πάντως περίπτωση, η αναγκαιότητά τους είναι δεδομένη, αφού συνιστούν τρόπο έκφρασης και αποτύπωσης της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των πολιτών και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά στη χάραξη της πολιτικής υγείας, διότι: α) συνιστούν δεξαμενές άντλησης πληροφοριών, β) λειτουργούν ως εργαλείο βελτίωσης της διαχείρισης των νοσοκομείων και γ) δημιουργούν τις προϋποθέσεις για επιλογές στόχων διαχείρισης με βάση τις προτιμήσεις των καταναλωτών.

Στις περισσότερες έρευνες δεν υπήρχε αναφορά στις ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων μέτρησης που χρησιμοποιήθηκαν, τα περισσότερα των οποίων κατασκευάστηκαν για την συγκεκριμένη έρευνα. Οι Mc Donnel και Nash (1990), σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση όλων των εργαλείων μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες της εικοσαετίας 1970-1990, συγκέντρωσαν 21 δημοσιευμένα εργαλεία μέτρησης, από τα οποία μόνο 9 είχαν αξιολογήσεις εγκυρότητας και αξιοπιστίας με κάποια επίσημη διαδικασία. Οι διαφορετικές μεθοδολογίες και τα εργαλεία μέτρησης που κατασκευάζονται για ένα συγκεκριμένο νοσοκομείο δεν επιτρέπουν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων και την ανάπτυξη θεωρίας και εγκυρότερων προσεγγίσεων (Meterko et al 1990). Η χρησιμότητα των ερευνών που συμπεριλαμβάνουν μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας δε θα γίνει πραγματικότητα αν τα εργαλεία μέτρησης δεν αποκτήσουν αποδεκτά επίπεδα αξιοπιστίας και εγκυρότητας (Ware et al 1978).

1.5. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΩΝ ΕΡΕΥΝΩΝ

1.5.1. ΜΕΘΟΔΟΣ

Για τον εντοπισμό των σχετικών άρθρων εκπονήθηκε έρευνα με τη βοήθεια της βάσης δεδομένων MEDLINE. Ακολουθήθηκαν δύο τρόποι: α) χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις κλειδιά, οι λέξεις: PATIENT SATISFACTION, NURSING CARE, MEASURE, MEASUREMENT, σε όλους τους δυνατούς συνδυασμούς και β) χρησιμοποιήθηκαν ως λέξεις τίτλων, οι λέξεις: PATIENT SATISFACTION και NURSING CARE. Ως απαραίτητη προϋπόθεση για να συμπεριληφθεί ένα άρθρο στη συγκεκριμένη βιβλιογραφική ανασκόπηση ετέθη το γεγονός πως έπρεπε να περιλαμβάνει μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες. Έρευνες πιλότος, αναφορές και έρευνες που αναφέρονταν σε μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, ως υποκλίμακα μέτρησης της συνολικής ικανοποίησης από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες δε συμπεριλήφθηκαν σ' αυτή τη βιβλιογραφική ανασκόπηση.

Η παραπάνω έρευνα απέφερε τα ακόλουθα άρθρα. Παρατίθενται στη συνέχεια με χρονολογική σειρά δημοσίευσης ξεκινώντας από την πρώτη σχετική έρευνα που

εκπονήθηκε, αναφέρεται δε η χώρα, ενώ περιγράφονται ο σκοπός της έρευνας, τα ευρήματα που προέκυψαν σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα, το εργαλείο μέτρησης και το δείγμα που χρησιμοποιήθηκε, καθώς και επιπλέον στοιχεία σε κάποιες από αυτές, όπως παράγοντες που μειώνουν την εγκυρότητά τους.

1.5.2. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΑ ΔΕΔΟΜΕΝΑ

Η πρώτη οργανωμένη προσπάθεια για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, φαίνεται να πραγματοποιήθηκε στην Αμερική το 1956 από το χώρο της νοσηλευτικής και συγκεκριμένα από τους Abdallah & Levine. Με εργαλείο μέτρησης, που κατ' ουσίαν κατασκεύασαν οι ίδιοι (γι' αυτό και πήρε το όνομά τους), εφάρμοσαν περιγραφικό-διερευνητικό σχεδιασμό σε ένα δείγμα N=8660 ασθενών από 60 γενικά νοσοκομεία (δεν αναφέρεται η δειγματοληπτική μέθοδος). Σκοπός της έρευνας ήταν η διερεύνηση της σχέσης μεταξύ χρόνου άμεσης νοσηλευτικής φροντίδας και παραλείψεων στη φροντίδα, όπως αναφέρονται από ασθενείς και προσωπικό (Abdallah & Levine 1957 a,b,c,d,e,1964). Σύμφωνα με τα ευρήματα ένας στους τρεις ασθενείς δεν ανέφερε παραλείψεις και μόνο ένας στους εκατό ανέφερε σημαντικές παραλείψεις. Οι περισσότερες παραλείψεις αναφέρονταν στην ξεκούραση και το περιβάλλον. Ένας στους δύο ασθενείς ανέφερε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ευγενικό και ένας στους τρεις ότι έδωσε επεξηγήσεις για τη φροντίδα. Η έρευνα αυτή ήταν πολύ σημαντική και επηρέασε πολλούς ερευνητές, παρά τα τρωτά της σημεία που εντοπίζονται και μειώνουν τόσο την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας (καθώς η προσέγγιση είναι περισσότερο εμπειρική, χωρίς να δίνεται ιδιαίτερη προσοχή στην αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων) όσο και την εξωτερική εγκυρότητά της, καθώς παρατηρείται μια ανεπαρκής προ- λειτουργική επεξήγηση των εννοιών (δεν υπάρχει θεωρητικό υπόβαθρο και δεν παρέχονται ορισμοί εννοιών) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Δεύτερη χρονολογικά έρευνα είναι αυτή που εκπονήθηκε από τον Daeffler στην Αμερική, το 1975. Χρησιμοποιώντας το εργαλείο μέτρησης των Abdallah & Levine, εφάρμοσαν έναν οιονεί-πειραματικό σχεδιασμό, μόνο με μετα-μέτρηση με μη ισοδύναμες ομάδες σε ένα δείγμα N=82 ασθενείς από δύο παθολογικές και χειρουργικές κλινικές ενός νοσοκομείου (30 πειραματική ομάδα, 52 ομάδα ελέγχου) χωρίς να διευκρινίζεται η δειγματοληπτική μέθοδος. Σκοπός της έρευνας ήταν να συγκριθεί η αντίληψη των

ασθενών για τη φροντίδα στο πρωτοβάθμιο και στο ομαδικό νοσηλευτικό σύστημα εργασίας. Το αποτέλεσμα της έρευνας αυτής παρουσίαζε τους ασθενείς περισσότερο ικανοποιημένους από το πρωτοβάθμιο σε σχέση με το ομαδικό νοσηλευτικό σύστημα εργασίας (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Η έρευνά του χωλαίνει ως προς τους παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική της εγκυρότητα στο ότι:

A) το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε δεν αξιολογεί ψυχομετρικές ιδιότητες και μόνο τρεις ερωτήσεις μετρούν ικανοποίηση,

B) οι ομάδες που επιλέχθηκαν δεν είναι ισοδύναμες και

Γ) δεν υπάρχει σύνδεση μεταξύ παρέμβασης και αλλαγής αφού δε διενεργήθηκε προ-μέτρηση.

Ως προς τους παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας έχουμε:

A) ανεπαρκή προ-λειτουργική επεξήγηση των εννοιών, αφού απουσιάζει το θεωρητικό υπόβαθρο και ο ορισμός της ικανοποίησης,

B) αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης, καθώς η πλειοψηφία των ασθενών ήταν γυναίκες ηλικίας άνω των 65 ετών, δεν αναφέρεται μέθοδος δειγματοληψίας,

Γ) αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης(2 τμήματα) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 1981 ο Hinshaw et al, στις Η.Π.Α., χρησιμοποιώντας το εργαλείο μέτρησης PSI, με έναν οιονεί πειραματικό σχεδιασμό(1 ομάδα, 3 φάσεις, προ-μέτρηση και μετα-μέτρηση) σε ένα τυχαίο δείγμα N=50 ασθενών από ένα τμήμα (δεν ορίζεται επακριβώς, διαφορετικό μέγεθος δείγματος για κάθε μια από τις 3 διαστάσεις του PSI και για κάθε φάση).

Σκοπός της έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση της στελέχωσης μόνο με πτυχιούχους νοσηλευτές σε ασθενείς, προσωπικό και κόστος.

Τα ευρήματα της έρευνας έδειξαν σημαντικές αυξήσεις στην ικανοποίηση ασθενών, όσον αφορά τη διαπροσωπική πλευρά(εκπαίδευση και εμπιστοσύνη),μετά την εφαρμογή της στελέχωσης μόνο με πτυχιούχους νοσηλευτές, ενώ η ικανοποίηση από την τεχνική πλευρά παρέμεινε η ίδια.

Τρωτά της έρευνας ως προς τους παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας παρατηρούνται:

A) στη χρονική διάρκεια της έρευνας: 2 χρόνια (γιατί πολλές άλλες οργανωτικές ή άλλου τύπου αλλαγές θα μπορούσαν να έχουν επηρεάσει τις υπό διερεύνηση παραμέτρους.

B) στο γεγονός σύμφωνα με το οποίο δεν αναφέρεται ακριβές μέγεθος του δείγματος και διαφορετικά μεγέθη για κάθε υποκλίμακα εργαλείου.

Ως προς τους παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική της εγκυρότητα παρατηρείται:

A) Αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ένα τμήμα) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Ο Blair et al το 1982, στις Η.Π.Α., χρησιμοποίησαν το PSI ως εργαλείο μέτρησης, σε έναν οιονεί-πειραματικό σχεδιασμό σε μη ελεγχόμενη ομάδα ελέγχου με προ-μέτρηση και μετα-μέτρηση. Το δείγμα τους αποτέλεσαν N=100 εθελοντές, ασθενείς από τμήματα δύο επειγόντων περιστατικών (50 ασθενείς από κάθε τμήμα) δύο διαφορετικών νοσοκομείων. Η ομάδα αυτή διερεύνησε την επίδραση της εφαρμογής του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας σε ένα τμήμα επειγόντων περιστατικών στην ικανοποίηση των νοσηλευτών και στο άγχος και στην ικανοποίηση των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρήθηκε ως ο σημαντικότερος δείκτης για την επιτυχία του πρωτοβάθμιου συστήματος εργασίας. Τα ευρήματα δεν επιβεβαίωσαν την ύπαρξη διαφοράς, σε στατιστικά σημαντικό επίπεδο, μεταξύ τμημάτων και της μέτρησης πριν και μετά την εφαρμογή του πρωτοβάθμιου συστήματος εργασίας.

Στους παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας συγκαταλέγονται:

A) το μικρό μέγεθος του δείγματος,

B) το ότι δεν είχε προηγηθεί ανάλυση ισχύος για τον καθορισμό του και

Γ) ο χρόνος συλλογής δεδομένων (8 μήνες)

Στους παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας συγκαταλέγονται:

A) η αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (εθελοντές) και

B) η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (δύο τμήματα επειγόντων περιστατικών).

Η Mayer και οι συνεργάτες της (1982), στην Αμερική επίσης, με PSI εργαλείο μέτρησης σε έναν περιγραφικό σχεδιασμό, ασχολήθηκαν με ένα τυχαίο δείγμα ασθενών από όλα τα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα ενός νοσοκομείου (N=146). Σκοπός της έρευνας

ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ικανότητάς τους να αναγνωρίζουν τον πρωτοβάθμιο νοσηλευτή. Κατέληξαν στην ύπαρξη θετικής συσχέτισης μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα και της ικανότητάς τους να αναγνωρίζουν τον πρωτοβάθμιο νοσηλευτή.

Την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας πλήττει η πολλαπλή χρήση t-tests (fishing error) και την εξωτερική της εγκυρότητα η αλληλεπίδραση μεταξύ περιβάλλοντος και παρέμβασης (παθολογικοί-χειρουργικοί) ασθενείς ενός νοσοκομείου) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Ο Ventura και οι συνεργάτες του (1982), στις Η.Π.Α., χρησιμοποίησαν ένα δείγμα N=46 ασθενών από δύο ορθοπεδικά τμήματα δύο νοσοκομείων (25 ασθενείς πειραματική ομάδα και 21 ομάδα ελέγχου). Με PSI εργαλείο μέτρησης εφάρμοσαν έναν οιονεί πειραματικό σχεδιασμό, μόνο με μεταμέτρηση με μη ισοδύναμες ομάδες. Σκοπός τους ήταν να διερευνήσουν την επίδραση του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας στην ικανοποίηση των ασθενών. Τα αποτελέσματα δεν έδειξαν σημαντική στατιστική διαφορά μεταξύ του τμήματος που εφαρμόστηκε το πρωτοβάθμιο νοσηλευτικό σύστημα εργασίας και του τμήματος ελέγχου στο οποίο εφαρμοζόταν ένας συνδυασμός ομαδικού και λειτουργικού συστήματος εργασίας.

Η εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας αυτής πλήττεται από τους εξής παράγοντες:

A) έλλειψη ισοδυναμίας στην επιλογή των ομάδων,

B) μικρό μέγεθος δείγματος,

Γ) δεν υπάρχει σχέση μεταξύ παρέμβασης και αλλαγής, αφού δεν έγινε προ-μέτρηση.

Η εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας πλήττεται από:

A) την αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (δεν αναφέρεται μέθοδος δειγματοληψίας και χαρακτηριστικά δείγματος, δε δίνεται ο αριθμός των ασθενών που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν).

B) ανεπαρκή αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 1983 ο Hinshaw και οι συνεργάτες του, στην Αμερική, με PSI εργαλείο μέτρησης, πραγματοποίησαν έναν οιονεί πειραματικό σχεδιασμό, διπλά τυφλό, μόνο μετα-μέτρηση με μη ισοδύναμες ομάδες και περιγραφικό για την ομάδα ελέγχου, σε ένα δείγμα N=88 χειρουργικών ασθενών ενός νοσοκομείου (πειραματική ομάδα=54 ασθενείς, ομάδα

ελέγχου=34). Σκοπός της έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση ενός προγράμματος προ-εγχειρητικής διδασκαλίας των ασθενών σε προσωπικό και ασθενείς (προσαρμογή, ανησυχία, τύπος πόνου ανάρρωσης, ικανοποίηση) και σύμφωνα με τα αποτελέσματα η ικανοποίηση των ασθενών αυξήθηκε μετά την εφαρμογή του προεγχειρητικού προγράμματος.

Στους παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας εντοπίζονται:

A) η επιλογή των ομάδων (έλλειψη ισοδυναμίας)

B) η πολλαπλή χρήση t-tests (fishing error)

Γ) ο χρόνος (η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου βασιζόταν σε ανάκληση γεγονότων)

Δ) η έλλειψη σύνδεσης μεταξύ παρέμβασης και αλλαγής (όχι προ μέτρηση),

ενώ σ' αυτούς που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας εντοπίζονται:

A) η αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (μη τυχαίο δείγμα, δεν αναφέρονται τα χαρακτηριστικά του δείγματος),

B) η αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ένα τμήμα) (Μερκούρης Αναστάσιος, Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 1983 επίσης, σε μια έρευνα που εκπονήθηκε στην Αυστραλία από το Sellick και τους συνεργάτες του, με εργαλείο μέτρησης που κατασκευάστηκε για την έρευνα, πραγματοποιήθηκε αξιολόγηση της επίδρασης του πρωτοβάθμιου νοσηλευτικού συστήματος εργασίας στην ικανοποίηση των ασθενών. Χρησιμοποιήθηκε ένα μη τυχαίο δείγμα (N=59) ασθενών που εξέρχονταν από δύο παθολογικά τμήματα σε μια ορισμένη χρονική περίοδο (πειραματική ομάδα=28 ασθενείς και ομάδα ελέγχου=31 ασθενείς). Ακολουθήθηκε ένας οιονεί-πειραματικός σχεδιασμός, μόνο με μεταμέτρηση με μη ισοδύναμες ομάδες. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών που νοσηλεύονταν σε τμήματα που εφαρμόζαν το πρωτοβάθμιο νοσηλευτικό σύστημα εργασίας σε σχέση με του ασθενείς που νοσηλεύονταν σε τμήματα που εφαρμόζαν το λειτουργικό σύστημα εργασίας.

Στους παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας συναντούμε:

A) Την επιλογή μη ισοδύναμων ομάδων,

B) Το γεγονός σύμφωνα με το οποίο το εργαλείο μέτρησης ήταν σχεδιασμένο για την έρευνα, χωρίς να περιλαμβάνει αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων και

Γ) Την ανύπαρκτη σχέση μεταξύ παρέμβασης και αλλαγής (όχι προμέτρηση)

Στους παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας συναντούμε:

A) Την έλλειψη θεωρητικού υπόβαθρου και ορισμού των εννοιών

B) Την αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης μη τυχαίο δείγμα)και

Γ) Την αλληλεπίδραση μεταξύ περιβάλλοντος και παρέμβασης (δύο τμήματα) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 1984 οι Shukla & Turner με εργαλείο μέτρησης των Abdallah-Levine σε έναν οιονεί-πειραματικό σχεδιασμό, μόνο μετα-μέτρηση με μη ισοδύναμες ομάδες σε ένα τυχαίο δείγμα N=60 ασθενών από δύο παθολογικά και χειρουργικά ενός νοσοκομείου (πειραματική ομάδα=30 ασθενείς και ομάδα ελέγχου=30 ασθενείς). Στην έρευνά τους προσπάθησαν να ελέγξουν τις διαφορές μεταξύ των ομάδων που εφάρμοζαν το πρωτοβάθμιο και το ομαδικό σύστημα νοσηλευτικής εργασίας για την ικανότητα των νοσηλευτών, τη στελέχωση και το φόρτο εργασίας.

Τα ευρήματα της έρευνας δεν έδειξαν σημαντικές διαφορές μεταξύ των δύο συστημάτων σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Το εργαλείο μέτρησης που δεν περιλαμβάνει αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων (3 ερωτήσεις μετρούν ικανοποίηση ασθενών).

B) Το μικρό μέγεθος του δείγματος

Γ) Η απουσία ισοδυναμίας από τις ομάδες και

Δ) Η ανυπαρξία σχέσης μεταξύ παρέμβασης και αλλαγής (δεν προηγήθηκε προ-μέτρηση).

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (χαρακτηριστικά δείγματος δεν αναφέρονται)

B) Αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (2 τμήματα)

Γ) Ανεπαρκής προ-λειτουργική επεξήγηση των εννοιών (έλλειψη θεωρητικού υπόβαθρου και ορισμού της ικανοποίησης) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Την ίδια χρονιά οι Chavigny & Lewis με εργαλείο μέτρησης που δεν κατονομάζεται, σε έναν οιονεί-πειραματικό σχεδιασμό, μόνο με μετα-μέτρηση με μη ισοδύναμες ομάδες (επιδημιολογική κοόρτις) σε ένα δείγμα (N=1212) ασθενών κατά την έξοδό τους από 11 τμήματα του νοσοκομείου (δε διευκρινίζεται η δειγματοληπτική μέθοδος και δεν υπάρχει περιγραφή του δείγματος) πραγματοποίησαν σύγκριση μεταξύ του πρωτοβάθμιου και του ομαδικού νοσηλευτικού συστήματος εργασίας ως προς την κατάσταση υγείας, την ποιότητα της φροντίδας (όπως μετρήθηκε με δείκτες διαδικασιών και αποτελέσματος), το κόστος, την ικανοποίηση και την αντίληψη των νοσηλευτών για την ποιότητα της φροντίδας. Οι ερευνητές δε βρήκαν σημαντική στατιστικά διαφορά μεταξύ των δύο συστημάτων σε σχέση με την ικανοποίηση των ασθενών που θεωρήθηκε δείκτης αποτελέσματος της φροντίδας.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

- A) Το όργανο μέτρησης δεν ονομάζεται,
- B) Οι ομάδες που επιλέχθηκαν δεν ήταν ισοδύναμες και
- Γ) Δεν υπάρχει μεταξύ παρέμβασης και αλλαγής (έλλειψη προ-μέτρησης).

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

- A) Ανεπαρκής προ-λειτουργική επεξήγηση των εννοιών,
- B) Αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (δεν αναφέρεται μέθοδος δειγματοληψίας και χαρακτηριστικά δείγματος),
- Γ) Αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ένα νοσοκομείο) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Οι Wong & Wong το 1985, στον Καναδά, πραγματοποίησαν έρευνα με δικό τους εργαλείο μέτρησης, εφαρμόζοντας πειραματικό σχεδιασμό (μόνο μετα-μέτρηση με ομάδα ελέγχου), σε ένα τυχαίο δείγμα (N=98) χειρουργικών ασθενών ενός νοσοκομείου (πειραματική ομάδα=51 ασθενείς και ομάδα ελέγχου=47 ασθενείς). Στόχος τους, η αξιολόγηση της επίδρασης μιας νέας προσέγγισης για προεγχειρητική διδασκαλία στη συμμόρφωση και ικανοποίηση των ασθενών που υποβλήθηκαν σε εγχείριση αντικατάστασης ισχίου. Η προεγχειρητική διδασκαλία περιλάμβανε πληροφορίες σχετικές με τη νόσο, τις

διαδικασίες, την προετοιμασία, τη μετεγχειρητική πορεία και γενικές οδηγίες για μετά την έξοδο του ασθενούς από το νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα έδειξαν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών με την εφαρμογή της νέας προσέγγισης προεγχειρητικής διδασκαλίας.

Την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας μειώνει:

A) Το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε ήταν σχεδιασμένο για την έρευνα και δεν περιλάμβανε αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων.

Οι παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας είναι:

A) Ανεπαρκής προ-λειτουργική επεξήγηση των εννοιών

B) Αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ένα νοσοκομείο) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 1987 ο Eriksen στις Η.Π.Α., πραγματοποίησε έρευνα για να διερευνήσει τη σχέση της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της νοσηλευτικής διεργασίας. Με εργαλείο μέτρησης αυτό των Abdellah & Levine, δε βρέθηκε συσχέτιση μεταξύ της ποιότητας της νοσηλευτικής διεργασίας και της ικανοποίησης των ασθενών. Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν περιγραφικός σε ένα τυχαίο δείγμα (N=136) ασθενών από 8 τμήματα ενός νοσοκομείου.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Το μικρό μέγεθος του δείγματος και

B) Το εργαλείο μέτρησης που ήταν παλιό και δεν συμπεριλάμβανε αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων.

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Ανεπαρκής προ-λειτουργική επεξήγηση των εννοιών και

B) Αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (παθολογικοί-χειρουργικοί ασθενείς, ένα νοσοκομείο) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Οι Harrison & Novac το 1988, στις Η.Π.Α., με LOPSS εργαλείο μέτρησης, εφάρμοσαν οιονεί-πειραματικό σχεδιασμό, μια ομάδα, τροποποιημένη προ-μέτρηση και μετα-μέτρηση, σε ένα μη τυχαίο δείγμα (N=63) ασθενείς από 4 τμήματα ενός νοσοκομείου (30 προ-μέτρηση και 33 μετα-μέτρηση). Διερεύνησαν την επίδραση ενός επιμορφωτικού προγράμματος των νοσηλευτών στην ικανοποίηση των ασθενών. Τα αποτελέσματα δεν υποστήριξαν την ύπαρξη διαφοράς στην ικανοποίηση των ασθενών πριν και μετά την εφαρμογή του προγράμματος.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Μικρό μέγεθος δείγματος και

A) Τίθεται θέμα αξιοπιστίας της εφαρμογής της παρέμβασης καθώς παρατηρήθηκαν μεταβολές στη συμμετοχή των νοσηλευτών στο πρόγραμμα μεταξύ τμημάτων, όχι σταθερή παρέμβαση.

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (μη τυχαίο δείγμα, μικρό μέγεθος) και

A) αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (τέσσερα τμήματα, ένα νοσοκομείο) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Την ίδια χρονιά ο Lucas και οι συνεργάτες του με PSI εργαλείο μέτρησης, εφάρμοσαν περιγραφικό σχεδιασμό σε ένα δείγμα (N=68) εθελοντές, παθολογικοί και χειρουργικοί ασθενείς που επιλέχθηκαν από όλους τους νοσηλευόμενους ενός επαρχιακού νοσοκομείου σε μια συγκεκριμένη χρονική περίοδο. Σκοπός της έρευνας ήταν να διερευνηθεί η σχέση μεταξύ της άσκησης αυτοφροντίδας των ασθενών πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο και της ικανοποίησής τους κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Η έρευνα αποκάλυψε ότι για τις έγγαμες γυναίκες, το υψηλότερο επίπεδο άσκησης αυτοφροντίδας πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο συσχετιζόταν με μεγαλύτερη ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) οι ασθενείς που αποτέλεσαν το δείγμα ήταν εθελοντές

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (εθελοντές)

B) αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (παθολογικοί-χειρουργικοί ασθενείς από ένα νοσοκομείο) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 1988 επίσης έγινε από την Miller-Bader μια προσπάθεια να διερευνηθούν οι νοσηλευτικές εκείνες συμπεριφορές που πιθανό να σχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση νοσηλευόμενων ασθενών σε παθολογικά και χειρουργικά τμήματα. Με PSI εργαλείο μέτρησης και περιγραφικό σχεδιασμό απευθύνθηκαν σε ένα μη τυχαίο δείγμα (N=50) παθολογικοί και χειρουργικοί ασθενείς από ένα τμήμα. Τα ευρήματα έδειξαν, ότι η ικανοποίηση με τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας συσχετιζόταν σε μεγαλύτερο βαθμό με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) η χαμηλή ισχύς του δείγματος λόγω μικρού μεγέθους και

B) το γεγονός ότι πρόκειται για μη τυχαίο δείγμα.

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (μη τυχαίο δείγμα, μικρό μέγεθος) και

B) αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ένα παθολογικό-χειρουργικό τμήμα) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Σε μια άλλη έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α. το 1990, ο Derdiarian, με εργαλείο μέτρησης από αδημοσίευτη έρευνα (χωρίς να γίνεται αναφορά και περιγραφή στην αξιοπιστία και την εγκυρότητά του), εφάρμοσε έναν οιονεί-πειραματικό σχεδιασμό (μια ομάδα, τρεις φάσεις με προ-μέτρηση και μετα-μέτρηση) σε ένα μη τυχαίο δείγμα (N=63) ασθενείς που επιλέχθηκαν από έναν πληθυσμό 203 ασθενών ενός τμήματος (26, 19 και 18 για κάθε φάση). Σκοπός της έρευνας ήταν να αξιολογηθεί η επίδραση ενός μοντέλου εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας στην ικανοποίηση των ασθενών. Σύμφωνα με το αποτέλεσμα υπήρξε μεγαλύτερη ικανοποίηση των ασθενών όταν χρησιμοποιήθηκε το συγκεκριμένο μοντέλο εφαρμογής της νοσηλευτικής διεργασίας.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) τίθεται θέμα αξιοπιστίας της εφαρμογής της παρέμβασης (αλλαγές στο νοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της έρευνας),

B) αμφισβητείται το εργαλείο μέτρησης, καθώς προέρχεται από αδημοσίευτη έρευνα και δεν αξιολογούνται οι ψυχομετρικές ιδιότητες και

-Γ) χρόνος μιας και μεσολάβησαν 10 μήνες μεταξύ των φάσεων.

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (μη τυχαίο δείγμα, μικρό μέγεθος) και

B) αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ένα τμήμα ενός νοσοκομείου) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Η Δημητριάδου και οι συνεργάτες της(1991) πραγματοποίησαν στην Ελλάδα μία έρευνα, με εργαλείο μέτρησης που κατασκεύασαν για την έρευνα αυτή, εφάρμοσαν περιγραφικό σχεδιασμό σε ένα τυχαίο δείγμα (N=600) ασθενείς από 8 νοσοκομεία.

Σκοπός της έρευνας αυτής ήταν να διερευνηθεί η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών με βάση τα τρία επίπεδα της θεωρίας του Maslow. Σύμφωνα με τα ευρήματα, βρέθηκε υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τα επίπεδα υπό διερεύνηση.

Η εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας αυτής πλήττεται από το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε και δεν αξιολογεί ψυχομετρικές ιδιότητες, ενώ η εξωτερική της εγκυρότητα πλήττεται από το ότι δε διευκρινίζεται η μέθοδος δειγματοληψίας (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Στην Αίγυπτο ο Zahr και οι συνεργάτες του (1991) χρησιμοποίησαν LOPSS εργαλείο μέτρησης και εφάρμοσαν περιγραφικό σχεδιασμό σε ένα δείγμα (N=70) παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από ένα νοσοκομείο (δεν αναφέρεται η δειγματοληπτική μέθοδος), με σκοπό να διερευνήσουν την ικανοποίηση των ασθενών με τη νοσηλευτική φροντίδα. Ανέφερε υψηλό βαθμό ικανοποίησης και ότι περισσότερο ικανοποιημένοι ήταν οι άνδρες, απόφοιτοι πρωτοβάθμιας εκπαίδευσης και ηλικίας από 40 -50 ετών.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) Η αξιοπιστία των μετρήσεων (συνέντευξη και γραπτά ερωτηματολόγια) και

B) το ότι δε γνωρίζουμε τον τρόπο επιλογής του δείγματος, καθώς δεν αναφέρεται η μέθοδος δειγματοληψίας.

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) αλληλεπίδραση επιλογής και παρέμβασης (μικρό δείγμα, δεν αναφέρεται η μέθοδος δειγματοληψίας) και

-B) αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ασθενείς από ένα νοσοκομείο) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 1993 ο Ludwing-Baymer et al, στην Αμερική, με εργαλείο μέτρησης για την έρευνά τους, εφάρμοσαν περιγραφικό – μεθοδολογικό σχεδιασμό σε ένα μη τυχαίο δείγμα N=444 ασθενών κατά την έξοδό τους από 8 τμήματα ενός νοσοκομείου.

Σκοπός της έρευνας, να οριστεί η αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα και την ποιότητα της φροντίδας και να συγκριθούν τρεις διαφορετικοί τρόποι συλλογής δεδομένων. Σύμφωνα με τα ευρήματα, οι ασθενείς όρισαν την ποιότητα συμπεριλαμβάνοντας τις έννοιες της τεχνικής ικανότητας (competence) και της συνολικής φροντίδας. Ανεξάρτητα από τον τρόπο συλλογής δεδομένων υπήρχαν ομοιότητες, αλλά η ποιοτική προσέγγιση φαίνεται να εμπλουτίζει την αντίληψη των νοσηλευτών για τις ανάγκες των ασθενών τους.

Παράγοντες που μειώνουν την εσωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποιήθηκε σχεδιάστηκε για την έρευνα και δε συμπεριλαμβάνει αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων.

Παράγοντες που μειώνουν την εξωτερική εγκυρότητα της έρευνας:

A) ανεπαρκής προ-λειτουργική επεξήγηση των εννοιών (απουσία θεωρητικών και λειτουργικών ορισμών) και

B) αλληλεπίδραση περιβάλλοντος και παρέμβασης (ασθενείς από 8 τμήματα ενός νοσοκομείου) (Μερκούρης Αναστάσιος & Λεμονίδου Χρυσούλα 1998).

Το 2001 οι Μερκούρης Αναστάσιος, Ουζουνίδου Αικατερίνη και οι συνεργάτες τους διενήργησαν στην Ελλάδα έρευνα με σκοπό την αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα ενός περιφερειακού γενικού νοσοκομείου και τη σύγκριση ποσοτικών και ποιοτικών δεδομένων και τέλος τη διερεύνηση πιθανής συσχέτισης δημογραφικών και άλλων χαρακτηριστικών των ασθενών.

Η μέθοδος που ακολουθήθηκε ήταν διερευνητικός, περιγραφικός σχεδιασμός με ημιδομημένη συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο σε 100 ασθενείς 5 χειρουργικών και 8 παθολογικών τμημάτων ενός περιφερειακού γενικού νοσοκομείου με τουλάχιστον 3 ημέρες νοσηλείας.

Σύμφωνα με τα συμπεράσματα που προέκυψαν, υπάρχει ανάγκη για συνεχή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προκειμένου να γίνει δυνατή η σύγκριση ως προς την επίδραση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη φροντίδα των ασθενών. Τα ποιοτικά δεδομένα διευκολύνουν την ερμηνεία των ποσοτικών δεδομένων, αυξάνουν την εγκυρότητα της έρευνας και παράλληλα δίνουν πολύτιμες πληροφορίες για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Το εργαλείο μέτρησης των Abdellah & Levine

Έχει τη μορφή ερωτηματολογίου και περιλαμβάνει 50 ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, όπου ο ασθενής ή το προσωπικό μπορεί να επιλέξει μια από τις τρεις ακόλουθες απαντήσεις: αυτό συνέβη σήμερα, αυτό συνέβη μια άλλη μέρα ή αυτό δεν έχει συμβεί. Οι 50 ερωτήσεις καλύπτουν επτά κατηγορίες-διαστάσεις: α) ικανοποίηση από τη φροντίδα (τρεις ερωτήσεις), β) ξεκούραση, γ) διαιτητικές ανάγκες, δ) τουαλέτα, ε) προσωπική υγιεινή και υποστηρικτική φροντίδα και ζ) συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού. Για κάθε ερώτηση υπάρχει ένας συντελεστή σπουδαιότητας (από το 1 μέχρι το 5), που υπολογίστηκε με βάση τα ευρήματα έρευνας η οποία πραγματοποιήθηκε σε ασθενείς και προσωπικό με την τεχνική Q-sort. Η ικανοποίηση των ασθενών μετρείται με βάση το ποσοστό των ασθενών που διάλεξαν, ότι μια από τις παρακάτω ερωτήσεις συνέβη την ίδια ή κάποια άλλη μέρα: α) ο νοσηλευτής-τρια ήταν πολύ καλός-ή προς εμένα, β) το κάλεσμά του για νοσηλευτή-τρια είχε έγκαιρη ανταπόκριση και γ) ο νοσηλευτής-τρια μου εξήγησε τη φροντίδα. Οι υπόλοιπες 47 ερωτήσεις αντιπροσωπεύουν, σύμφωνα με τους ερευνητές, τη σοβαρότητα των παραλείψεων στην ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας (Abdellah FG, Levine E.) (1,23).

Το εργαλείο μέτρησης PSI ή κλίμακα Risser (Risser Patient Satisfaction Scale, PSI)

Η κλίμακα της Risser είναι μια αθροιστική κλίμακα 25 ερωτήσεων που έχει κατασκευαστεί με βάση τη μεθοδολογία του συσχετιζόμενου κριτηρίου (criterion-related) και διαιρείται σε τρεις υποκλίμακες: τεχνική-επαγγελματική, διαπροσωπική-εκπαιδευτική και διαπροσωπική-εμπιστοσύνης. Οι ερωτήσεις περιγράφουν συγκεκριμένες νοσηλευτικές συμπεριφορές ή στάσεις και οι ερωτώμενοι ασθενείς εκφράζουν τη διαφωνία ή τη συμφωνία τους με κάθε συμπεριφορά ή στάση σε μια κλίμακα τύπου Likert πέντε σημείων (διαφωνώ πολύ έως συμφωνώ πολύ). Υπάρχει ισορροπία μεταξύ αρνητικά και θετικά διατυπωμένων ερωτήσεων. Η κατασκευή και η δοκιμή της κλίμακας έγινε σε δύο δυαδοχικές έρευνες (N=78, N=52). Στην πρώτη έρευνα, η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής, όπως μετρείται από το συντελεστή άλφα (internal consistency reliability , coefficient alpha), εκτιμήθηκε 0,80, 0,86 και 0,89 για τις τρεις υποκλίμακες αντίστοιχα, ενώ για τη συνολική κλίμακα κυμάνθηκε από 0,64 έως 0,76. Στη δεύτερη έρευνα, τα αποτελέσματα ήταν 0,63, 0,82 και 0,81 για τις υποκλίμακες και από 0,59 έως 0,80 για τη συνολική κλίμακα, αντίστοιχα. Η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) βασίστηκε στην επιλογή των ερωτήσεων από ποικιλία πηγών και στην αξιολόγησή τους από ειδικούς.

Σημαντικό είναι το γεγονός, ότι η κλίμακα της Risser αναπτύχθηκε για την αξιολόγηση εξωτερικών ασθενών σε κέντρα πρωτοβάθμιας φροντίδας και η ίδια η ερευνήτρια είχε υποστηρίξει, ότι το εργαλείο μέτρησης που κατασκεύασε δεν ήταν δυνατό να έχει εφαρμογή σε άλλες υπηρεσίες. Όμως οι Hinshaw & Atwood (1, 32) προσάρμοσαν την κλίμακα αυτή σε νοσηλευόμενους ασθενείς, αλλάζοντας μια ερώτηση και προσθέτοντας άλλη μια. Οι ίδιοι ερευνητές επανεκτίμησαν τις ψυχομετρικές ιδιότητες της κλίμακας βασίζομενοι σε πέντε έρευνες (N=600) και βρήκαν την αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής να είναι σταθερή σε μέσες τιμές για τις τρεις υποκλίμακες 0,79, 0,78 και 0,88 αντίστοιχα. Οι εκτιμήσεις για τη διακριτική εγκυρότητα (discriminant validity) ήταν υψηλές για την τεχνική-επαγγελματική και διαπροσωπική-εμπιστοσύνης και χαμηλές έως μέτριες για τη διαπροσωπική-εκπαιδευτική υποκλίμακα. Επιπρόσθετα εκτιμήθηκε μέτριος βαθμός εγκυρότητας με βάση το προβλεπτικό μοντέλο (Predictive modelling technique). Το γενικό συμπέρασμα των ερευνητών ήταν ότι η κλίμακα της Risser έχει μέτρια προς υψηλή εγκυρότητα και έθεσαν τα κάτωθι ερωτήματα: α) οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές διαστάσεις της φροντίδας; β) ποιά η σχέση μεταξύ της ομοιογένειας του δείγματος και της

αξιοπιστίας εσωτερικής συνοχής; γ) η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής είναι αποτέλεσμα του μεγάλου βαθμού των ερωτήσεων (redudancy) ή της συμφωνίας στις απαντήσεις;

Η LaMonica και οι συνεργάτες (1, 31) της τροποποίησαν την κλίμακα της Risser, με την υιοθέτηση κλίμακας τύπου Likert 7 σημείων και την προσθήκη ερωτήσεων σχετικών με τη φυσική φροντίδα και την άνεση, προκειμένου να προσαρμοστεί το εργαλείο μέτρησης σε νοσηλευόμενους ασθενείς. Στη συνέχεια, πραγματοποίησαν 3 συνεχόμενες έρευνες (N=75, N=100, N=66, ασθενείς πάσχοντες από κακοήθη νόσο). Η παραγοντική ανάλυση δεν υποστήριξε την ύπαρξη των τριών παραπάνω διαστάσεων, αλλά έδειξε την ύπαρξη τριών διαφορετικών διαστάσεων: δυσαρέσκεια, υποστήριξη σε διαπροσωπικό επίπεδο και καλή εντύπωση. Είναι σημαντικό, ότι η διάσταση της δυσαρέσκειας, όπως την ονόμασαν οι ερευνητές, εξήγησε το 73,6% της μεταβλητότητας, ενώ οι διαστάσεις της υποστήριξης σε διαπροσωπικό επίπεδο και της καλής εντύπωσης μόνο το 13,8% και 6,3% αντίστοιχα. Η αξιοπιστία εσωτερικής συνοχής (internal consistency reliability, coefficient alpha) ήταν 0,91, 0,92 και 0,89 για τις τρεις υποκλίμακες, αντίστοιχα και 0,95 για τη συνολική κλίμακα, όπως μετρείται από το συντελεστή άλφα. Οι ερευνητές εκτίμησαν ότι η κλίμακα είχε, στη χειρότερη περίπτωση, μέτρια εγκυρότητα περιεχομένου των ερωτήσεων, και υπήρξαν ενδείξεις για την εγκυρότητα δομής (construct validity), επειδή υπήρχε αντίστροφη συσχέτιση της ικανοποίησης των ασθενών με την αρνητική διάθεσή τους.

2. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

2.1. ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός της έρευνας αυτής είναι η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. Ο σχεδιασμός της έρευνας είναι διερευνητικός και περιγραφικός. Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο στο 30%-40% των ασθενών των χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης. Η επιλογή των ασθενών ήταν τυχαία. Το ερωτηματολόγιο περιέχει 20 κλειστού τύπου ερωτήσεις και έχει αξιολογηθεί θετικά ως προς τις ψυχομετρικές του ιδιότητες. Η συνέντευξη περιελάμβανε τρία μέρη: την εισαγωγή, την κλίμακα μέτρησης και τα δημογραφικά στοιχεία. Το δειγματοληπτικό υπόβαθρο αποτέλεσαν N=507 ασθενείς των χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων από όλα τα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης (Χανίων, Ρεθύμνου, ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ Ηρακλείου, Βενιζελείου, Αγ. Νικολάου, Ιεράπετρας και Σητείας), που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής (ηλικία μεγαλύτερη των 17, τουλάχιστον 3 ημέρες νοσηλεία, ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης, σταθερή συναισθηματική κατάσταση και πληροφορημένη συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα). Η πλειοψηφία του δείγματος είναι άνδρες 295 (59,1%) και η μέση ηλικία τα 60 έτη (SD 19,21). Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν κάπως υψηλή. Σύμφωνα με τα ποσοτικά δεδομένα, το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών κυμάνθηκε από 70,3% για την ενημέρωση των συγγενών έως 98,4% για την ευγένεια από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ στις περισσότερες ερωτήσεις τα ποσοστά των ικανοποιημένων ασθενών ήταν μεγαλύτερα του 50%. Υπήρχαν ποσοστά δυσαρέσκειας που αφορούσαν την πληροφόρηση των ασθενών, την εκπαίδευση, την επικοινωνία και το νοσοκομειακό περιβάλλον, που αναγνωρίστηκαν από τους ασθενείς ως οι σπουδαιότεροι παράγοντες. Υπάρχει ανάγκη για συνεχή μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, προκειμένου να γίνει δυνατή η σύγκριση ως προς την επίδραση των νοσηλευτικών παρεμβάσεων στη φροντίδα των ασθενών, με απώτερο στόχο την αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας στη Ελλάδα.

2.2. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Ο κύριος σκοπός της έρευνας αυτής είναι η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης.

2.3. ΥΛΙΚΟ-ΜΕΘΟΔΟΣ-ΔΕΙΓΜΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Το δείγμα αποτέλεσαν N=507 ασθενείς των χειρουργικών και παθολογικών τμημάτων από όλα τα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης, που πληρούσαν τα κριτήρια επιλογής (ηλικία μεγαλύτερη των 17, τουλάχιστον 3 ημέρες νοσηλεία, ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης, σταθερή συναισθηματική κατάσταση και πληροφορημένη συναίνεση συμμετοχής στην έρευνα). Η επιλογή των ασθενών ήταν τυχαία.

Ως μέθοδος συλλογής δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ημιδομημένη συνέντευξη πρόσωπο με πρόσωπο με βάση ερωτηματολόγιο 20 ερωτήσεων, το οποίο έχει αξιολογηθεί θετικά ως προς τις ψυχομετρικές του ιδιότητες. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει επίσης 17 συνολικά ερωτήσεις που παρέχουν πληροφορίες δημογραφικού και γενικού περιεχομένου. Ο ερευνητής επικοινωνούσε με τον υπεύθυνο του τμήματος και αφού τον ενημέρωνε για το σκοπό της έρευνας και τη διαδικασία που θα ακολουθούσε, του ζητούσε να δώσει τα ονόματα των ασθενών που πληρούσαν τα κριτήρια για τη συμμετοχή στην έρευνα. Στη συνέχεια γινόταν ο προγραμματισμός για τις συνεντεύξεις. Αν κάποιος ασθενής επρόκειτο να πάρει εξιτήριο, έμπαινε πρώτος στη σειρά, ενώ αν έπαιρνε εκτάκτως εξιτήριο, δε γινόταν αντικατάσταση με άλλον ασθενή. Κατά τη διάρκεια της συνέντευξης αναφέρονταν οι διάφορες περιοχές της φροντίδας, καθώς και μια σύντομη επεξήγηση για κάθε μία, χωρίς όμως να δίνονται περαιτέρω διευκρινίσεις, προκειμένου να διασφαλιστεί η αξιοπιστία της μέτρησης.

Επειδή οι επισκέψεις του ιατρικού προσωπικού, η νοσηλεία, οι διαγνωστικές εξετάσεις, το φαγητό, η ανάπαυση και το επισκεπτήριο περιορίζουν το χρόνο πραγματοποίησης των συνεντεύξεων, όλες οι συνεντεύξεις έγιναν το πρωί (8π.μ.-13) και το απόγευμα (5μ.μ.-7.30μ.μ.) πριν από το βραδινό φαγητό. Ο μέσος χρόνος που απαιτήθηκε για την ολοκλήρωσή τους ήταν 15 λεπτά με ελάχιστη τιμή 8 και μέγιστη τιμή 20 λεπτά. Όμως ο συνολικός χρόνος που δαπανήθηκε, ήταν πολύ περισσότερος, αφού περιλάμβανε τον προγραμματισμό των συνεντεύξεων και την αναμονή σε περίπτωση που ο ασθενής δεν ήταν διαθέσιμος σε μια δεδομένη στιγμή.

Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε ουδέτερο και κάλυπταν τις εξής περιοχές: α) την τεχνική πλευρά της φροντίδας, β) την πληροφόρηση και εκπαίδευση του ασθενούς και των συγγενών του και γ) τις διαπροσωπικές σχέσεις και το διαθέσιμο χρόνο και δ) το περιβάλλον και - πιο συγκεκριμένα, την ξεκούραση, την καθαριότητα και το φαγητό. Κάθε

ερώτηση αποτελούνταν από δύο μέρη, μία σύντομη περιγραφή της νοσηλευτικής παρέμβασης (stem) και μία λεπτομερέστερη επεξήγηση (explanation). Ο ερευνητής ζητούσε από τους ασθενείς να σχολιάσουν ελεύθερα την κάθε ερώτηση, που αναφερόταν σε κάποια συγκεκριμένη νοσηλευτική παρέμβαση, και στη συνέχεια να αξιολογήσουν το επίπεδο ικανοποίησής τους με τη βοήθεια μια κλίμακας τύπου Likert πέντε σημείων (καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ ικανοποιημένος). Επιπρόσθετα, υπήρχαν ερωτήσεις για τη συνολική ικανοποίηση και τη πρόθεση για νοσηλεία και σύσταση του προσωπικού σε άλλους προκειμένου να ελεγχθεί η εγκυρότητα του ερωτηματολογίου.

2.4. ΓΕΝΙΚΑ ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΔΥΤΙΚΗΣ ΚΑΙ ΑΝΑΤΟΛΙΚΗΣ ΚΡΗΤΗΣ (ΧΑΝΙΑ, ΡΕΘΥΜΝΟ, ΗΡΑΚΛΕΙΟ, ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ, ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ, ΣΗΤΕΙΑ)

ΓΕΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΓΕΩΓΡΑΦΙΚΑ-ΜΟΡΦΟΛΟΓΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ

Η περιφέρεια Κρήτης, αποτελείται από τους νομούς Ηρακλείου, Λασιθίου, Ρεθύμνου και Χανίων και έχει έδρα το Ηράκλειο, Πρωτεύουσα του ομώνυμου νομού. Βρέχεται Βόρεια από το Κρητικό Πέλαγος και Νότια από το Λιβυκό Πέλαγος. Έχει συνολική έκταση 8.335 χμ² και καλύπτει το 6,3% της συνολικής έκτασης της χώρας. Στην Περιφέρεια Κρήτης ανήκουν επίσης και αρκετά μικρά νησιά όπως Γαύδος, Ντία, Κουφονήσι, Γαϊδουρονήσι ή Χρυσή, Διονυσάδες, Σπιναλόγκα και Παξιμάδι, εκ των οποίων τα περισσότερα είναι ακατοίκητα.

Η μορφολογία της Κρήτης χαρακτηρίζεται από την ύπαρξη τριών βασικών ζωνών: την ζώνη με υψόμετρο 400 μ. και άνω (υψηλή ή ορεινή), τη ζώνη από 200-400 μ. (μέση) και την χαμηλή ζώνη που αφορά τις περιοχές που εκτείνονται από την επιφάνεια της θάλασσας έως τα 200 μ. υψόμετρο. Οι δύο πρώτες ζώνες καταλαμβάνουν σχεδόν τα 3/5 της νήσου και αποτελούν μια συνεχή οροσειρά από τα δυτικά προς τα ανατολικά,

διακοπτόμενη από μικρές κοιλάδες και φαράγγια. Η οροσειρά αυτή έχει έξι κορυφές που ξεπερνούν τα 2.000 μ.

· ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

Ο πληθυσμός της Περιφέρειας Κρήτης ανέρχεται σε 562.276 κατοίκους σύμφωνα με την εκτίμηση της ΕΣΥΕ για το 1998, που είναι το 5,3% του συνολικού πληθυσμού της χώρας. Ο ρυθμός αύξησης του πληθυσμού της Περιφέρειας είναι σχεδόν διπλάσιος από τον ρυθμό αύξησης του πληθυσμού της χώρας στην εξαετία 93-98 (2,58% έναντι 1,56%). Η πληθυσμιακή πυκνότητα της περιφέρειας Κρήτης είναι μικρότερη της αντίστοιχης εθνικής (67,5 έναντι 79,7 κατοίκων ανά τετραγωνικό χιλιόμετρο).

Ο αστικός πληθυσμός ανέρχεται στο 42% του συνολικού πληθυσμού (1991) και παρουσιάζει τάση αύξησης σε σχέση με το 1981. Ο αγροτικός πληθυσμός ανέρχεται στο 46% του συνολικού πληθυσμού και παρουσιάζει μείωση, ενώ ο ημιαστικός πληθυσμός παραμένει σταθερός και ανέρχεται στο 12% του συνόλου.

ΧΑΝΙΑ

Ο νομός Χανίων καλύπτει το δυτικό τμήμα της Κρήτης κι έχει έκταση 2.376 τ.χ και πληθυσμό 140.000 κατοίκους (απογραφή 1991). Ο νομός υποδιαιρείται σε πέντε επαρχίες με πρωτεύουσα την πόλη των Χανίων (52.000 κατ). Από το 1999 ο νομός χωρίζεται σε 23 Δήμους (Καποδιστριακούς) και 2 κοινότητες.

ΡΕΘΥΜΝΟ

Το **Ρέθυμνο** είναι η πρωτεύουσα του [ομώνυμου νομού](#) της [Κρήτης](#). Το [Ρέθυμνο](#) εμφανίζει μεγάλη τουριστική κίνηση κατά την διάρκεια του [καλοκαιριού](#) ενώ οι 7000 και πλέον ενεργοί φοιτητές καθιστούν την πόλη ιδιαίτερα ζωντανή κατά την υπόλοιπη περίοδο του χρόνου. Ο [πληθυσμός](#) της πόλης ανέρχεται στους 32.694 κατοίκους (απογραφή 2001). Μετά την απελευθέρωση η πόλη άρχισε να αναπτύσσεται εκ νέου τόσο οικιστικά όσο και πνευματικά. Σημαντική ώθηση της προσέδωσε η εγκατάσταση της Φιλοσοφικής Σχολής και της Σχολής Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Κρήτης (περίπου 8.000 φοιτητές) και η δημιουργία της Πανεπιστημιακής Βιβλιοθήκης. Σήμερα το Ρέθυμνο είναι η τρίτη σε μέγεθος πόλη της Κρήτης με πληθυσμό περίπου 33.000 κατοίκων (απογραφή 2001) μετά το [Ηράκλειο](#) και τα [Χανιά](#) .

ΗΡΑΚΛΕΙΟ

Πρωτεύουσα του νομού Ηρακλείου είναι το Ηράκλειο, που την αρχαία εποχή ήταν επίνειο της Κνωσού. Η πόλη του Ηρακλείου από τους Βυζαντινούς και Ενετούς λέγονταν και Μεγάλο Κάστρο, επειδή έφτιαξαν εκεί ή γύρω από αυτό ένα μεγάλο φρούριο (Castro, Castle). Οι Άραβες Σαρακηνοί το έλεγαν khandax (= μεγάλο αυλάκι, χαντάκι), δηλαδή Χάνδακα, επειδή έφτιαξαν γύρω από αυτό ένα μεγάλο προστατευτικό τεχνητό αυλάκι. Σήμερα λέγεται και χώρα (= μεγάλο χωριό, πόλη). Το **Ηράκλειο** με 142.112 κατοίκους (απογραφή 2001) και συνολική επιφάνεια 120 τετραγωνικά χιλιόμετρα, είναι η τέταρτη (μετά την [Αθήνα](#), τη [Θεσσαλονίκη](#) και την [Πάτρα](#)) μεγαλύτερη σε έκταση και πληθυσμό πόλη της [Ελλάδας](#), η [πρωτεύουσα](#) και ο μεγαλύτερος [λιμένας](#) της [Κρήτης](#).

ΑΓΙΟΣ ΝΙΚΟΛΑΟΣ

Ο **Άγιος Νικόλαος** είναι η πρωτεύουσα και το διοικητικό κέντρο του Νομού Λασιθίου. Ο πληθυσμός του σημερινού (Καποδιστριακού) δήμου είναι περίπου 17.000 κάτοικοι, ενώ το πολεοδομικό συγκρότημα του παλαιού Δήμου έχει πληθυσμό 10.000. Ο Άγιος Νικόλαος βρίσκεται στη Βόρεια - Ανατολική Κρήτη και συγκεκριμένα στον κόλπο του Μεραμβέλλου, σε απόσταση περίπου 55 χλμ. από το Ηράκλειο. Η διαδρομή αυτή γίνεται σήμερα σε περίπου 40', ενώ με την ολοκλήρωση του Βόρειου Οδικού Άξονα θα διαρκεί 30'.

ΙΕΡΑΠΕΤΡΑ

Η **Ιεράπετρα** είναι η νοτιότερη πόλη της [Ελλάδας](#) και η νοτιοανατολικότερη της [Ευρώπης](#). Ανήκει στο [Νομό Λασιθίου](#), του οποίου είναι η μεγαλύτερη πόλη. Βρίσκεται στην νότια πλευρά της Κρήτης.

ΣΗΤΕΙΑ

Η Σητεία, μια παραθαλάσσια πόλη περίπου 9.500 κατοίκων, είναι χτισμένη στο ανατολικότερο σημείο των βορείων παραλίων της Κρήτης, πριν το ακρωτήριο Σίδερο. Πρωτεύουσα της επαρχίας Σητείας, έχει δώσει και το όνομά της στον κόλπο, που απλώνεται στα πόδια της. Απέχει 129 χλμ απ' το Ηράκλειο, 64 χλμ απ' τον Άγιο Νικόλαο και 61 απ' την [Ιεράπετρα](#). Η σημερινή πόλη χτίστηκε το 1870.

2.5. ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.5.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης

Σκοπός αυτής της πτυχιακής εργασίας είναι να παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας, που διεξήχθη το έτος 2007-2008, μέσω της οποίας αξιολογήθηκε η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες που παρέχονται στα παθολογικά και χειρουργικά τμήματα των δημόσιων νοσοκομείων της Κρήτης, η οποία αναμφίβολα υπολογίζεται ως ένας πολύ σημαντικός δείκτης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας για την ποιοτική βελτίωση αυτών. Άλλωστε, η σημαντικότητα αυτής της αξιολόγησης διαφαίνεται από το γεγονός ότι οι πρώτες ερευνητικές προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας άρχισαν το 1956 στην Αμερική από το χώρο της Νοσηλευτικής.

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η ικανοποίηση των ασθενών του δείγματος από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες με βάση ποσοτικά και ποιοτικά δεδομένα και η κατανομή τους κατά κατηγορίες ατομικών και δημογραφικών χαρακτηριστικών.

Η συνεργασία των ασθενών ήταν πολύ ικανοποιητική. Στην συντριπτική τους πλειοψηφία συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με ενδιαφέρον και χωρίς διακοπές. Ο συνολικός αριθμός των ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν ήταν 507 από την Σητεία, την Ιεράπετρα, τον Άγιο Νικόλαο, τα Χανιά, το Ηράκλειο (Βενιζέλειο και ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ.) και το Ρέθυμνο. Παρατηρήθηκε αποχή απάντησης σε κάποιες ερωτήσεις του ερωτηματολογίου, η οποία μπορεί να οφείλεται σε δυσκολία απάντησης ή άρνηση απάντησης. Η ανάλυση έγινε με τη χρήση του προγράμματος Statistical Package for Social Sciences (SPSS)/PC. Στην παρούσα έρευνα έγινε, επίσης, συνδυασμός των πολυάριθμων εκτιμήσεων των διαφόρων πλευρών της περίθαλψης σε μια συνοπτική κλίμακα, τύπου Likert πέντε σημείων. Διαμορφώθηκε μια κλίμακα μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή που ξεκινούσε από το ένα (1) μέχρι το πέντε (5), καθώς ένα σημαίνει

<<καθόλου>>, δύο <<λίγο>>, τρία <<αρκετά>>, τέσσερα <<πολύ>> και πέντε <<πάρα πολύ>>. Πρέπει να αναφερθεί ότι όλες οι κλίμακες είναι πεντάβαθμες, εκτός στους πίνακες που αφορά την ηλικία, το φύλο, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το τόπο μόνιμης κατοικίας, το ασφαλιστικό ταμείο, τις προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο πάνω από μια μέρα, τις προηγούμενες εισαγωγές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, τις ημέρες νοσηλείας αυτή την φορά, τον αριθμό των ασθενών στο ίδιο δωμάτιο, το πρόσωπο που διάλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο, τον λόγο επιλογής του νοσοκομείου, τις γνώσεις για την ασθένεια, τον βαθμό εξάρτησης και την συνοδεία του ασθενούς, όπου η κλίμακα μέτρησης διατυπώνεται ανάλογα. Στην ερώτηση που αφορούσε την αποτελεσματικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων η κλίμακα μέτρησης κυμάνθηκε από το <<Πολύ κακή>> έως το <<Πολύ καλή>>.

Σύμφωνα με το ερωτηματολόγιο, έχουμε 20 ερωτήσεις, οι οποίες είναι διατυπωμένες σε ουδέτερο ύφος, εκ των οποίων οι 14 ερωτήσεις εξαρτώνται άμεσα από το νοσηλευτικό προσωπικό με υποερωτήματα (εξυπηρέτηση-περιποίηση, νοσηλεία ως προς την επιδεξιότητα, την συνέπεια, ανακούφιση πόνου ως προς την ταχύτητα, τα μέτρα, πληροφόρηση ως προς τον προσανατολισμό, τις εξετάσεις, τη θεραπεία, γενικές οδηγίες, ενημέρωση συγγενών, εκπαίδευση, παρακολούθηση, ανταπόκριση ως προς την ταχύτητα, την ικανοποίηση των αναγκών, διαθέσιμος χρόνος, συνέχεια, ευγένεια, σεβασμός, ενδιαφέρον-επικοινωνία, προσωπικές προτιμήσεις και συνολική ικανοποίηση από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες) και οι υπόλοιπες 3 επίσης, με υποερωτήματα αφορούν το περιβάλλον (καθαριότητα της τουαλέτας, των κοινόχρηστων χώρων, ποσότητα, ποιότητα, τρόπος μαγειρέματος, ποικιλία, θερμοκρασία, τρόπος και ώρα σερβιρίσματος φαγητού, ξεκούραση ως προς το θόρυβο, την πρωινή έγερση). Τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος παρουσιάζονται κατά κατηγορίες και διακρίνονται σε: α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο, τόπος μόνιμης κατοικίας, ασφαλιστική κάλυψη), β) ατομικά χαρακτηριστικά σε σχέση με την νοσηλεία (εισαγωγές γενικά, εισαγωγές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, ημέρες νοσηλείας, αριθμός ασθενών στο ίδιο δωμάτιο, διαλογή νοσοκομείου, λόγος επιλογής του συγκεκριμένου νοσοκομείου), και γ) αυτοαξιολόγηση της σοβαρότητας της κατάστασης, γνώσεις για την ασθένεια, βαθμός εξάρτησης, χρήση συνοδού και της αποτελεσματικότητας των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων.

Τέλος, τα δεδομένα συμπληρώνουν τρεις γενικές ερωτήσεις για την πρόθεση για να επανανοσηλευτεί ο ασθενής από το ίδιο προσωπικό και να το συστήσει σε άλλους, οι

οποίες προστέθηκαν για να δώσουν μία ένδειξη εγκυρότητας των ερωτήσεων που αποτελούσαν την κλίμακα μέτρησης, όπως και η ερώτηση που δίνει την δυνατότητα για σχολιασμό, ρωτώντας <<Τι άλλο θα θέλατε να προσθέσετε;>>.

Σημειωτέον, ότι η έρευνα στηρίχτηκε σε αξιοκρατικά κριτήρια και διεξήχθη με βάση αξιόπιστες μεθόδους.

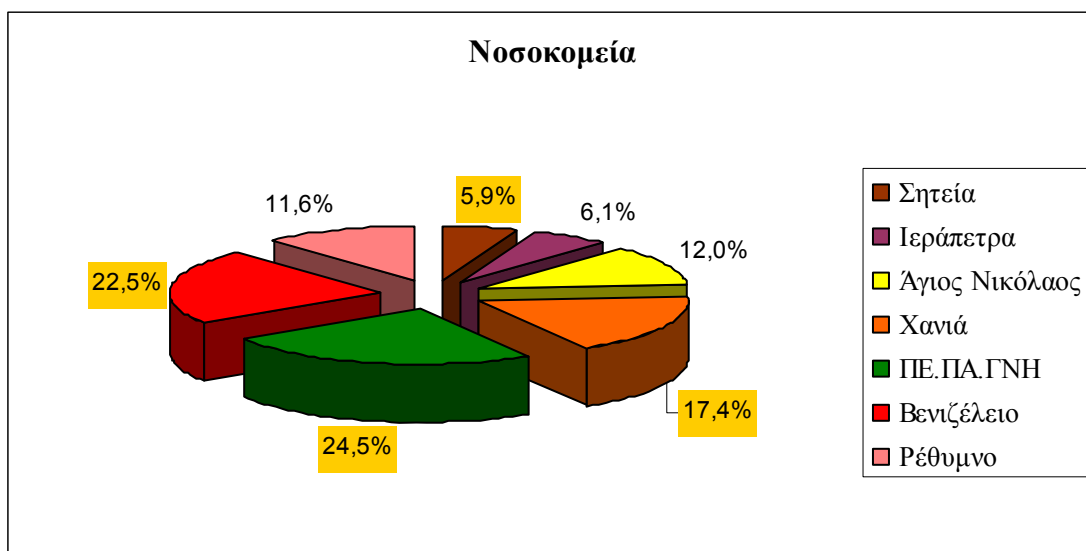
Ακολουθεί η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και η παρουσίασή τους σε γράφημα, βάση του ερωτηματολογίου.

Α. Ικανοποίηση ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα

Στη συνέχεια περιγράφονται τα αριθμητικά αποτελέσματα της ποσοτικής και της ποιοτικής ανάλυσης, καθώς και οι σημαντικότερες παρατηρήσεις για κάθε ερώτηση της κλίμακας (Πίνακες 1-54).

Το ποσοστό των ασθενών που συμμετείχε στην ερευνητική διαδικασία από τα δημόσια νοσοκομεία της Κρήτης (Σητεία, Ιεράπετρα, Άγιος Νικόλαος, Χανιά, ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ Ηρακλείου, Βενιζέλειο Ηρακλείου και Ρέθυμνο), με ένα δείγμα ασθενών N=507 άτομα

ΠΙΝΑΚΑΣ: Νοσοκομεία

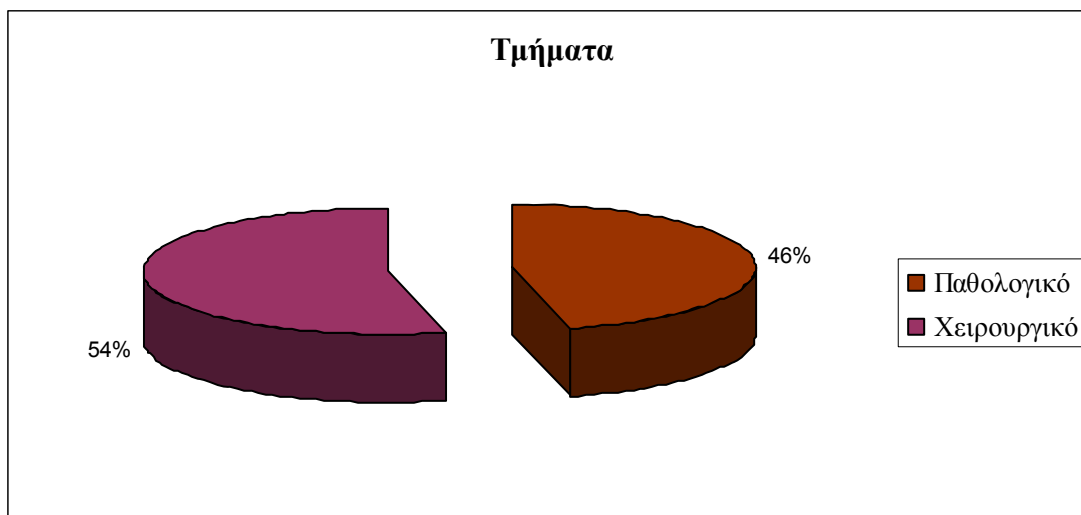


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται στον ανωτέρω πίνακα, ένα 24,5% του δείγματος των ασθενών συμμετείχε στην έρευνα από το ΠΕ.ΠΑ.ΓΝΗ Ηρακλείου, ένα 22,5% των ασθενών συμμετείχε από το Βενιζέλειο Ηρακλείου, ένα 17,4% του ίδιου δείγματος από τα Χανιά, ένα 12% και ένα 11,6% των ασθενών αντίστοιχα, από τον Άγιο Νικόλαο και το

Ρέθυμνο. Ακολουθεί ένα 6,1% των ασθενών από την Ιεράπετρα. Η Σητεία με ένα μόλις 5,9% του δείγματος των ασθενών έλαβε, επίσης, συμμετοχή.

Η Συμμετοχή των ασθενών από τον Παθολογικό και Χειρουργικό τομέα

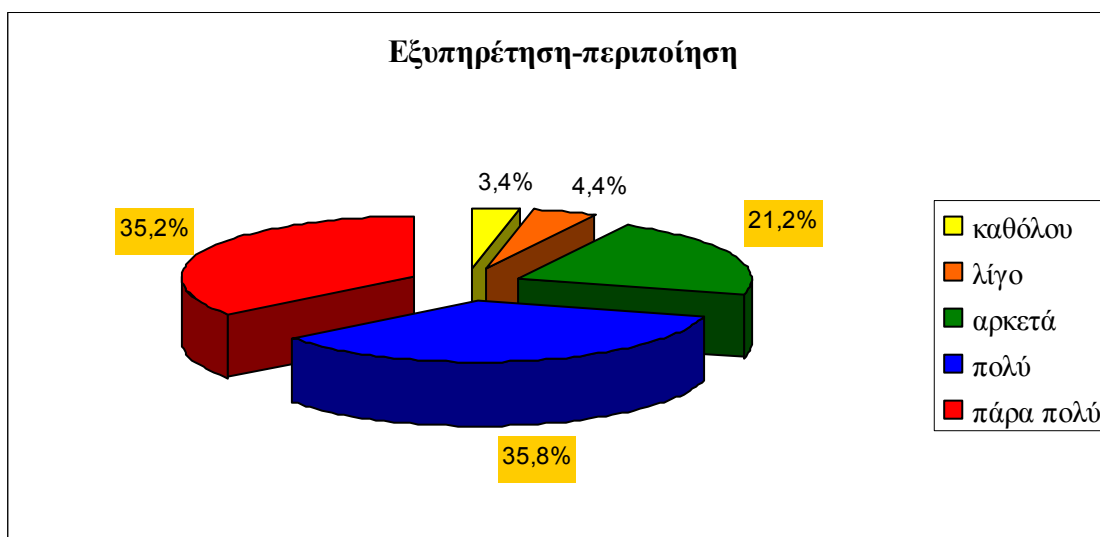
ΠΙΝΑΚΑΣ: Τμήματα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται στον ανωτέρω πίνακα, από τους ασθενείς του δείγματος, οι 273 (54%) νοσηλεύονταν στον χειρουργικό τομέα και οι 233 (46%) στα παθολογικά τμήματα.

ΕΡΩΤΗΣΗ 1: Ικανοποίηση ασθενών από την εξυπηρέτηση-περιποίηση: Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορούν οι ασθενείς να εκτελέσουν από μόνοι τους (Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Εξυπηρέτηση-περιποίηση

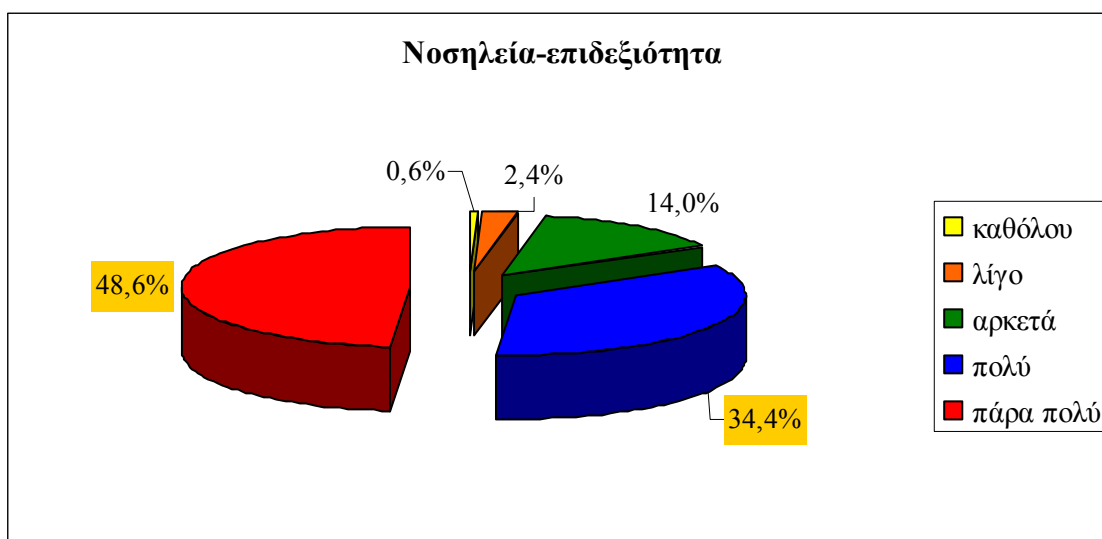


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 1, η εξυπηρέτηση-περιποίηση κυμάνθηκε μεταξύ 3-5 βάση της κλίμακας μέτρησης, με ένα ποσοστό 35,8% του δείγματος των ασθενών να είναι <<πολύ>> ευχαριστημένο ως προς αυτήν. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών ανέρχεται σε 92,2% του δείγματος.

ΕΡΩΤΗΣΗ 2: Ικανοποίηση ασθενών από την νοσηλεία (Δηλαδή χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, αλλαγή ορών, επιδέσμων, φλεβοκεντήσεις κτλ.) ως προς την

α. επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις

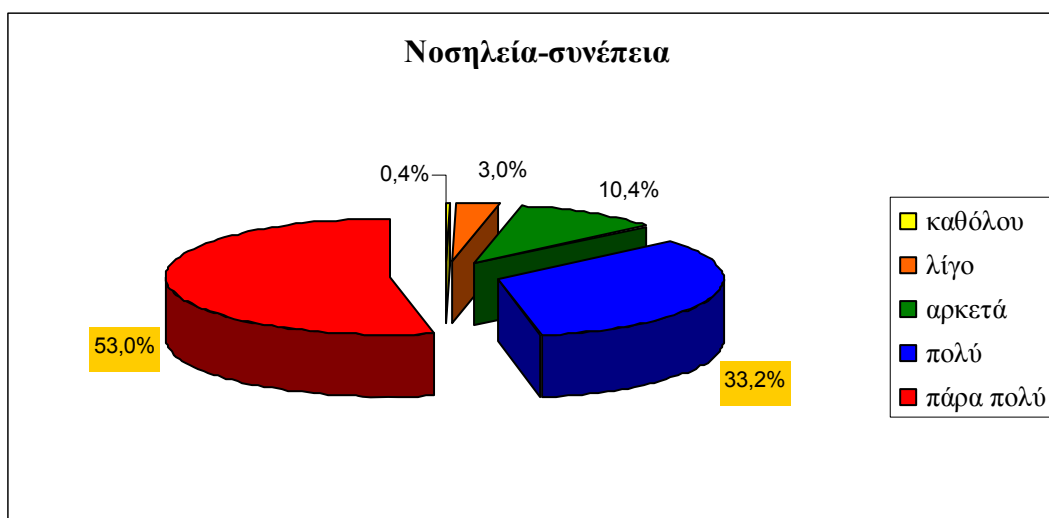
ΠΙΝΑΚΑΣ 2α: Νοσηλεία-επιδεξιότητα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 2α, ένα 48,6% του δείγματος των ασθενών δηλώνει <<πάρα πολύ>> ευχαριστημένο ως προς την νοσηλεία και την επιδεξιότητα, αλλά και ένα 34,4% των ασθενών είναι <<πολύ>> ευχαριστημένο ως προς αυτή τη νοσηλευτική πράξη. Το σύνολο των ικανοποιημένων ασθενών είναι 97%.

β. συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις

ΠΙΝΑΚΑΣ 2β: Νοσηλεία-συνέπεια

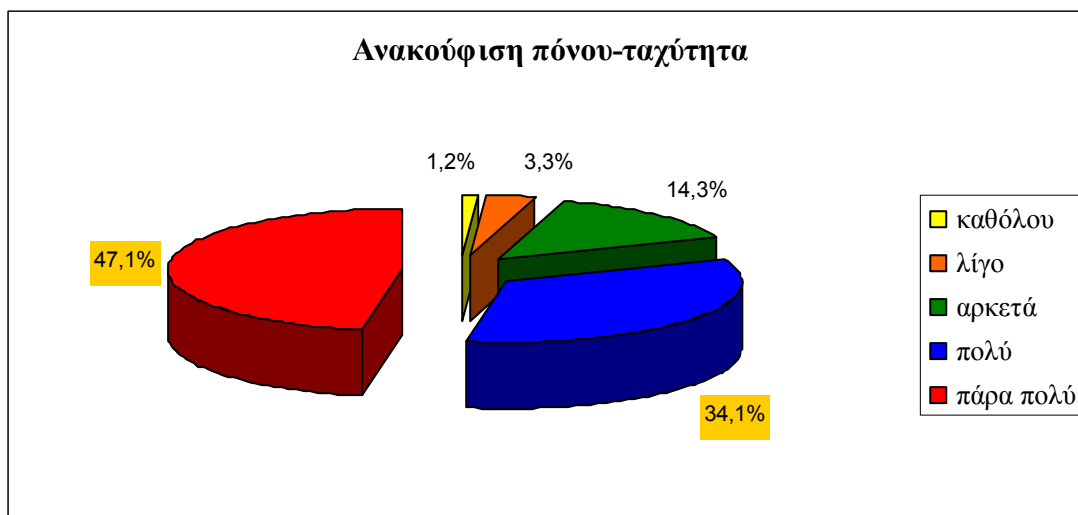


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 2β, ένα 53% των ασθενών εκτιμά την νοσηλεία και την συνέπεια ως <<πάρα πολύ καλή>>. Το σύνολο των ικανοποιημένων ασθενών είναι 96,6%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 3: Ικανοποίηση ασθενών ως προς την ανακούφιση του πόνου

α. ταχύτητα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται

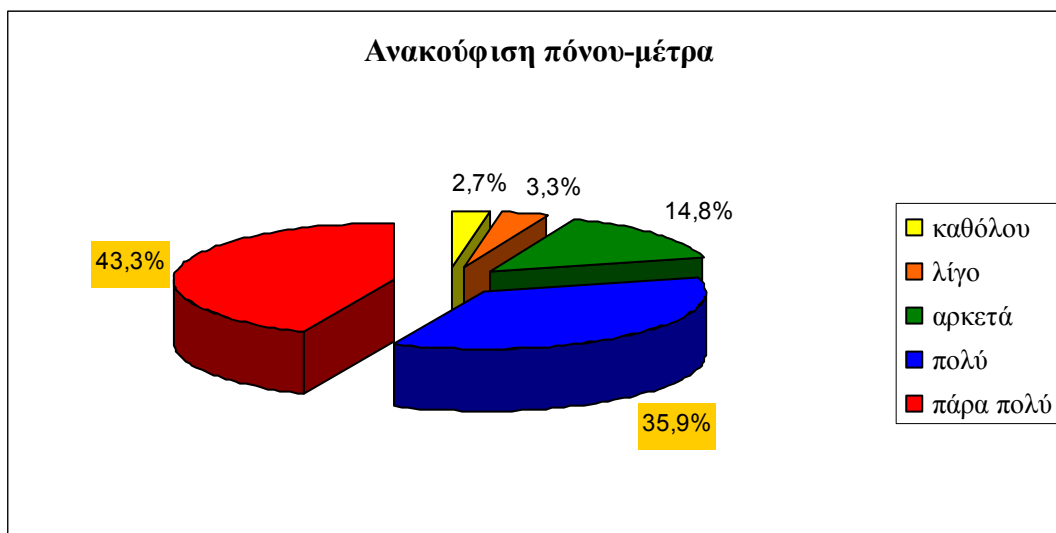
ΠΙΝΑΚΑΣ 3α: Ανακούφιση πόνου-ταχύτητα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3α, ένα 47,1% των ασθενών επίσης, είναι <<πάρα πολύ>> ευχαριστημένο ως προς την ανακούφιση του πόνου και την ταχύτητα με την οποία ανταποκρίνεται το νοσηλευτικό προσωπικό. Ένα 95,5% αφορά τους ικανοποιημένους ασθενείς.

β. λήψη μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου (Όπως αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον άρρωστο, αλλαγή θέσεως, χορήγηση φαρμάκων, κτλ)

ΠΙΝΑΚΑΣ 3β: Ανακούφιση πόνου-μέτρα

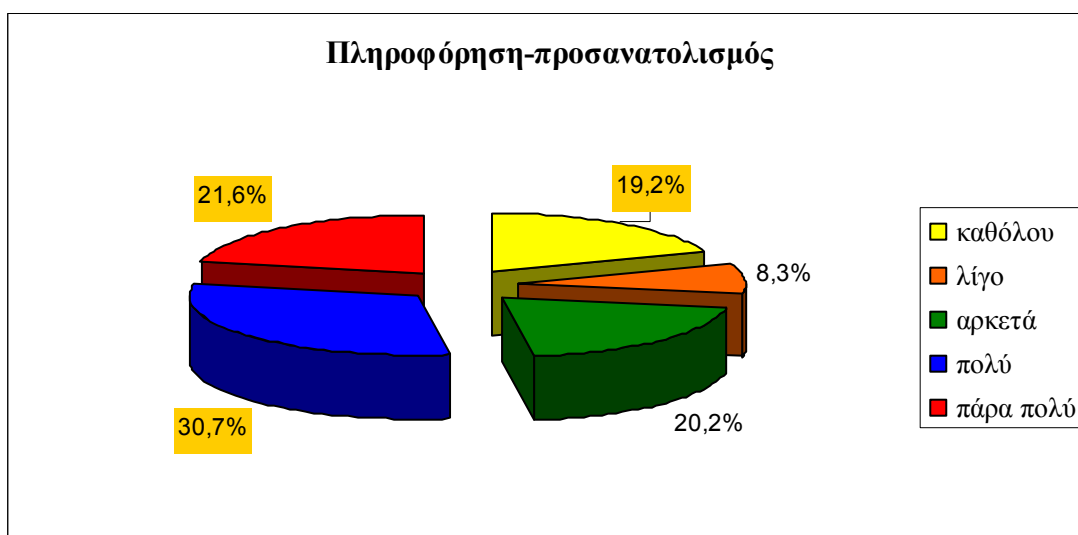


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται από τον πίνακα 3β, ως προς την λήψη μέτρων για την ανακούφιση του πόνου ένα 43,3% του δείγματος των ασθενών είναι <<πάρα πολύ>> ευχαριστημένο και ένα 35,9% των ασθενών <<πολύ>> ευχαριστημένο. Το υπόλοιπο ποσοστό 20,8% των ασθενών αντιπροσωπεύει την κλίμακα μέτρησης 1 έως 3.

ΕΡΩΤΗΣΗ 4: Ικανοποίηση ασθενών ως προς την πληροφόρηση και την ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δηλαδή πληροφόρηση για:

α. τον προσανατολισμό στην μονάδα την πρώτη μέρα που έρχεται ο ασθενής στην κλινική (χώρος, ρουτίνα, σύστημα κλήσης)

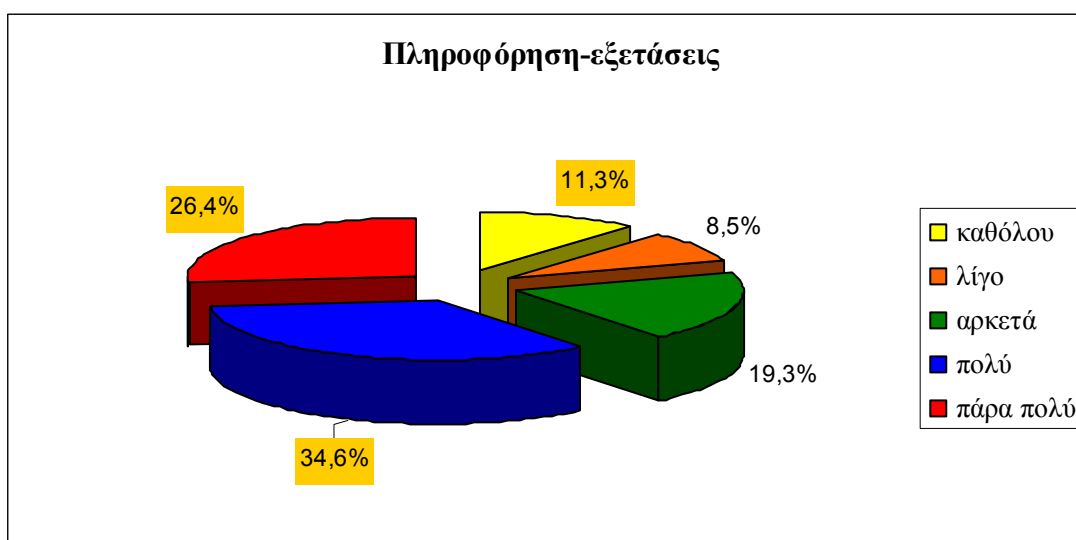
ΠΙΝΑΚΑΣ 4α: Πληροφόρηση-προσανατολισμός



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4α, ως προς την πληροφόρηση και τον προσανατολισμό ένα 30,7% του δείγματος των ασθενών έχει μείνει <<πολύ>> ευχαριστημένο, αλλά υπάρχει ένα 19,2% και ένα 8,3% των ασθενών αντίστοιχα, που δηλώνει <<δυσανεστημένο και λίγο ευχαριστημένο>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 72,5%.

β. εξετάσεις (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα)

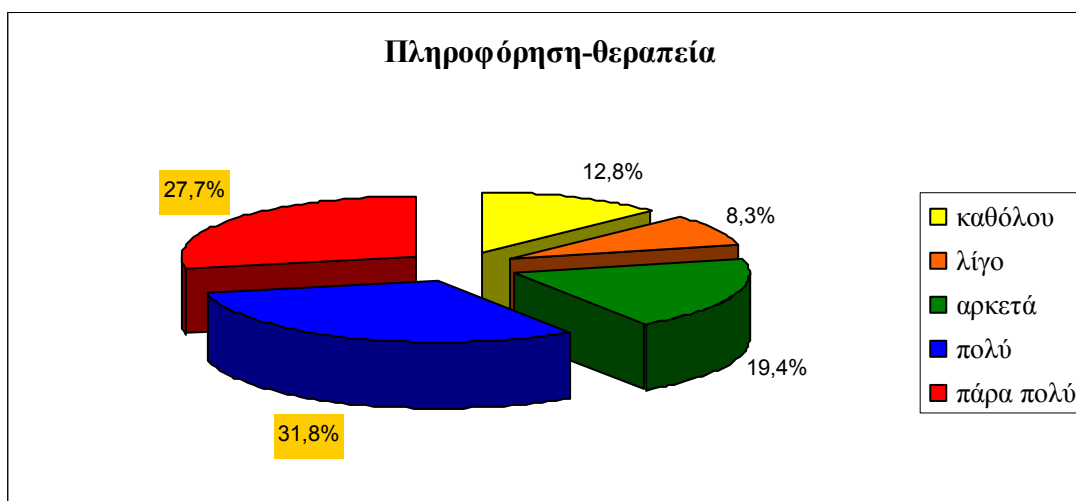
ΠΙΝΑΚΑΣ 4β: Πληροφόρηση-εξετάσεις



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται από τον πίνακα 4β, την πληροφόρηση ως προς το θέμα των εξετάσεων ένα 34,6% του δείγματος των ασθενών είναι <<πολύ>> ευχαριστημένο, αλλά ένα 11,3% και ένα 8,5% των ασθενών αντίστοιχα, εμφανίζεται <<καθόλου έως λίγο ευχαριστημένο>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 80,3%.

γ. θεραπευτικές διαδικασίες και φάρμακα

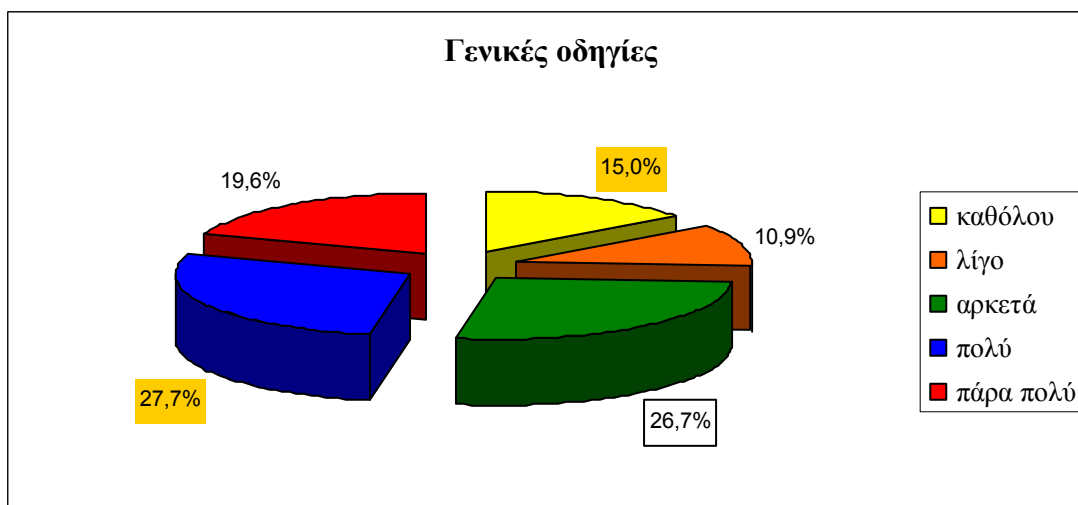
ΠΙΝΑΚΑΣ 4γ: Πληροφόρηση-θεραπεία



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Βάση του γραφήματος 4γ, ένα 31,8% του δείγματος των ασθενών δηλώνει <<πολύ>> ευχαριστημένο στην πληροφόρηση ως προς την θεραπεία. Ένα 12,8% και 8,3% των ασθενών είναι <<δυσανεστημένο έως λιγότερο ικανοποιημένο>>. Συνολικά, το ποσοστό των ικανοποιημένων είναι 78,9%.

δ. ως προς τις οδηγίες γενικά για την κατανόηση της ασθένειας και των αναγκών στον βαθμό που ο καθένας άρρωστος καταλαβαίνει

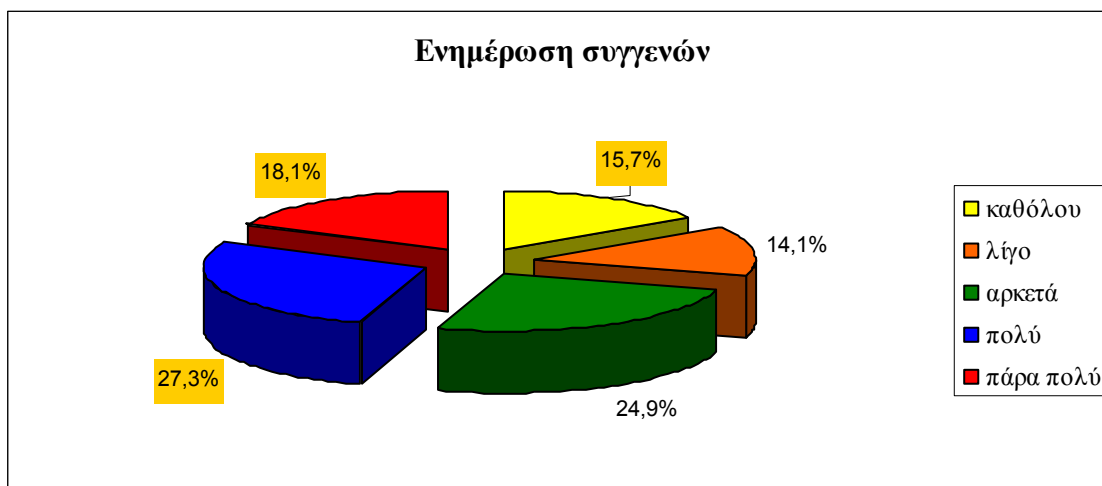
ΠΙΝΑΚΑΣ 4δ: Γενικές οδηγίες



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στον πίνακα 4δ, ένα 27,7% του δείγματος των ασθενών δηλώνει <<πολύ>> ευχαριστημένο, ενώ το 15% του δείγματος των ασθενών δεν είναι ευχαριστημένο <<καθόλου>> ως προς τις γενικές οδηγίες που μπορεί να δοθούν για την αντιμετώπιση της ασθένειας. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 74%.

ε. ως προς την πληροφόρηση και την ενημέρωση των συγγενών

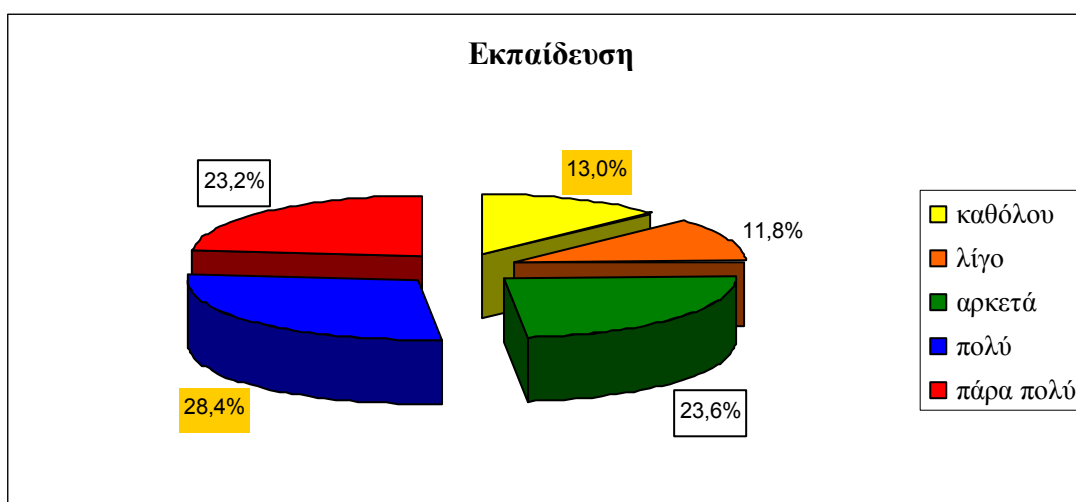
ΠΙΝΑΚΑΣ 4ε: Ενημέρωση συγγενών



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στον πίνακα 4ε, ως προς την ενημέρωση των συγγενών για την πορεία της νόσου των ασθενών ένα 27,3% του δείγματος των ασθενών δηλώνει <<πολύ>> ευχαριστημένο, ενώ ένα 15,7% του ίδιου δείγματος <<καθόλου ευχαριστημένο>> και ένα 14,1% <<λιγότερο>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 70,3%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 5: Ικανοποίηση ασθενών ως προς την εκπαίδευση-οδηγίες: Εκπαίδευση-οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για το πώς οι ασθενείς θα φροντίσουν τον εαυτό τους στο βαθμό που μπορούν, τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο τους από αυτό

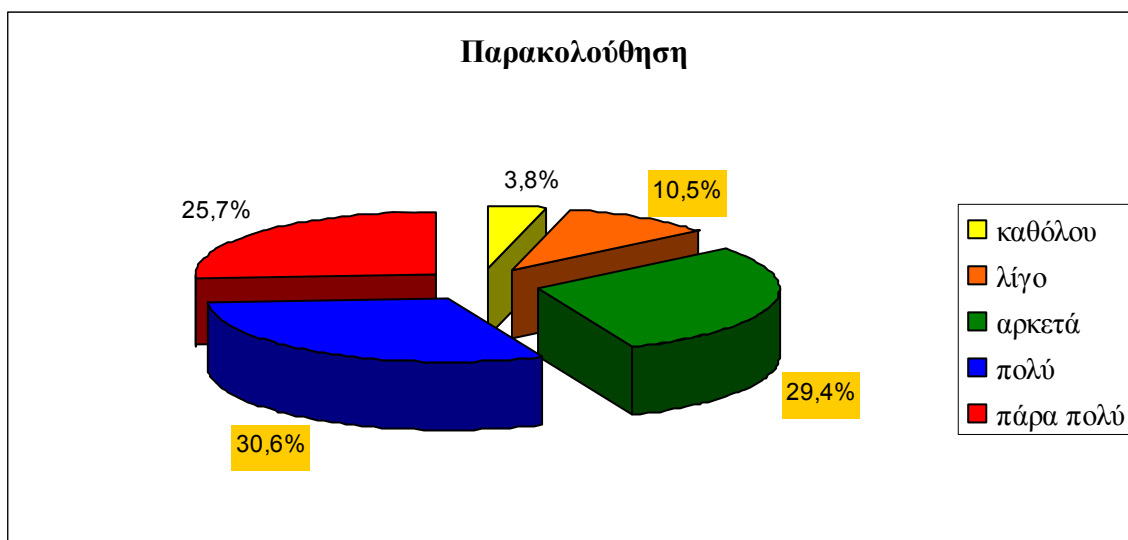
ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Εκπαίδευση



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στον πίνακα 5, ένα 28,4% του δείγματος των ασθενών είναι <<πολύ>> ευχαριστημένο ως προς την εκπαίδευση και διδασκαλία των ασθενών σε θέματα που έχουν σχέση με την αντιμετώπιση της νόσου και ένα ποσοστό 13% των ασθενών δεν έχει μείνει <<καθόλου>> ευχαριστημένο και ένα 11,8% <<λιγότερο>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 75,2%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 6: Ικανοποίηση ασθενών ως προς την παρακολούθηση. Πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτεται και αξιολογεί την κατάσταση των ασθενών

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Παρακολούθηση

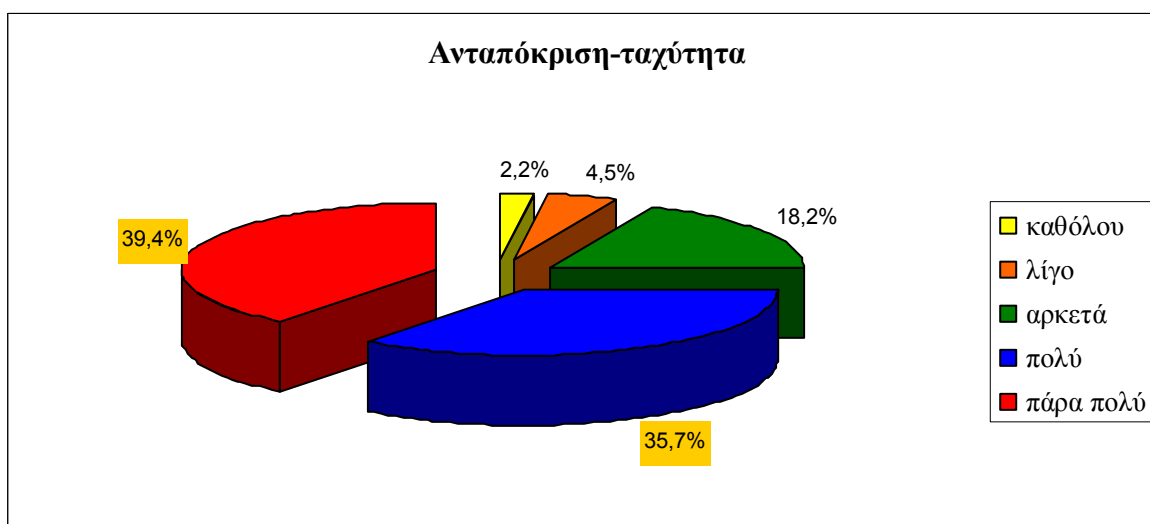


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στον πίνακα 6, η παρακολούθηση κυμαίνεται σε μία κλίμακα 2 έως 4 με ποσοστά 10,5%, 29,4% και 30,6% του δείγματος των ασθενών, με ένα ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών να είναι 85,7%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 7: Ικανοποίηση ασθενών ως προς την ανταπόκριση- ταχύτητα

α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα των ασθενών (κουδούνι-σήμα) όταν αυτοί χρειάζονται βοήθεια

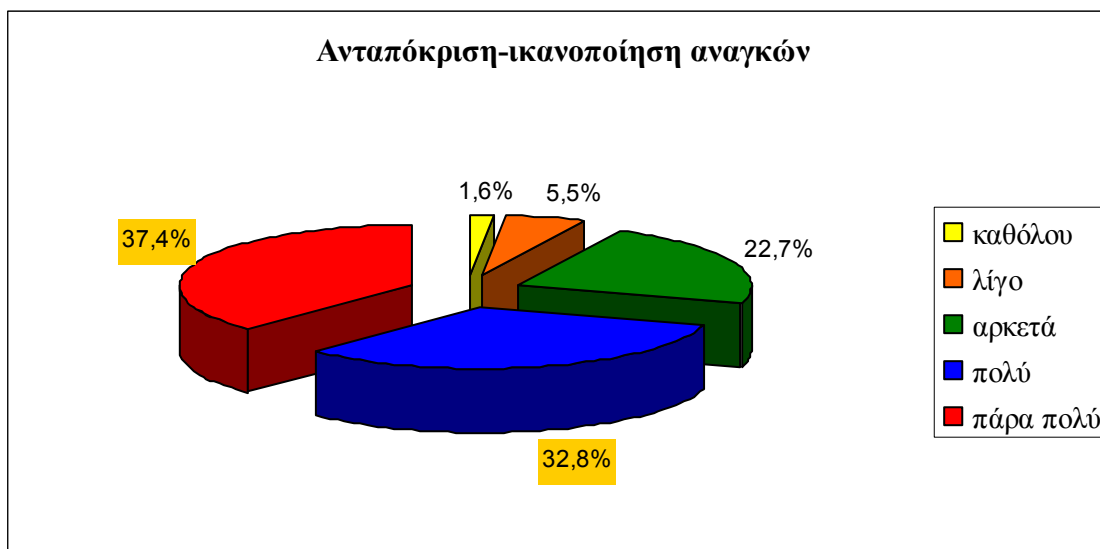
ΠΙΝΑΚΑΣ 7α: Ανταπόκριση-ταχύτητα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στον πίνακα 7α, στην ανταπόκριση-ταχύτητα ένα 39,4% του δείγματος των ασθενών δηλώνει <<πάρα πολύ>> ευχαριστημένο. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 93,3%.

β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να ικανοποιήσει αυτό που του ζητούν οι ασθενείς

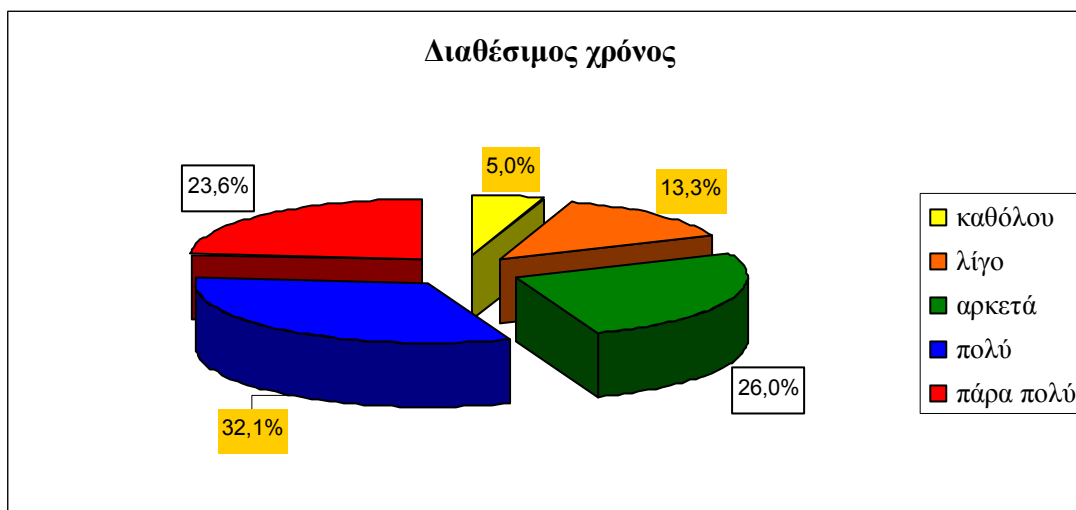
ΠΙΝΑΚΑΣ 7β: Ανταπόκριση-ικανοποίηση αναγκών



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στον πίνακα 7β, ένα 37,4% του δείγματος των ασθενών είναι <<πάρα πολύ>> ευχαριστημένο στην ανταπόκριση και ικανοποίηση των αναγκών τους. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 92,9%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 8: Ικανοποίηση ασθενών ως προς τον διαθέσιμο χρόνο. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για την φροντίδα των ασθενών, σε σχέση με τον χρόνο που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός

ΠΙΝΑΚΑΣ 8: Διαθέσιμος χρόνος

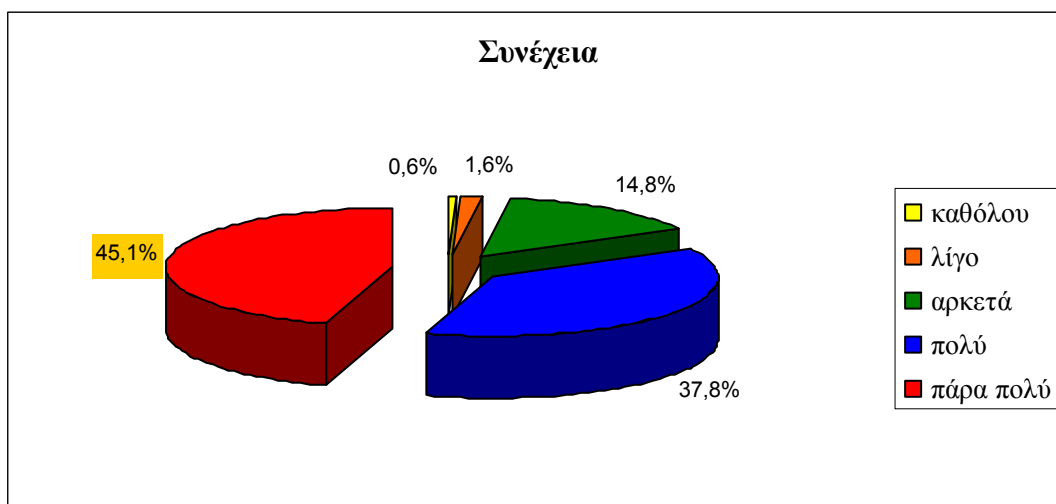


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 8, ένα 32,1% του δείγματος των ασθενών δηλώνει <<πολύ>> ευχαριστημένο, αλλά ένα 5,0% και ένα 13,3% του δείγματος των ασθενών αντίστοιχα, δηλώνει <<δυσανεστημένο έως λιγότερο>> ευχαριστημένο ως προς

τον διαθέσιμο χρόνο των νοσηλευτών. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 81,7%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 9: Ικανοποίηση ασθενών ως προς την συνέχεια νοσηλευτικής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια γνωρίζει την κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς

ΠΙΝΑΚΑΣ 9: Συνέχεια

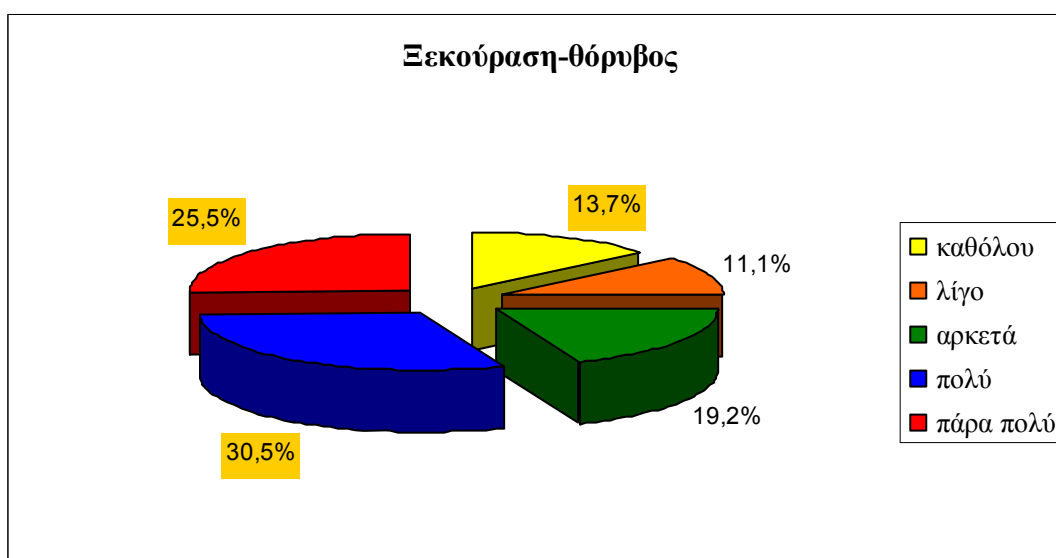


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 9, ένα υψηλό ποσοστό 45,1% του δείγματος των ασθενών δηλώνει <<πάρα πολύ>> ευχαριστημένο στο ερώτημα της συνέχειας της νοσηλευτικής φροντίδας. Το σύνολο των ικανοποιημένων ασθενών είναι 97,7%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 10: Ικανοποίηση ασθενών ως προς τον χρόνο για ξεκούραση και ύπνο

α. θόρυβος από άλλους αρρώστους, συνοδούς, προσωπικό, τον διάδρομο

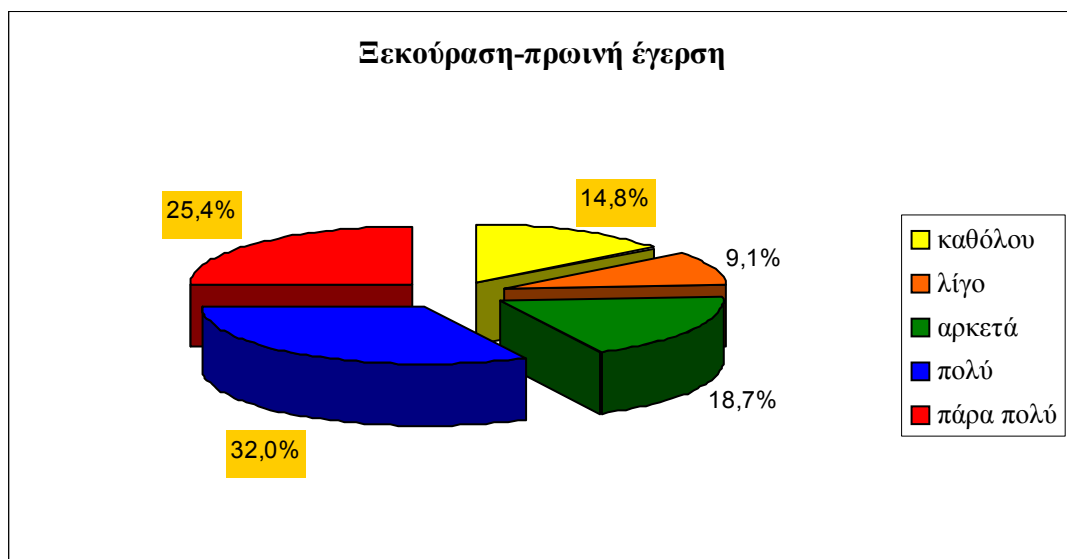
ΠΙΝΑΚΑΣ 10α: Ξεκούραση-θόρυβος



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 10α, ένα 30,5% του δείγματος των ασθενών διαμαρτύρεται ότι υπάρχει <<πολύς>> θόρυβος, όπως και ένα 25,5% του δείγματος μιλάει για <<πάρα πολύ>> θόρυβο. Ενώ, ένα 13,7% των ασθενών δηλώνει ότι δεν αντιμετώπισε <<καθόλου>> πρόβλημα με τον θόρυβο και ένα 11,1% <<λίγο>>. Το ποσοστό των δυσαρεστημένων ασθενών, ένα 75,2% ξεπερνά το 24,8% των ικανοποιημένων ασθενών ως προς την εξασφάλιση ξεκούρασης σε σχέση με τον θόρυβο.

β. ώρα που ξυπνάτε ή σας ξυπνούν το πρωί

ΠΙΝΑΚΑΣ 10β: Ξεκούραση-πρωινή έγερση

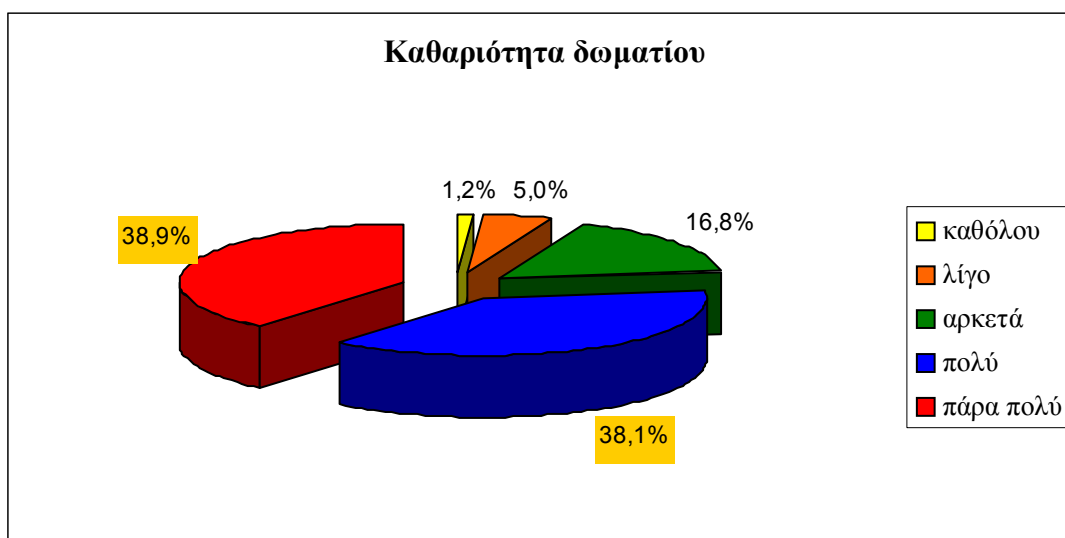


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 10β, ένα 32% των ασθενών δηλώνει ότι ξυπνάει <<πολύ>> νωρίς το πρωί, όπως και ένα 25,4% των ασθενών δηλώνει ότι ξυπνάει <<πάρα πολύ>> νωρίς το πρωί. Σημαντικό είναι το ποσοστό 14,8% των ασθενών που δεν ξυπνάει <<καθόλου>> νωρίς το πρωί και ένα 9,1% <<λίγο>>. Το ποσοστό των δυσαρεστημένων ασθενών είναι 76,1% σε σχέση με το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών που είναι 23,9% ως προς την πρωινή έγερση.

ΕΡΩΤΗΣΗ 11: Ικανοποίηση ασθενών ως προς την καθαριότητα

α. δωματίου

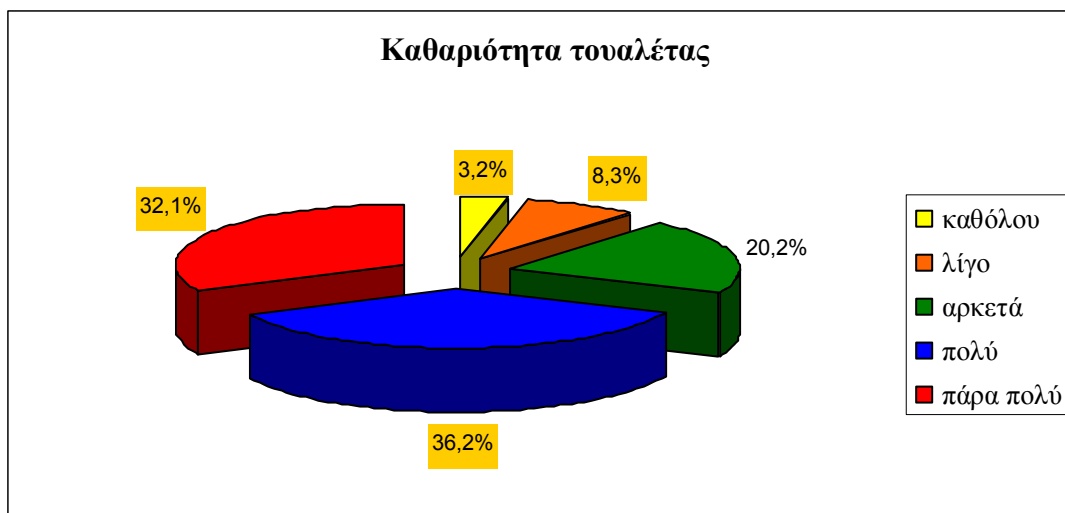
ΠΙΝΑΚΑΣ 11α: Καθαριότητα δωματίου



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 11α, ένα 38,9% του δείγματος των ασθενών θεωρεί ότι υπάρχει <<πάρα πολύ>> καθαριότητα στο δωμάτιο. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 93,8%.

β. τουαλέτας

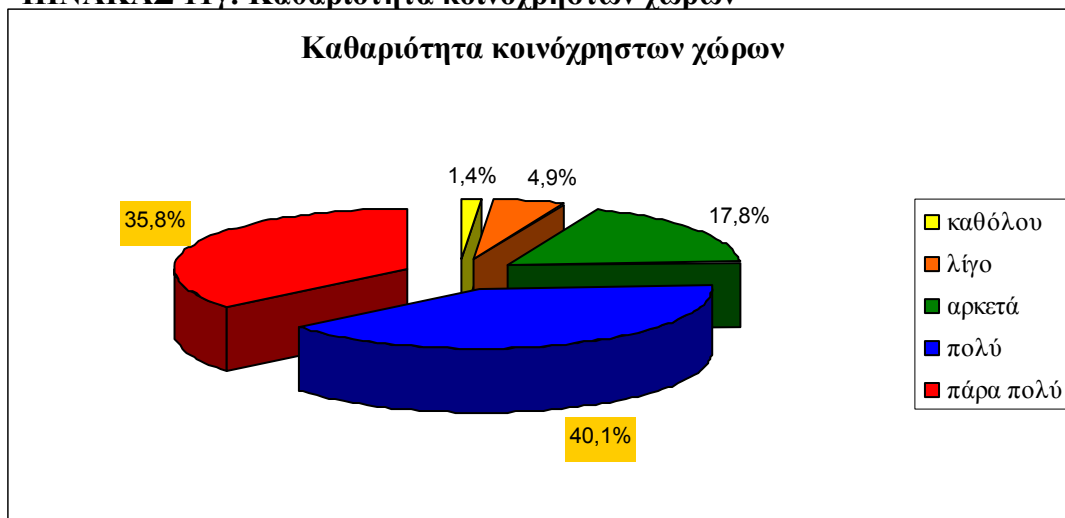
ΠΙΝΑΚΑΣ 11β: Καθαριότητα τουαλέτας



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 11β, ένα 36,2% του δείγματος των ασθενών είναι <<πολύ>> ευχαριστημένο με την καθαριότητα που υπάρχει στην τουαλέτα. Ένα 3,2% και ένα 8,3% των ασθενών στο θέμα της καθαριότητας της τουαλέτας παρουσιάζεται <<δυσανεστημένο έως λίγο ευχαριστημένο>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 88,5%.

γ. διαδρόμων, κοινόχρηστων χώρων

ΠΙΝΑΚΑΣ 11γ: Καθαριότητα κοινόχρηστων χώρων

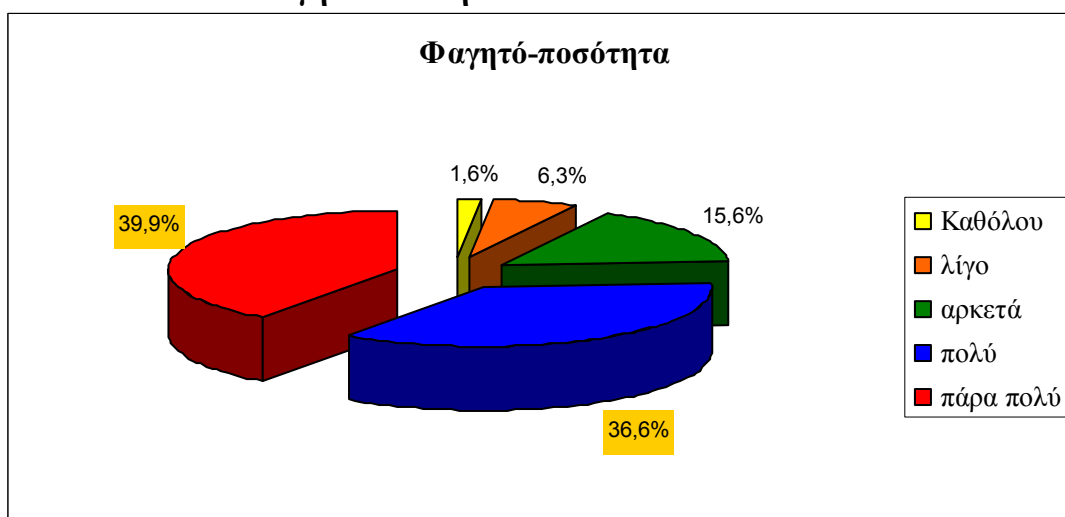


ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 11γ, ένα 40,1% του δείγματος των ασθενών δηλώνει ότι υπάρχει <<πολύ>> καθαριότητα στους κοινόχρηστους χώρους. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 93,7%.

ΕΡΩΤΗΣΗ 12: Ικανοποίηση ασθενών ως προς το φαγητό

α. ποσότητα

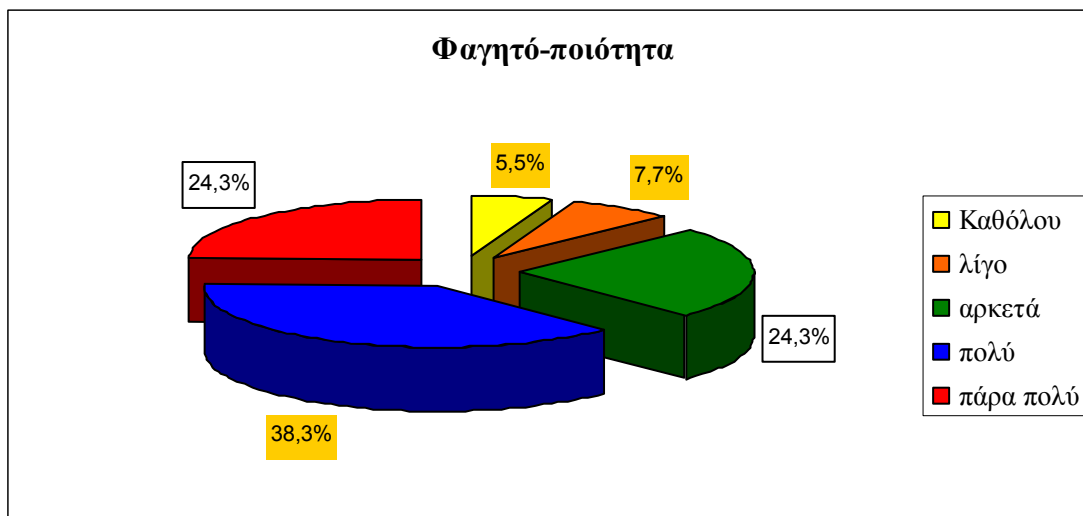
ΠΙΝΑΚΑΣ 12α: Φαγητό-ποσότητα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 12α, ένα 39,9% του δείγματος των ασθενών μένει <<πάρα πολύ>> ευχαριστημένο με την ποσότητα του φαγητού. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 92,1%.

β. ποιότητα

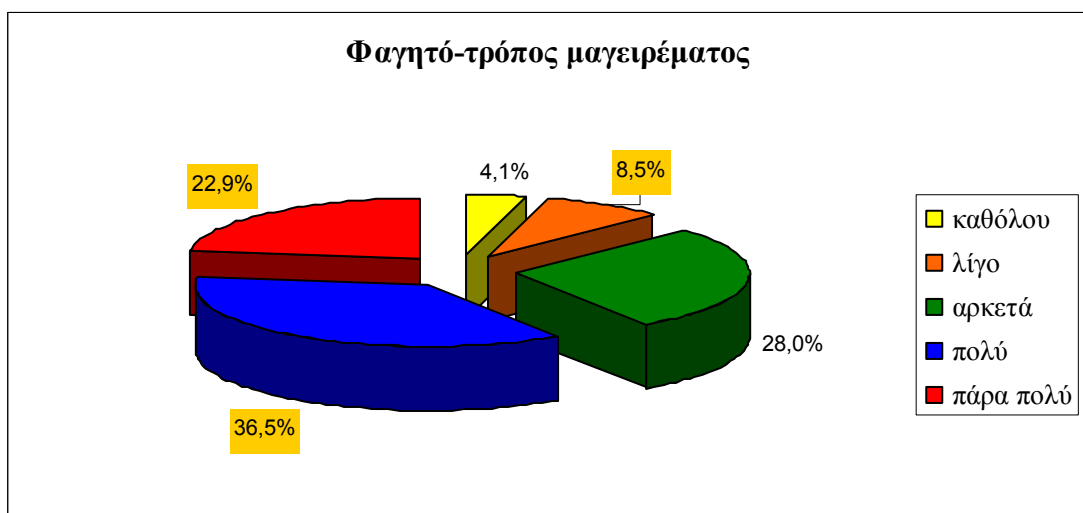
ΠΙΝΑΚΑΣ 12β: Φαγητό-ποιότητα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 12β, στην ποιότητα του φαγητού ένα 38,3% του δείγματος των ασθενών έχει μείνει <<πολύ>> ευχαριστημένο. Ως προς την ποιότητα, ένα 5,5% και ένα 7,7% των ασθενών είναι <<δυσανεστημένο έως λίγο ευχαριστημένο>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 86,9%.

γ. τρόπος μαγειρέματος

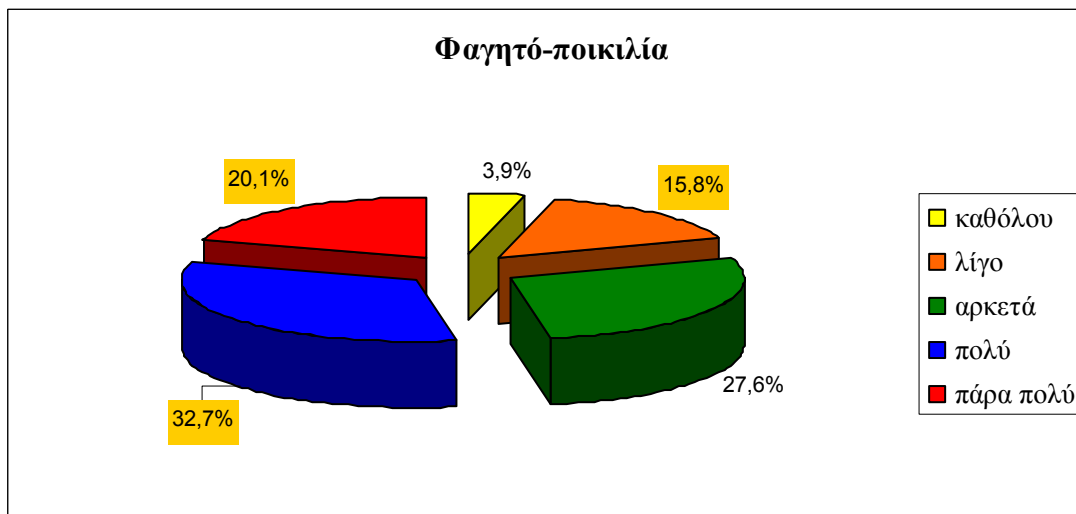
ΠΙΝΑΚΑΣ 12γ: Φαγητό-τρόπος μαγειρέματος



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 12γ, ένα 36,5% του δείγματος των ασθενών είναι <<πολύ>> ευχαριστημένο στον τρόπο μαγειρέματος, ενώ ένα 4,1% δεν είναι <<καθόλου ευχαριστημένο>> και ένα 8,5% του ίδιου δείγματος εκφράζει <<λιγότερη>> ευχαρίστηση. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 87,4%.

δ. ποικιλία

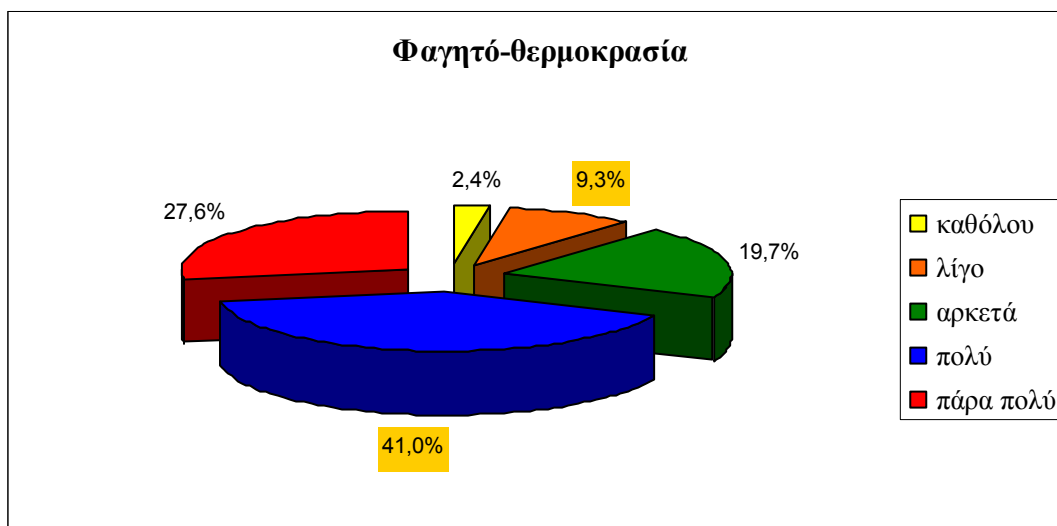
ΠΙΝΑΚΑΣ 12δ: Φαγητό-ποικιλία



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 12δ, ένα 32,7% του δείγματος των ασθενών είναι <<πολύ>> ικανοποιημένο με την ποικιλία στο φαγητό, ενώ ένα 3,9% δεν είναι <<καθόλου ευχαριστημένο>> και ένα 15,8% των ασθενών <<λίγο>> ικανοποιημένο. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 80,4%.

ε. θερμοκρασία

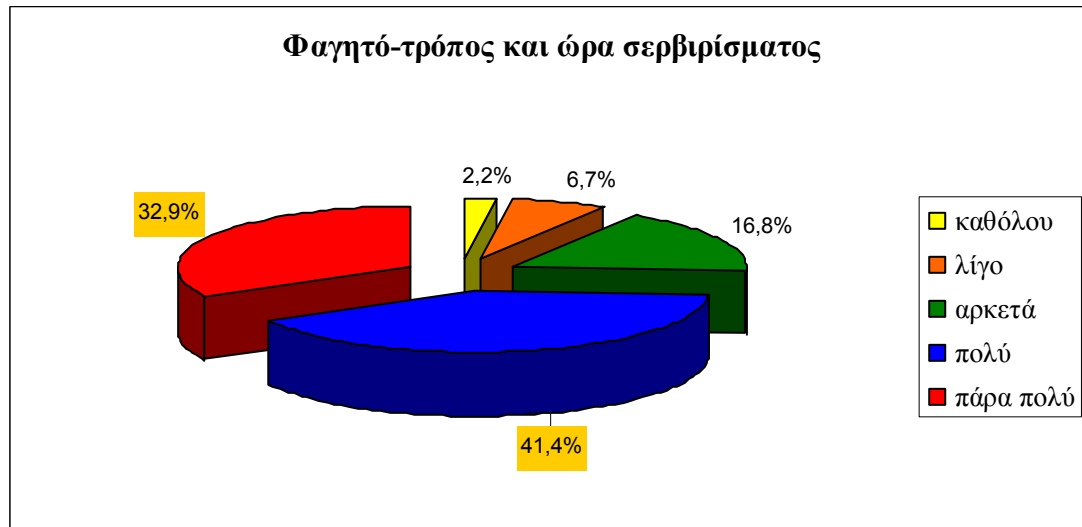
ΠΙΝΑΚΑΣ 12ε: Φαγητό-θερμοκρασία



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται στον πίνακα 12ε, ένα 41,0% του δείγματος των ασθενών είναι <<πολύ>> ικανοποιημένο με την θερμοκρασία του φαγητού και ένα 2,4% δεν είναι <<ευχαριστημένο>> και ένα 9,3% του δείγματος <<λίγο>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 88,3%.

στ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος

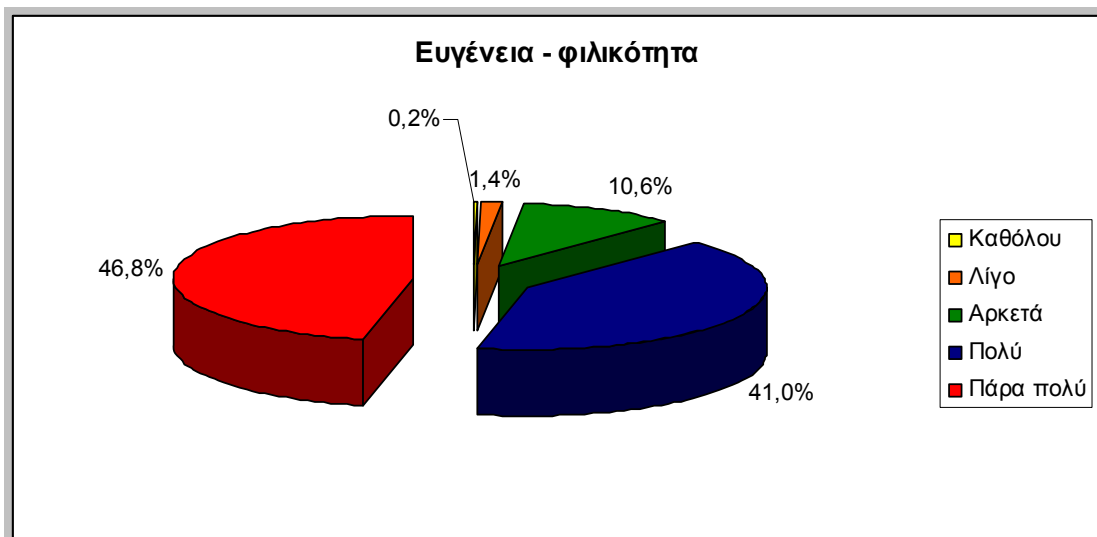
ΠΙΝΑΚΑΣ 12στ: Φαγητό-τρόπος και ώρα σερβιρίσματος



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ως προς τον τρόπο και την ώρα σερβιρίσματος, στον πίνακα 12στ, ένα 41,4% του δείγματος των ασθενών είναι <<πολύ>> ικανοποιημένο και ένα 32,9% του δείγματος <<πάρα πολύ>>. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι 91,1%.

Ερώτηση 13: Ικανοποίηση ασθενών από ευγένεια – φιλικότητα. Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.

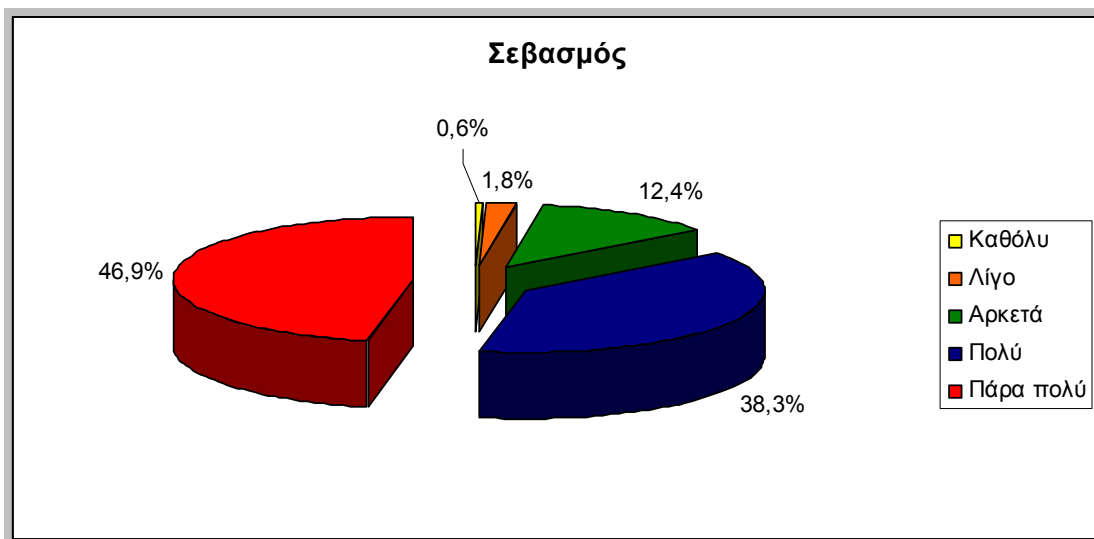
Πίνακας 13: Ευγένεια-Φιλικότητα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Όπως φαίνεται στον πίνακα 13, ως προς την ευγένεια και τη φιλικότητα, η πλειονότητα του δείγματος (87,8%) είναι πολύ ή και πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό. (M:4,33, SD:0,737)

Ερώτηση 14: Ικανοποίηση ασθενών από σεβασμό. Τρόπος ομιλίας και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό προς τους ασθενείς όπως εσείς το καταλαβαίνετε.

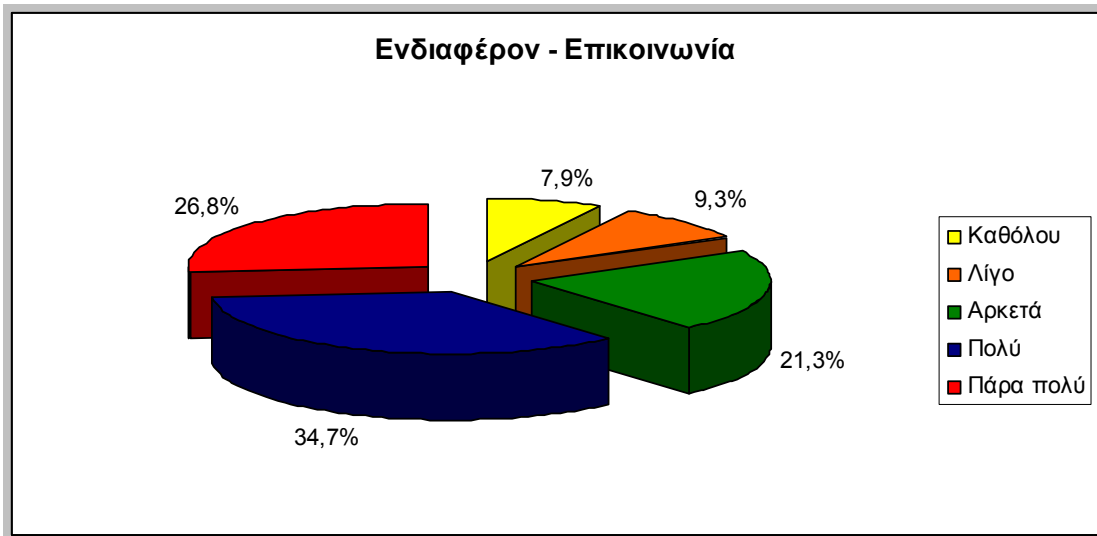
Πίνακας 14: Σεβασμός



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 14, ο τρόπος ομιλίας και συμπεριφοράς που υιοθετεί το νοσηλευτικό προσωπικό, κάνει τους ασθενείς του δείγματος να αισθάνονται πως αντιμετωπίζονται με σεβασμό. Βέβαια ένα ποσοστό 14,8% θα επιθυμούσε περισσότερο σεβασμό(M:4,29, SD:0,798).

Ερώτηση 15: Ικανοποίηση ασθενών από ενδιαφέρον – επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει για να συζητήσει μαζί με τους ασθενείς, να ακούσει τα παράπονά τους, να κατανοήσει τα προβλήματά τους και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές.

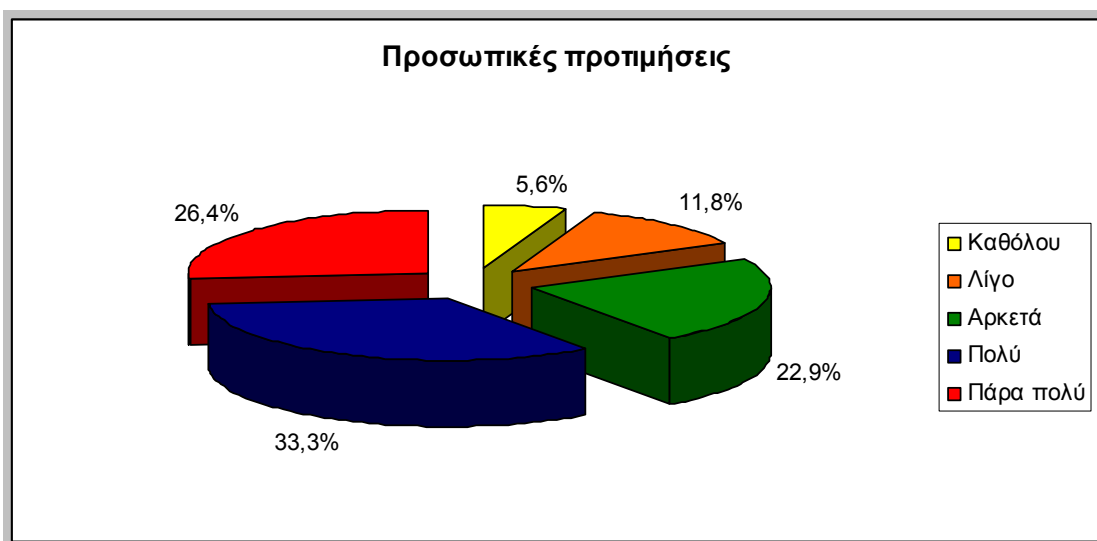
Πίνακας 15: Ενδιαφέρον – Επικοινωνία



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 15, υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης στον τομέα ενδιαφέρον – επικοινωνία, καθώς πάνω από το ένα τρίτο του δείγματος (ποσοστό 38,5%) θα επιθυμούσε από το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει περισσότερο χρόνο για να συζητήσει μαζί τους, να ακούσει τα παράπονά τους, να τους κατανοήσει και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές τους. (M:3,63, SD:1,197)

Ερώτηση 16: Ικανοποίηση ασθενών από προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτιμήσεις του κάθε ασθενούς χωριστά.

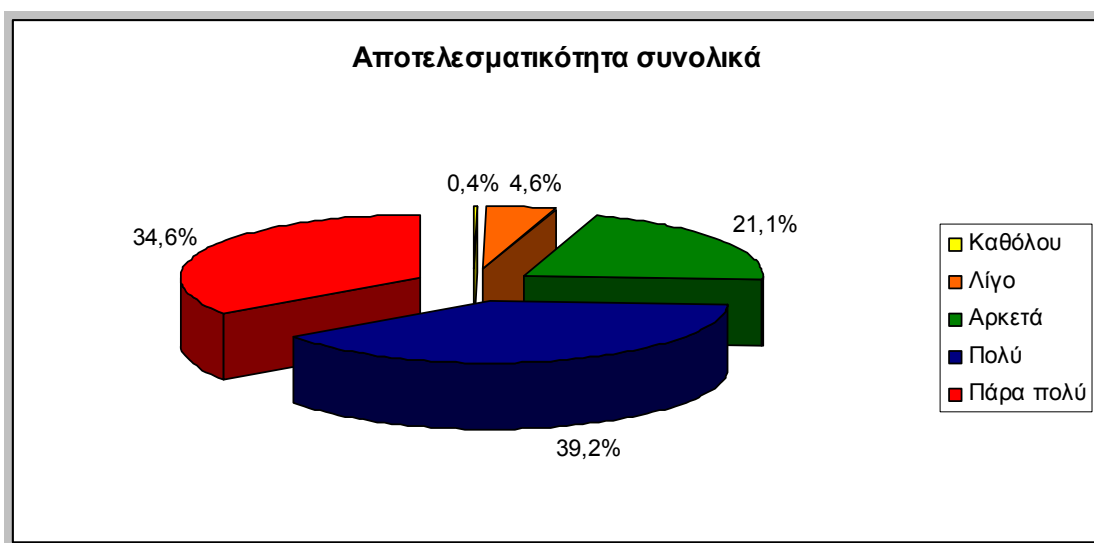
Πίνακας 16: Προσωπικές προτιμήσεις



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Περιθώρια βελτίωσης φαίνεται να υπάρχουν, σύμφωνα με τον πίνακα 16, και στο θέμα των προσωπικών προτιμήσεων. Πάνω από το ένα τρίτο του δείγματος (40,3%) προτίμησε τις απαντήσεις καθόλου έως αρκετά. (M:3,63, SD:1,155)

Ερώτηση 17: Ικανοποίηση ασθενών από αποτελεσματικότητα. Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος είσαστε από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και τη συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας σας.

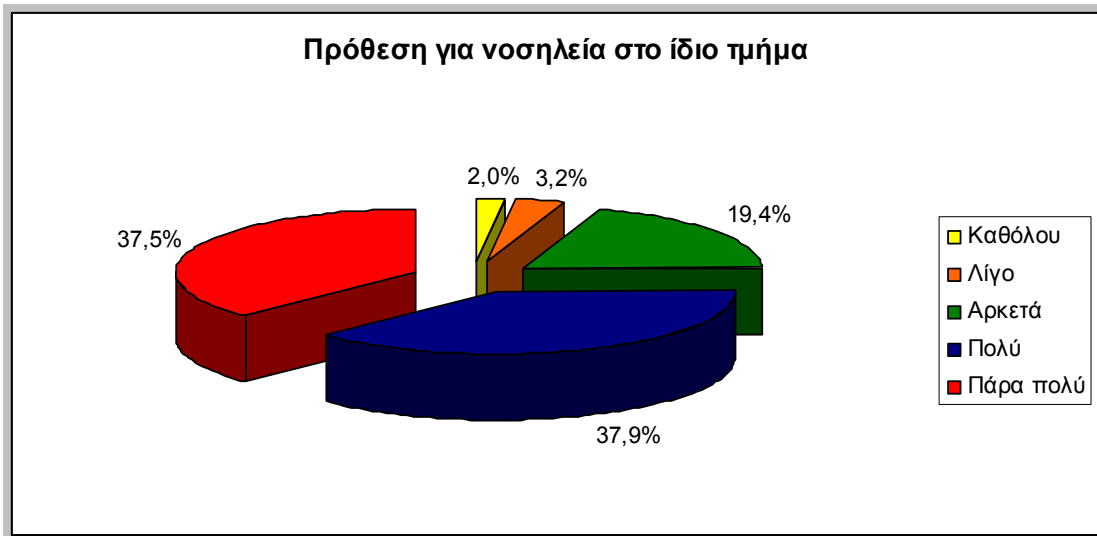
Πίνακας 17: Αποτελεσματικότητα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στον πίνακα 17, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος είναι περισσότερο από αρκετά ικανοποιημένο από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και τη συνεισφορά τους στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους. (M:4,03, SD:0,883)

Ερώτηση 18: Ικανοποίηση ασθενών από πρόθεση για νοσηλεία στο ίδιο τμήμα. Εάν ξαναχρησιαστώ νοσηλευτική φροντίδα θα ήθελα να με φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό.

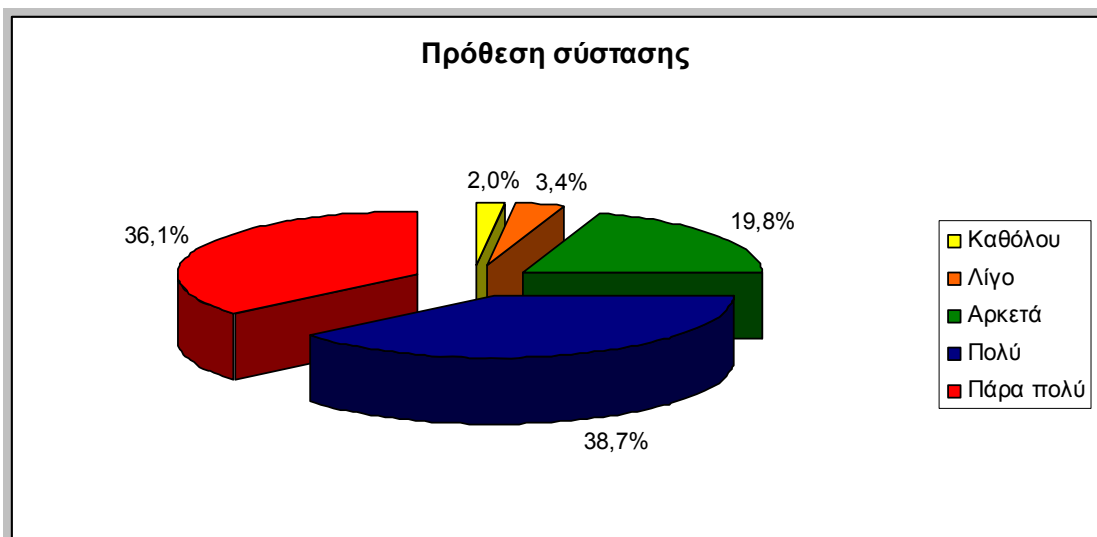
Πίνακας 18: Πρόθεση για νοσηλεία στο ίδιο τμήμα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ο πίνακας 18 δείχνει πως η πλειοψηφία του δείγματος (75,4%) θα ήθελαν πολύ ή πάρα πολύ να τους φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό σε περίπτωση που θα χρειαστούν ξανά νοσηλευτική φροντίδα. (M:4,06, SD:0,937)

Ερώτηση 19: Ικανοποίηση ασθενών από πρόθεση σύστασης. Σκεπτόμενος το νοσηλευτικό προσωπικό θα συνιστούσα αυτή τη νοσηλευτική μονάδα (κλινική) σε φίλους και συγγενείς.

Πίνακας 19: Πρόθεση σύστασης



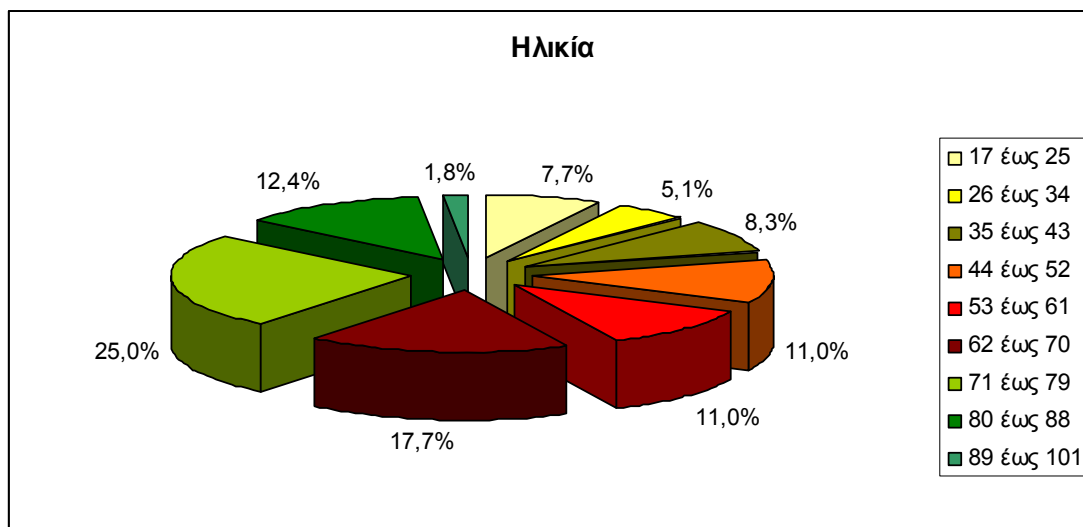
ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα 19, μόνο ένα 2% του δείγματος δε θα συνιστούσε τη συγκεκριμένη κλινική σε φίλους και συγγενείς. (M:4,03, SD:0,937)

20. Σχόλια (επιπλέον) – Τι θα θέλατε να σχολιάσετε

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ – ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία:

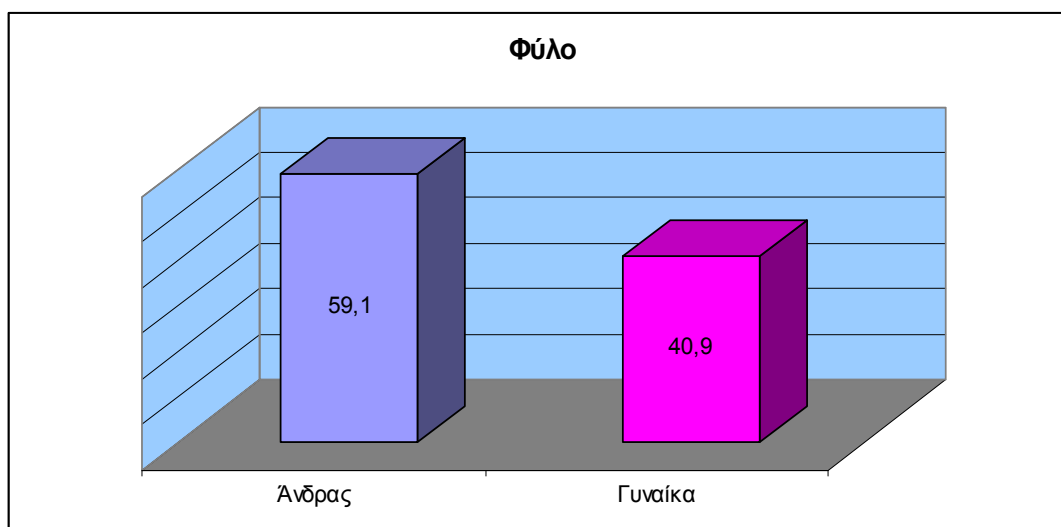
Πίνακας : Ηλικία



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Το 25% του δείγματος αποτελούν ασθενείς ηλικίας από 71 έως 79 ετών. (Μέση τιμή, τα 60,35 έτη με SD: 19,216).

Φύλο:

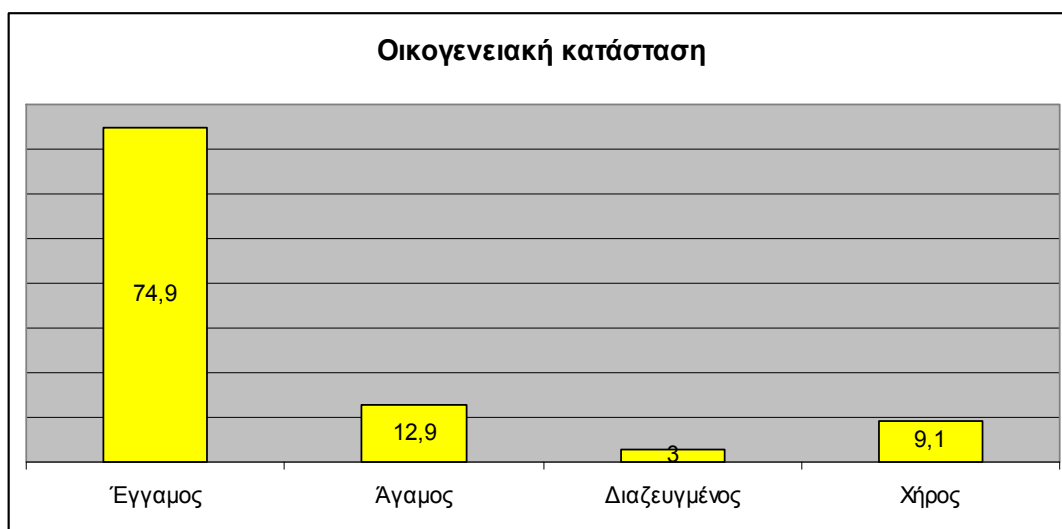
Πίνακας : Φύλο



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι άνδρες ερωτηθέντες υπερτερούν αριθμητικά σε σχέση με το γυναικείο πληθυσμό του δείγματος κατά 18,2%.

Οικογενειακή κατάσταση

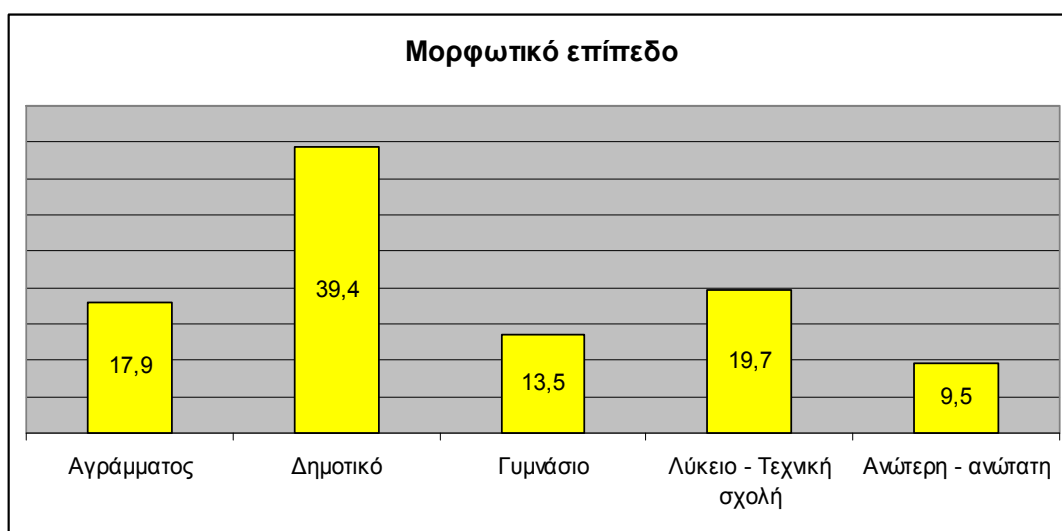
Πίνακας : Οικογενειακή κατάσταση



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η πλειονότητα του δείγματος είναι έγγαμοι (ποσοστό 74,9%).

Μορφωτικό επίπεδο

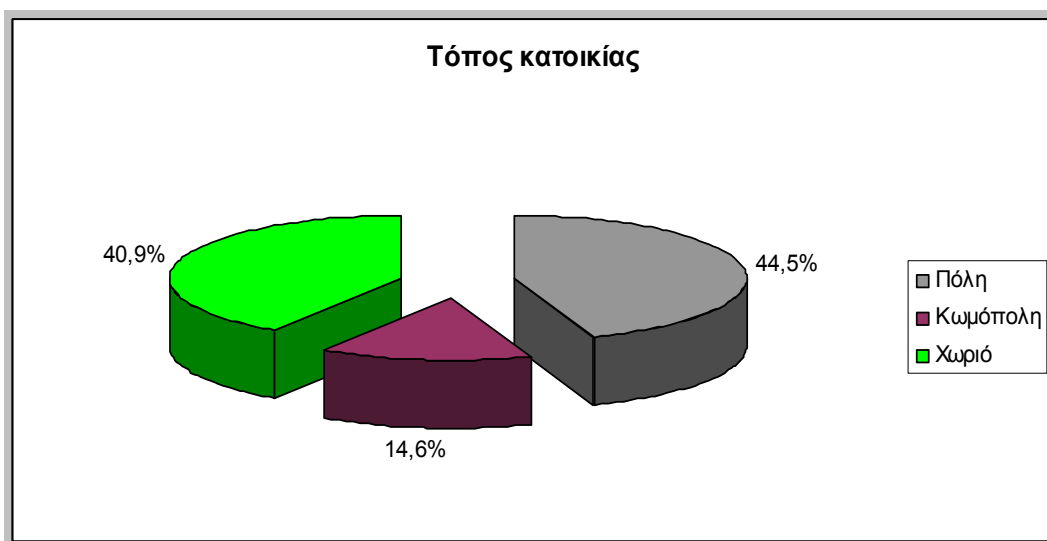
Πίνακας : Μορφωτικό επίπεδο



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (39,4%) έχουν τελειώσει το δημοτικό, ενώ 17,9% του δείγματος δηλώνουν αγράμματοι.

Τόπος μόνιμης κατοικίας

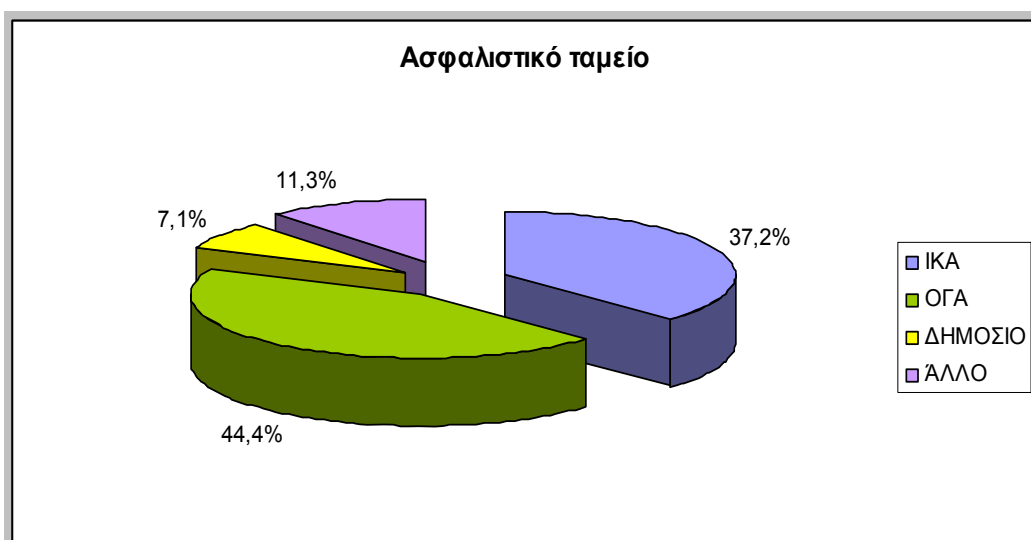
Πίνακας : Τόπος μόνιμης κατοικίας



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Το δείγμα μοιράζεται, σχεδόν εξίσου, σε πόλεις και χωριά. Ένα 14,6% του δείγματος ζει σε κωμοπόλεις.

Ασφαλιστικό ταμείο

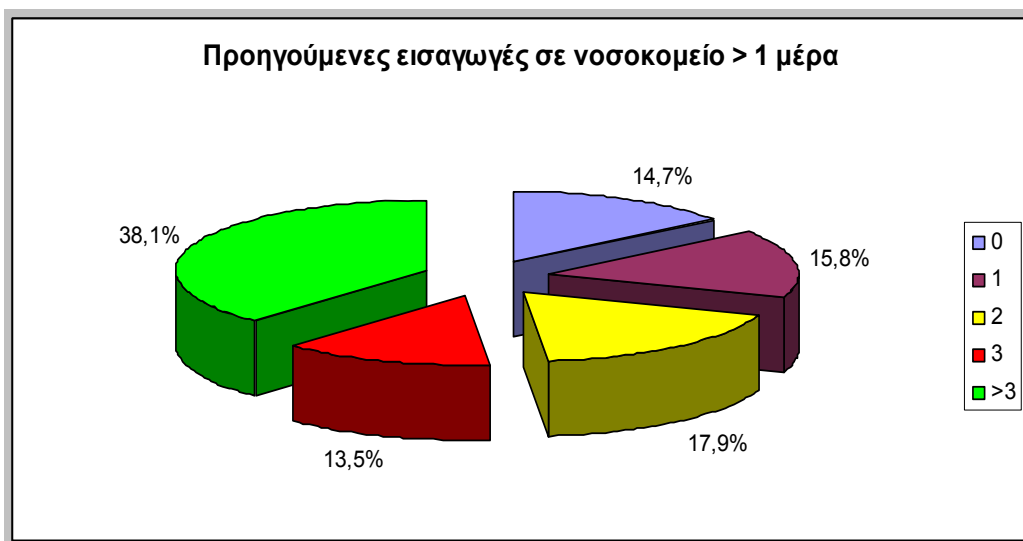
Πίνακας : Ασφαλιστικό ταμείο



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στα ταμεία του ΟΓΑ και του Ι.Κ.Α. είναι ασφαλισμένοι οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος.

Προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο > 1 μέρα

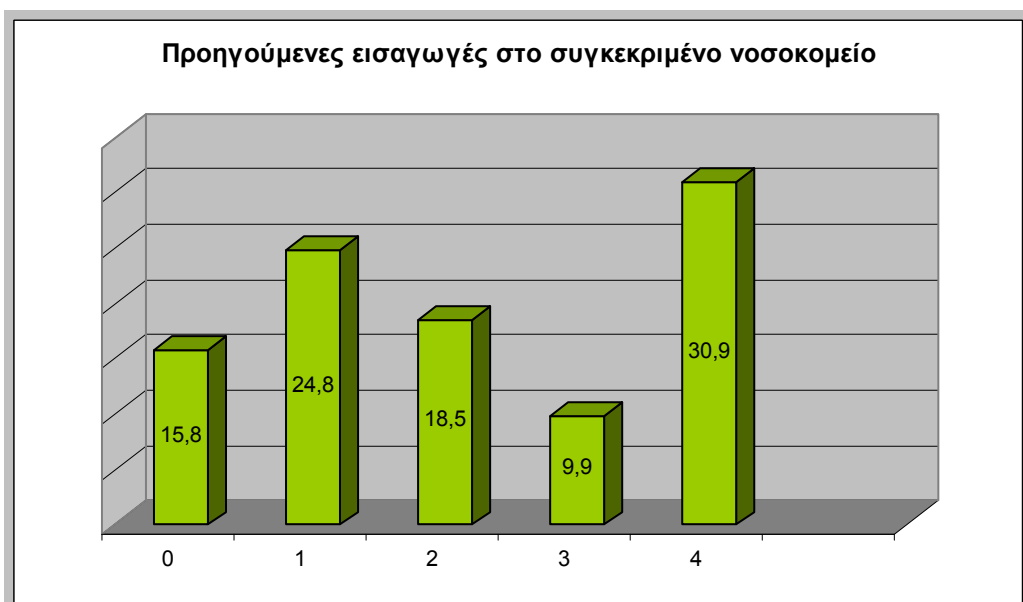
Πίνακας : Προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο > 1 μέρα



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Μόνο το 14,7% του δείγματος δεν είχε προηγούμενες εισαγωγές στο νοσοκομείο για διάστημα >1 μέρα.

Προηγούμενες εισαγωγές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο

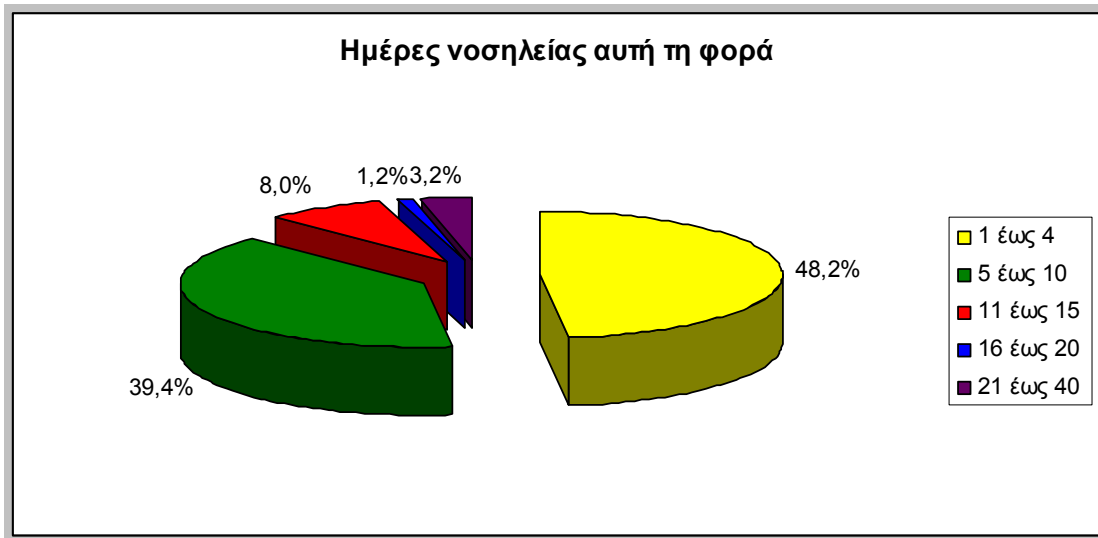
Πίνακας : Προηγούμενες εισαγωγές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Μόνο το 15,8% του δείγματος δεν είχε προηγούμενες εισαγωγές στο συγκεκριμένο νοσοκομείο.

Ημέρες νοσηλείας αυτή την φορά

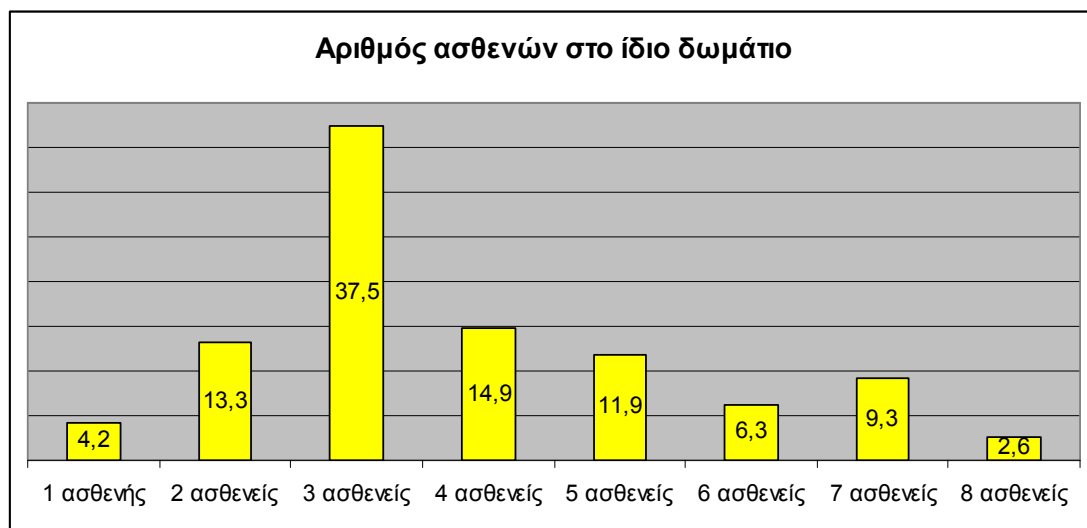
Πίνακας : Ημέρες νοσηλείας αυτή την φορά



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Το 48,2% του δείγματος νοσηλεύεται για 1 έως 4 ημέρες αυτή τη φορά. Μέση τιμή 6,98 ημέρες με SD: 11,229.

Αριθμός ασθενών στο ίδιο δωμάτιο

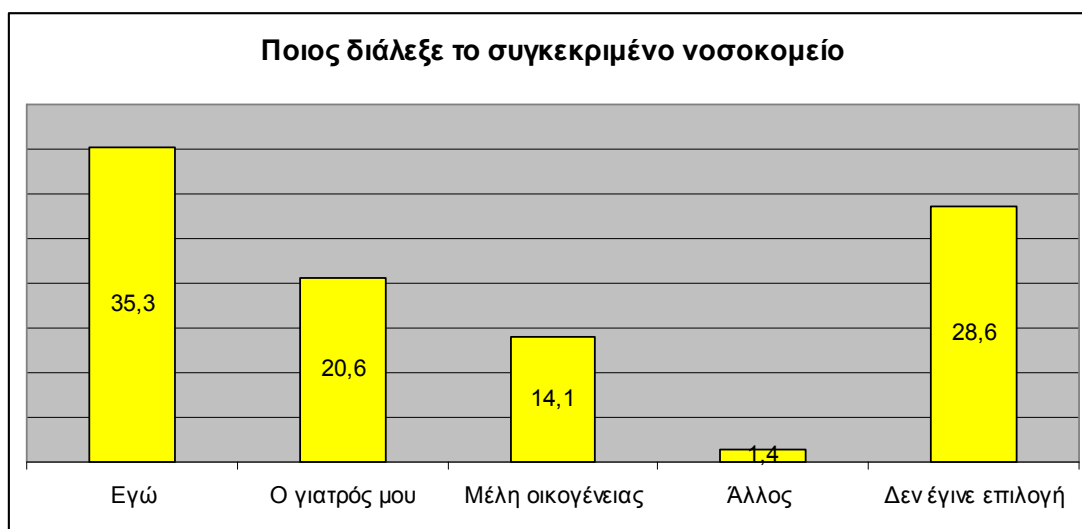
Πίνακας : Αριθμός ασθενών στο ίδιο δωμάτιο



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος (37,5%) νοσηλεύονται σε τρίκλινα δωμάτια.

Ποιος διάλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο

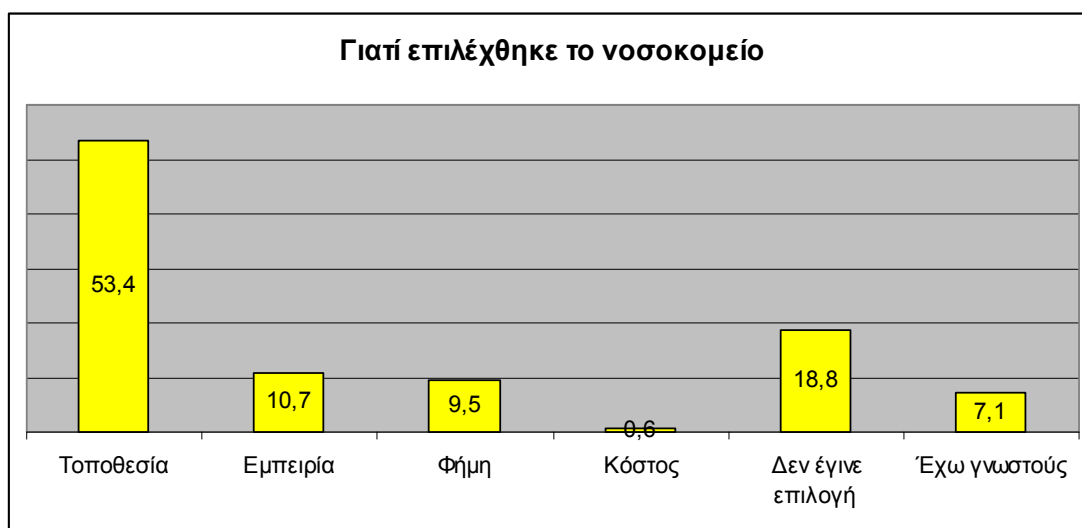
Πίνακας : Ποιος διάλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Στην επιλογή του νοσοκομείου τον πρώτο λόγο, όπως φαίνεται, έχει συνήθως ο ίδιος ο ασθενής.

Στην επιλογή του νοσοκομείου το περισσότερο σημαντικό ήταν

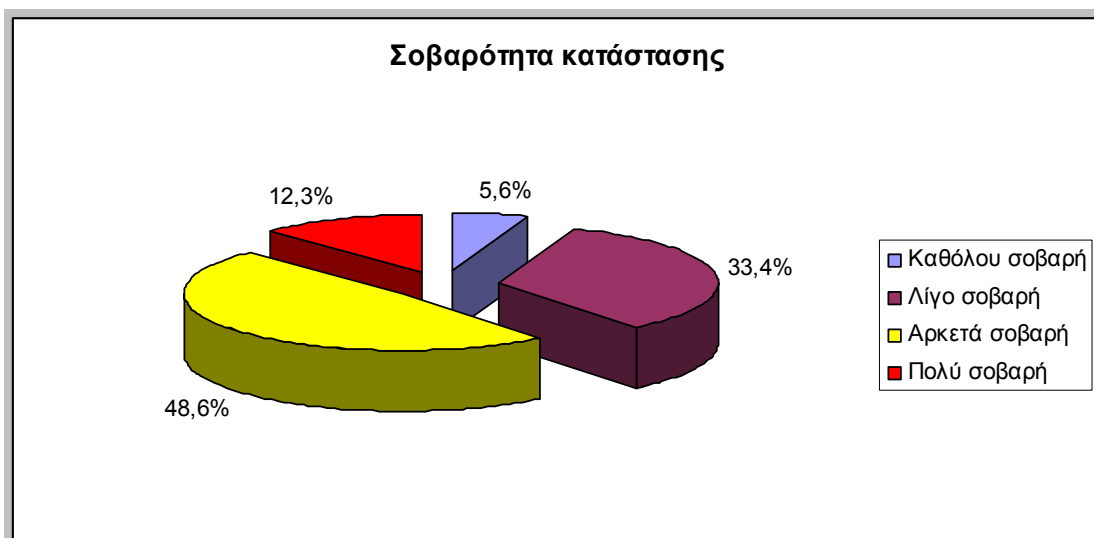
Πίνακας : Γιατί επιλέχθηκε το νοσοκομείο



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα, φαίνεται πως η τοποθεσία είναι αυτή που καθορίζει την επιλογή του νοσοκομείου, κατά κύριο λόγο.

Πόσο σοβαρή θεωρείτε την κατάστασή σας

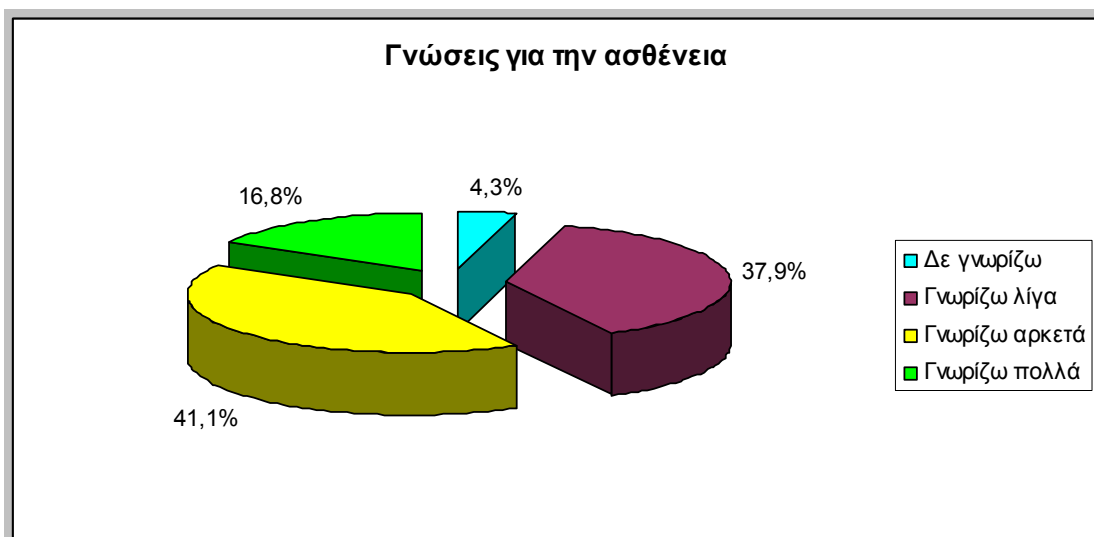
Πίνακας : Σοβαρότητα κατάστασης



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Αρκετά σοβαρή θεωρεί την κατάσταση της υγείας του το 48,6% του δείγματος.

Για το πρόβλημα της υγείας μου γνωρίζω

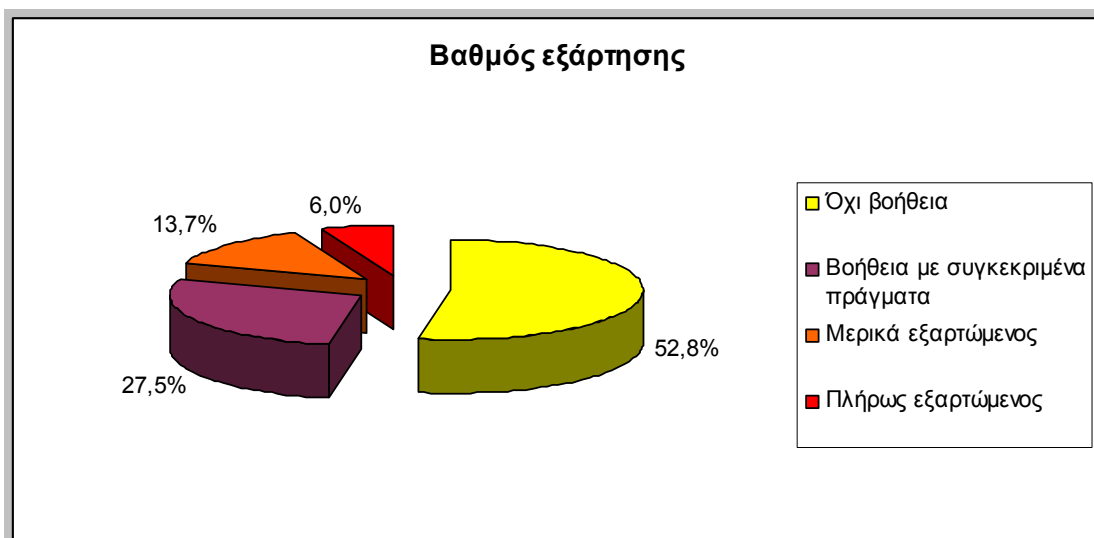
Πίνακας : Γνώσεις για την ασθένεια



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Οι περισσότεροι ασθενείς του δείγματος αισθάνονται πως γνωρίζουν αρκετά για την ασθένειά τους (41,1%).

Εξάρτηση

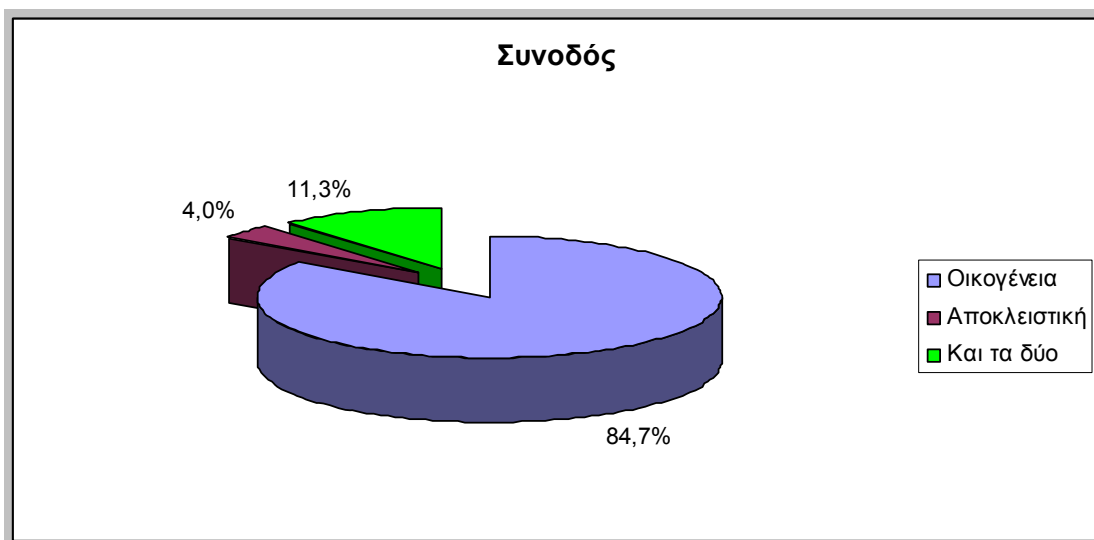
Πίνακας : Βαθμός εξάρτησης



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Ποσοστό 52,8% του δείγματος παρουσιάζεται να μη χρειάζεται βοήθεια..

Υπάρχει συνοδός

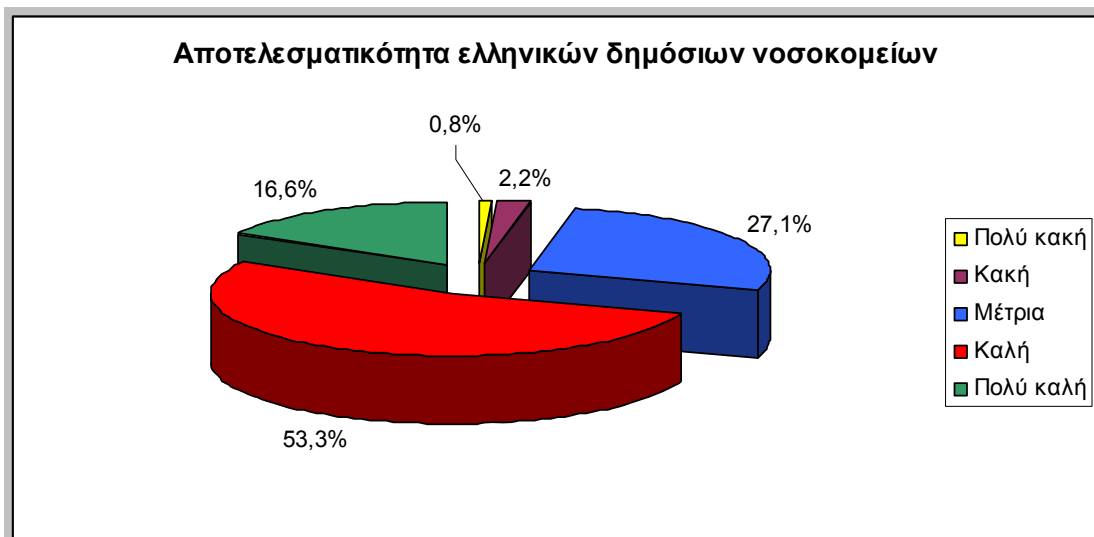
Πίνακας : Συνοδός



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Η οικογένεια φαίνεται πως εκτελεί χρέη συνοδού στην πλειοψηφία των περιπτώσεων (84,7%) του δείγματος.

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία είναι:

Πίνακας : Αποτελεσματικότητα ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων



ΠΑΡΑΤΗΡΗΣΕΙΣ: Σύμφωνα με τον πίνακα, η αποτελεσματικότητα των ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων κρίνεται βασικά καλή (53,8%).

2.6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών ήταν κάπως υψηλή, όπως και στις περισσότερες έρευνες το 80% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι με όλες τις ερωτήσεις των εργαλείων μέτρησης (Fitzpatrick 1991, Guzman et al 1988, Zahr et al 1991). Σύμφωνα με τα ποσοτικά δεδομένα, το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών κυμάνθηκε από 70,3% για την ενημέρωση των συγγενών έως 98,4% για την ευγένεια από την πλευρά του νοσηλευτικού προσωπικού, ενώ στις περισσότερες ερωτήσεις τα ποσοστά των ικανοποιημένων ασθενών ήταν μεγαλύτερα του 50%. Σύμφωνα με την ποσοτική ανάλυση, οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τον/την:

- Εξυπηρέτηση-περιποίηση (92,2%)
- Νοσηλεία-επιδεξιότητα (97%)
- Νοσηλεία-συνέπεια (96,6%)
- Ταχύτητα ως προς την ανακούφιση του πόνου (95,5%)

- Ανταπόκριση στο κάλεσμά τους (93,3%)
- Ανταπόκριση στην ικανοποίηση των αναγκών τους (92,9%)
- Συνέχεια της νοσηλευτικής φροντίδας (97,7%)
- Καθαριότητα του δωματίου (93,8%)
- Καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων (93,7%)
- Ποσότητα του φαγητού (92,1%)
- Τρόπο και την ώρα σερβιρίσματος (91,1%)
- Ευγένεια (98,4%)
- Σεβασμός (97,6%)
- Αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών (94,9%)
- Πρόθεση για νοσηλεία στο ίδιο τμήμα (94,8%)
- Πρόθεση σύστασης (94,6%)

Και λιγότερο ικανοποιημένοι με την

- Πληροφόρηση-προσανατολισμό (27,5%)
- Πληροφόρηση ως προς τις εξετάσεις (19,8%)
- Πληροφόρηση ως προς την θεραπεία (21,1%)
- Γενικές οδηγίες (25,9%)
- Ενημέρωση των συγγενών (29,8%)
- Εκπαίδευση (24,8%)
- Παρακολούθηση (14,3%)
- Διαθέσιμος χρόνος (18,3%)
- Ενδιαφέρον-επικοινωνία (17,2%)
- Καθαριότητα τουαλέτας (11,5%) και
- Στην πρωινή έγερση το ποσοστό των δυσαρεστημένων ασθενών ξεπερνά το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών με 76,1% > 23,9%, όπως και στον

θόρυβο υπερτερεί το ποσοστό των δυσαρεστημένων με 75,2% έναντι του ποσοστού των ικανοποιημένων ασθενών με 24,8% και

- Στον τρόπο μαγειρέματος, στην ποικιλία και στην θερμοκρασία του φαγητού αντίστοιχα, έχουμε τα ποσοστά δυσαρέσκειας 12,6%, 19,7% και 8,9% και στην ποιότητα του φαγητού (13,2%).

Τα ευρήματα αυτά συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα ερευνών, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την τεχνική πλευρά της φροντίδας και λιγότερο ικανοποιημένοι με την πληροφόρηση, την εκπαίδευση, την ενημέρωση των συγγενών και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών (Doering 1983, Hall & Dorman 1988, Steven 1991).

Ξεκινώντας με την υψηλή θέση που καταλαμβάνει (Πίνακας 2α), η ικανοποίηση των ασθενών από την επιδεξιότητα του νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή της νοσηλευτικής φροντίδας μπορεί να αποδοθεί εν μέρει στη μεγάλη έμφαση που δίνει το σύστημα εργασίας στην τεχνική πλευρά της φροντίδας. Είναι όμως δυνατό να αποδοθεί στην έλλειψη ειδικών γνώσεων ή στο φόβο των ασθενών λόγω της εξάρτησής τους από το προσωπικό (Hall & Dorman 1988). Αυτή η άποψη υποστηρίζεται από τα ευρήματα άλλων ερευνών (Abdellah & Levine 1957a, Doll 1979, Eriksen 1988) ποσοτικής ανάλυσης.

Ο Oberst (1984) υποστηρίζει ότι ο μέσος ασθενής δεν έχει την εμπειρία ή τις γνώσεις για να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί αντιπροσωπευτικά στοιχεία που μπορεί ο ίδιος να κατανοήσει, ώστε να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Τα στοιχεία αυτά συνήθως αφορούν την ικανοποίηση των βασικών αναγκών οι οποίες είναι περισσότερο κατανοητές στον ασθενή, όπως μαρτυρούν και τα ποσοστά της ποσοτικής ανάλυσης για την ταχύτητα στην ανακούφιση του πόνου (95,5%), την ανταπόκριση στο κάλεσμά τους (93,3%) και την ανταπόκριση στην ικανοποίηση των αναγκών τους (92,9%) (Πίνακες 3α, 7α και 7β). Ο Leebov (1988) προσθέτει μια τελείως διαφορετική άποψη: ότι οι ασθενείς κρίνουν την τεχνική και ιατρική ικανότητα ενός οργανισμού από το φυσικό περιβάλλον και τις ευκολίες που διαθέτει ώστε να τίθεται το ερώτημα: εάν η τηλεόραση δε δουλεύει γιατί ο τομογράφος να είναι αξιόπιστος;

Σήμερα, στα περισσότερα νοσοκομεία, η διατροφή, η καθαριότητα και ο θόρυβος δεν είναι ευθύνη αποκλειστικά των νοσηλευτών, αλλά κύρια της διοικητικής υπηρεσίας στην οποία υπάγονται οι εργαζόμενοι στους τομείς αυτούς. Είναι, όμως, επαγγελματική νοσηλευτική

ευθύνη η επίβλεψη για την καθαριότητα των χώρων, για την ποιότητα του φαγητού και το θόρυβο (Strasen 1988). Μέσα από αυτό το παράδειγμα διαφαίνεται καλύτερα η ανωτέρω άποψη, δηλαδή ότι εάν το φαγητό δεν είναι νόστιμο, δεν ευθύνεται ο νοσηλευτής, αλλά ευθύνεται ο νοσηλευτής της κάθε βάρδιας για τον αριθμό των ημερήσιων γευμάτων που πρέπει να φτάσουν στο εκάστοτε τμήμα και να ελέγξει εάν έχουν όλοι φάει.

Μια συσχέτιση που έκαναν οι ασθενείς μεταξύ του ενδιαφέροντος-επικοινωνίας και του υψηλού φόρτου εργασίας του προσωπικού επιβεβαιώνεται από το ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτεται το θάλαμο μόνο όταν γίνεται νοσηλεία. Ένα ποσοστό του δείγματος των ασθενών 17,2% (Πίνακας 8) επιζητεί από το νοσηλευτικό προσωπικό να διαθέτει περισσότερο χρόνο για να συζητήσει μαζί τους, να ακούσει τα παράπονά τους, να τους κατανοήσει και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές τους. Σύμφωνα με μια έρευνα που έγινε στις Η.Π.Α., τη δεκαετία του 1960 (Taylor 1970), το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό θεωρούσε ως καλούς ασθενείς όσους ήταν υποτακτικοί, δεν ζητούσαν πολλά και έπαιρναν εξιτήριο στον προβλεπόμενο χρόνο και ίσως η στάση του προσωπικού να αποθάρρυνε ακόμα περισσότερο τους ασθενείς να σχολιάσουν ευαίσθητες περιοχές της φροντίδας, όπως είναι η τεχνική και οι διαπροσωπικές σχέσεις. Επίσης, σύμφωνα με ένα άλλο εύρημα της μελέτης αυτής ήταν ότι οι ασθενείς δεν περιέγραφαν πως θα ήθελαν τον και νοσηλευτή και περιορίζονταν να λένε πόσο καλό είναι το προσωπικό ή να αναφέρουν συγκεκριμένα παράπονα. Καθώς και η συνεχής ευθύνη του νοσηλευτή τού δίνει μια εξουσία πάνω στον τρόπο ζωής του ασθενούς και οι ασθενείς με τη σειρά τους δε θεωρούν σοφό να εκφέρουν ελεύθερα τη γνώμη τους.

Οι ανωτέρω παράγοντες παίζουν ένα σημαντικό ρόλο στη μεγάλη ικανοποίηση που εξέφρασαν οι ασθενείς, με βάση τα ποσοτικά δεδομένα των ερωτήσεων που αφορούν την ευγένεια και το σεβασμό του νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς με ποσοστά αντίστοιχα 98,4% και 97,6% (Πίνακες 13 και 14), την αποτελεσματικότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών με ποσοστό ικανοποίησης 94,9% (Πίνακας 17) και την πρόθεση των ασθενών για νοσηλεία στο ίδιο τμήμα με ένα ποσοστό 94,8% (Πίνακας 18) και την πρόθεση σύστασης σε άλλους με 94,6% (Πίνακας 19).

Η Ραγιά (1987) υποστηρίζει ότι οι ασθενείς θέλουν να μάθουν ό,τι τους αφορά σχετικά με την αρρώστια και τη θεραπεία τους. Άλλωστε, πολλοί ασθενείς όταν έχουν αποδεχτεί την διάγνωση της ασθένειάς τους, <<θέλουν να συμμετέχουν>> στην διαμόρφωση της πορείας της κατάστασής τους και στην επιλογή της θεραπείας τους. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ένα 42,2% των ασθενών γνωρίζει τίποτα ή λίγα για την κατάσταση της υγείας

τους (Πίνακας Γνώσεις για την ασθένεια), ένα 19,8% και 21,1% δεν ήταν ικανοποιημένο από την πληροφόρηση που είχε και περίμενε κύρια από τον ιατρό να δώσει πληροφορίες σχετικές με τις διαγνωστικές εξετάσεις και τη θεραπεία αντίστοιχα (Πίνακες 4β και 4γ).

Όσον αφορά τον προσανατολισμό στο τμήμα (Πίνακας 4α), τον θεωρούν πολύ σημαντικό και ότι θα έπρεπε να γίνεται από το νοσηλευτικό προσωπικό. Θα ήθελαν να ενημερώνονται από τους νοσηλευτές για τα φάρμακα που τους χορηγούνται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας. Οι νοσηλευτές παρέχουν το μεγαλύτερο μέρος των υπηρεσιών και είναι υπεύθυνοι για το συντονισμό των υπηρεσιών που παρέχονται από άλλους εργαζόμενους. Παρ'όλα αυτά, οι ασθενείς θεωρούν ότι ο ιατρός έχει την απόλυτη δικαιοδοσία για τη φροντίδα. Αναγνωρίζουν το μεσολαβητικό ρόλο των νοσηλευτών στην παροχή άλλων υπηρεσιών, αλλά θεωρούν ότι αυτός ο σημαντικός ρόλος πηγάζει από την δικαιοδοσία του ιατρού. Πρέπει να συνεκτιμηθεί ο τρόπος με τον οποίο η νοσηλευτική περιγράφεται και οργανώνεται στο συγκεκριμένο χώρο, διότι η οργάνωση της νοσηλευτικής φροντίδας βασίζεται στο θεωρητικό πλαίσιο της νοσηλευτικής που έχει υιοθετηθεί. Το νοσηλευτικό προσωπικό στα περισσότερα νοσοκομεία βασίζεται στον καταμερισμό εργασιών, λόγω του μεγάλου φόρτου εργασίας και της μεγάλης έλλειψης προσωπικού. Δεν είναι τυχαίο ότι από τα νοσοκομεία της χώρας μας υπολείπονται σε νοσηλευτές κατά 30.000.

Από αυτό φαίνεται ότι ένα 18,3% των ασθενών (Πίνακας 8) δηλώνει ότι ο διαθέσιμος χρόνος είναι περιορισμένος. Γι' αυτό, οι διαπροσωπικές και εκπαιδευτικές πλευρές του νοσηλευτικού ρόλου δεν αναγνωρίζονται και το επίπεδο πληροφόρησης των ασθενών είναι χαμηλό, γιατί το σύστημα εργασίας δε δίνει το χρόνο για να αναπτυχθούν (CBO 1990). Σπουδαίο ρόλο στο χαμηλό επίπεδο πληροφόρησης και ενημέρωσης των ασθενών πρέπει να παίζει το γεγονός ότι υπάρχει μεγάλη αναλογία βοηθών νοσηλευτών, οι οποίοι πιστεύουν ότι δεν είναι ανάμεσα στα καθήκοντά τους να δίνουν πληροφορίες. Περισσότερη έρευνα χρήζει για να τεκμηριωθεί αυτή η άποψη.

Επίσης, όπως διαφαίνεται από τα ποσοτικά δεδομένα, ένα 25,9% των ασθενών παραπονιέται για τις ελλειπείς γενικές οδηγίες που δίνονται (Πίνακας 4δ) και ένα 29,8% των ασθενών ισχυρίζεται ότι δεν υπάρχει ενημέρωση προς τους συγγενείς (Πίνακας 4ε).

Τα αποτελέσματα της έρευνας αυτής δείχνουν ότι οι προσδοκίες των ασθενών είναι υψηλές για την εξυπηρέτηση-περιποίηση, που αφορά στην εκτέλεση των καθημερινών δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορούν οι ίδιοι να εκτελέσουν από μόνοι τους,

όπως είναι η προσωπική υγιεινή, το ντύσιμο, η ανάγκη τους για τουαλέτα, το περπάτημα, το φαγητό, το νερό με ένα ποσοστό ικανοποίησης 92,2% (Πίνακας 1). Ενώ, ταυτόχρονα, δεν μπορούμε να παραλείψουμε το γεγονός ότι ένα 84,7% των ασθενών στηριζόταν στην οικογένεια για την αυτοεξυπηρέτησή του, ένα 4,0% στην αποκλειστική νοσοκόμο και ένα 11,3% και στα δυο (Πίνακας Βαθμός εξάρτησης). Αρχικά, αυτό δείχνει ότι οι Έλληνες ασθενείς πιστεύουν πως οι ανάγκες τους δεν μπορούν να ικανοποιηθούν από το νοσηλευτικό προσωπικό και πρέπει να έχουν κάποιον δικό τους να τους φροντίζει. Ίσως η σχέση εξάρτησης των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, που προαναφέρθηκε, να οδηγεί τους ασθενείς στην διατύπωση ουδέτερων σχολίων για τους νοσηλευτές και η έλλειψη προσωπικού να απαλλάσει τους νοσηλευτές από αρνητικά σχόλια των ασθενών. Ο ασθενής αντιλαμβάνεται κατά κάποιο τρόπο το φόρτο εργασίας των νοσηλευτών, που επιβαρύνεται και από το κομμάτι αυτό της εξυπηρέτησης των ασθενών. Μια άλλη έρευνα, που έγινε σε νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (N=800), όπου το 60,5% των ασθενών θεωρούσε απαραίτητη την παρουσία κάποιου συγγενούς και το 49,5% είχαν κάποιο συγγενή να τους φροντίζει (Δημητριάδου και συν 1991). Αυτή η τάση των ασθενών, εκτός από την έλλειψη προσωπικού πιθανόν να οφείλεται και στους στενούς δεσμούς που υπάρχουν ακόμα και στην ελληνική οικογένεια. Επιπλέον, η έγκριση και η πληρωμή από τα ασφαλιστικά ταμεία για τη χρησιμοποίηση αποκλειστικών νοσοκόμων φαίνεται ότι ενισχύουν αυτή την τάση. Στον ΟΓΑ και στο ταμείο του δημοσίου είναι ασφαλισμένοι οι περισσότεροι ασθενείς, βάσει μελέτης (Πίνακας Ασφαλιστικό ταμείο). Είθισται αυτά τα δύο ταμεία να καλύπτουν την χρήση αποκλειστικής.

Σχεδόν σε όλες τις έρευνες φαίνεται ότι οι ασθενείς έχουν χαμηλές προσδοκίες για το φαγητό (Abdellah & Levine 1957a, Δημητριάδου και συν 1991, Houston & Pasanen 1972, Παπανικολάου & Σιγάλας 1995). Τα ποσοστά των ικανοποιημένων ασθενών από το φαγητό κυμάνθηκαν για τον τρόπο και την ώρα σερβιρίσματος 91,1% και για την ποσότητα 92,1% (Πίνακες 12στ και 12α). Ενώ, τα ποσοστά των δυσαρεστημένων κυμάνθηκαν για την ποιότητα του φαγητού 13,2%, για τον τρόπο μαγειρέματος, την ποικιλία και την θερμοκρασία αντίστοιχα, 12,6%, 19,7% και 8,9% (Πίνακες 12β, 12γ, 12δ και 12ε). Το χαμηλό επίπεδο των προσδοκιών των ασθενών φαίνεται και από την γενική αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των ελληνικών νοσοκομείων που ένα 30,1% των ασθενών την χαρακτήρισαν μέτρια έως πολύ κακή (Πίνακας Αποτελεσματικότητα ελληνικών δημόσιων νοσοκομείων).

Στις ερωτήσεις για την ταχύτητα απάντησης εκ μέρους των νοσηλευτών σε κλήση ασθενή που πονά και απάντησης σε κλήση γενικά (Πίνακες 3α και 7α), το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών ήταν 95,5% και 92,9%, αντίστοιχα. Βέβαια, δεν ξεχνάμε την παρουσία της οικογένειας και της συνοδού που μεσολαβούν στην μεταφορά μηνυμάτων προς το νοσηλευτικό προσωπικό. Άρα, τα ποσοστά ικανοποίησης μπορεί να είναι φαινομενικά, εφόσον υπάρχουν άλλοι για να μεταβιβαστεί το μήνυμα. Για μια ακόμη φορά φαίνεται ότι το σύστημα οργάνωσης της νοσηλευτικής φροντίδας επηρεάζει τον τρόπο με τον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες. Η έλλειψη προσωπικού και το σύστημα εργασίας, που δίνει έμφαση στον καταμερισμό και εκτέλεση των εργασιών και όχι στον ασθενή, έχουν οδηγήσει τους νοσηλευτές να χρησιμοποιούν το σύστημα ενδοσυνεννόησης αποφεύγοντας να πηγαίνουν στο δωμάτιο του ασθενούς για αξιολόγηση. Η παρακολούθηση των ασθενών από τους νοσηλευτές είναι περιορισμένη, εφόσον ένα 14,3% πιστεύει ότι δεν υπάρχει νοσηλευτική αξιολόγηση και παρακολούθηση, αν και είναι σημαντικό κριτήριο για την νοσηλευτική διεργασία (Πίνακας 6). Οι ασθενείς από την μεριά τους πιστεύουν ότι αν στέλνουν προσωπικά κάποιον, συγγενή ή αποκλειστική νοσοκόμο <<να ζητήσει κάτι>>, τότε υπάρχει μεγαλύτερη πιθανότητα να ικανοποιηθεί αυτή η ανάγκη.

Στις ερωτήσεις για το θόρυβο, την ώρα πρωϊνής έγερσης και την καθαριότητα (Πίνακες 10α, 10β και 11) οι ασθενείς έδωσαν χρήσιμες πληροφορίες για τα πιθανά αίτια δυσαρέσκειας δίνοντας έτσι τη δυνατότητα για παρέμβαση ή βελτίωση. Αναγνώρισαν την έλλειψη συγκεκριμένων ωρών επισκεπτηρίου (το επισκεπτήριο είναι ελεύθερο όλο το 24ωρο), το πλύσιμο από τις αποκλειστικές νοσοκόμους και την πρωϊνή νοσηλεία που αρχίζει πολύ νωρίς, με αποτέλεσμα να ξυπνάνε στις 4 ή 5 το πρωί και να μη μπορούν να κοιμηθούν στη συνέχεια, την έλλειψη σεντονιών, τη συχνότητα καθαρισμού της τουαλέτας, αλλά και την έλλειψη αγωγής ασθενών και επισκεπτών που ευθύνονται κύρια για την έλλειψη καθαριότητας. Τα ποσοστά δυσαρέσκειας κυμάνθηκαν αισθητά στην πρωϊνή έγερση με ένα 76,1% έναντι του ποσοστού των ικανοποιημένων ασθενών που είναι 23,9%, για την ξεκούραση-θόρυβο έχουμε ένα 75,2% > 24,8% και για το θόρυβο ένα 11,1% (Πίνακες 10α και 10β).

Οι Έλληνες ασθενείς, αναφέροντας συνεχώς την έλλειψη προσωπικού, εκδηλώνουν την τάση τους να δικαιολογήσουν τις ελλείψεις στην παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών, κάτι που υποστηρίζεται και από τα αποτελέσματα άλλης αντίστοιχης έρευνας που έγινε στη Θεσσαλονίκη (Δημητριάδου και συν 1991). Ένα άλλο σημαντικό εύρημα, είναι η αναφορά 7 (7,6%) ασθενών ότι <<οι ιατροί ήταν καλοί>>. Η αναφορά αυτή, δείχνει την

δυσκολία των ασθενών να διακρίνουν τις νοσηλευτικές από τις ιατρικές υπηρεσίες και φέρνει στην επιφάνεια το γενικότερο πρόβλημα της αδυναμίας των ασθενών να διαφοροποιήσουν τις υπηρεσίες που τους παρέχονται (Oberst 1984).

Συμπερασματικά, οι ασθενείς γίνονται πιο κριτικοί για τη συμπεριφορά των νοσηλευτών, βασιζόμενοι στο γεγονός ότι ό,τι σχετίζεται με την εύρυθμη λειτουργία του νοσοκομείου είναι υπόλογοι οι νοσηλευτές, δηλαδή με την απουσία θορύβου, την καθαριότητα του χώρου, την πρωινή έγερση για την νοσηλεία, το φαγητό. Για τους λόγους που έχουμε αναφέρει δεν σχολιάζουν το τεχνικό κομμάτι των νοσηλευτών, που συνδέεται με την υγεία τους, αλλά τα παράπονα εστιάζονται σε ό,τι έχει να κάνει με το περιβάλλον και το πρόβλημα της επικοινωνίας, θεωρώντας και σ'αυτά τους νοσηλευτές υπεύθυνους και τονίζοντας την έλλειψη προσωπικού, ώστε να δικαιολογήσουν τις ελλείψεις στην παροχή των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Όταν διατυπώνουν αρνητικά σχόλια για το περιβάλλον, δεν γνωρίζουν ότι κύρια και αρμόδια είναι η διοικητική υπηρεσία.

2.7. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κύρια αποτελέσματα αυτής της έρευνας συμφωνούν με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία οι ασθενείς αναγνωρίζουν ως σπουδαιότερους παράγοντες την πληροφόρηση, το περιβάλλον, την ικανοποίηση των βασικών αναγκών και την εκπαίδευση. Οι ασθενείς του δείγματος εξέφρασαν χαμηλές προσδοκίες για την ικανοποίηση ως προς την πληροφόρηση, το φαγητό, το θόρυβο, την πρωινή έγερση, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την εκπαίδευση και την καθαριότητα και έδειξαν μια τάση να δικαιολογήσουν τη δυσαρέσκεια τους με τη συχνή αναφορά στην έλλειψη προσωπικού, την οποία αναγνώρισαν ως πηγή των περισσότερων προβλημάτων.

Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια αφηρημένη έννοια που δεν έχει διερευνηθεί στο βαθμό που θα έπρεπε. Δεδομένης της αδυναμίας των λέξεων να ορίσουν μια αφηρημένη έννοια που έχει διαφορετικό νόημα για το καθένα, όπως η ικανοποίηση των ασθενών, δεν είναι δυνατό να αποδειχθεί απόλυτα ότι ένα σύνολο ερωτήσεων μετρούν την έννοια αυτή. Γι'αυτό, η αξιοπιστία και η εγκυρότητα είναι θέμα βαθμού και απαιτείται συνεχής αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του προτεινόμενου εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης ασθενών (Nunnally & Bernstein 1994).

2.8. ΠΕΡΙΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Οι περιορισμοί της έρευνας είναι αρκετοί. Τα περιορισμένα βιβλιογραφικά δεδομένα και η ελλιπής παρουσία ελληνικών αντίστοιχων δεδομένων είχε ως αποτέλεσμα να μην μπορούν να γίνουν σημαντικές συγκρίσεις με άλλες έρευνες. Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών πρέπει να έχει συνέχεια, προκειμένου να διαμορφωθεί το μέτρο σύγκρισης και να γίνει δυνατή η αξιολόγηση των αλλαγών στην παροχή φροντίδας. Οι συνθήκες κάτω από τις οποίες έγινε η συλλογή των δεδομένων αποτέλεσαν τροχοπέδη στην ομαλή εξέλιξη της έρευνας, όπως οι ελάχιστες ώρες απασχόλησης των ασθενών λόγω της νοσηλείας που έπρεπε να γίνει, των προγραμματισμένων εξετάσεων, της επίσκεψης από τους γιατρούς, του επισκεπτηρίου και η ηλικία των ασθενών άνω των 65 ετών που δεν είχαν την διάθεση να συμμετέχουν στην συμπλήρωση του ερωτηματολογίου και στην συνέντευξη για διάφορους λόγους, λέγοντας ότι <<δεν ξέρουν γράμματα>>, <<δεν βλέπουν>>, <<δεν μπορούν>> και το σημαντικότερο είναι ότι δεν μπορούσαν να κατανοήσουν το λόγο αυτής της ερευνητικής διαδικασίας. Γι' αυτό, θα έπρεπε να υπάρχει καλύτερη διαφώτιση του κοινού για το σκοπό των ερευνητικών διαδικασιών, προκειμένου να επέλθει η προσδοκώμενη αλλαγή στον εκάστοτε τομέα.. Το μορφωτικό επίπεδο, από την άλλη, υπήρξε σημαντικός παράγοντας, αφού το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος (39,4%) έχει τελειώσει το δημοτικό, ενώ 17,9% του δείγματος δηλώνουν αγράμματοι, σύμφωνα με αυτή την έρευνα. Οι κλίμακες μέτρησης χρήζουν βελτίωση, ακόμα και αν έχει ελεγχθεί η εγκυρότητα των ψυχομετρικών ιδιοτήτων τους.

2.9. ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ-ΠΡΟΟΠΤΙΚΕΣ

Η διασφάλιση της υγείας των πολιτών και η παροχή προς αυτούς, υπηρεσιών υγείας υψηλής ποιότητας, είναι μείζον κοινωνικό ζήτημα και στόχος κάθε ευνομούμενου και σωστά λειτουργούντος κράτους. Η επίτευξη του στόχου αυτού είναι δύσκολο έργο και απαιτεί συστράτευση πολλών δυνάμεων, οργάνωση, πολιτική βούληση και ωριμότητα. Ιδιαίτερη σημασία πρέπει να δοθεί στο νοσοκομειακό τομέα και στις παρεχόμενες από αυτόν υπηρεσίες υγείας. Από την εξέταση της διεθνούς βιβλιογραφίας και πολλών ερευνών που έχουν εκπονηθεί, προκύπτει επιτακτική ανάγκη αναβάθμισης, ποιοτικά, των

παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών, τόσο διεθνώς, όσο-και σε μεγαλύτερο βαθμό-στη χώρα μας. Αμέσως παρακάτω, παραθέτουμε ορισμένες προτάσεις και ενέργειες, οι οποίες θα συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων νοσοκομειακών υπηρεσιών και κατ' επέκταση στην ποιότητα των υπηρεσιών του όλου συστήματος υγείας. Οι προτάσεις αυτές ανταποκρίνονται κυρίως και στο μεγαλύτερο βαθμό, στην υπάρχουσα κατάσταση στο Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Οι ενέργειες αυτές είναι οι εξής:

- Ο καθορισμός σε κεντρικό επίπεδο, σαφούς και συγκεκριμένης πολιτικής Υγείας, την οποία θα κληθούν να εφαρμόσουν τα νοσοκομεία, με βάση συγκεκριμένο ετήσιο προγραμματισμό των δραστηριοτήτων τους.
- Η θεσμοθέτηση ενός νέου και σύγχρονου πλαισίου οργάνωσης και λειτουργίας, μέσα από το οποίο, τα διοικητικά συμβούλια θα αποκτήσουν την απαιτούμενη ελευθερία δράσης για θέματα άμεσου ενδιαφέροντος, όπως προσλήψεις και αμοιβές προσωπικού.
- Η αποκατάσταση του ενιαίου management των νοσοκομείων, με την ανάθεση της διοίκησης-διαχείρισής τους σε ικανούς managers, των οποίων η επιλογή θα γίνει αποκλειστικά με βάση επαγγελματικά κριτήρια και στους οποίους θα δοθούν κίνητρα για την επίτευξη των αποτελεσμάτων.
- Η εισαγωγή του θεσμού του διοικητή, με ουσιαστικά προσόντα και αμοιβές, του οποίου το διορισμό και παύση θα κρίνει το διοικητικό συμβούλιο.
- Η εκτεταμένη χρήση προσεκτικά σχεδιασμένων Πληροφοριακών Συστημάτων Νοσοκομείων, η οποία θα συνεισφέρει στη βελτίωση της ποιότητας, στην αύξηση της αποτελεσματικότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, παράλληλα με τη δυνατότητα μείωσης του κόστους λειτουργίας των υπηρεσιών.
- Η θέσπιση κινήτρων , τόσο για το προσωπικό, όσο και για το ίδιο το νοσοκομείο, συνδεδεμένων με την έννοια της παραγωγικότητας και με το ποιοτικό επίπεδο των παρεχόμενων υπηρεσιών.
- Η προαγωγή μεθόδων και διαδικασιών, ώστε ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας να αποτελεί το επίκεντρο εστίασης των δραστηριοτήτων της υγειονομικής πολιτικής.
- Η εκτενής πληροφόρηση και ευαισθητοποίηση της ηγεσίας σε θέματα ποιότητας.
- Η ενσωμάτωση της ποιοτικής διοίκησης στην καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων.

Οι κινητήριες δυνάμεις που πρέπει να σηματοδοτούν οποιαδήποτε αλλαγή στον τομέα της υγείας:

- Η εστίαση στον ασθενή
- Η συμμετοχή του εργαζόμενου
- Η συνεχής και συστηματική βελτίωση

Η εστίαση στον ασθενή σημαίνει χρησιμοποίηση της γνώσης που προκύπτει με την επαφή μαζί του για βελτίωση της απόδοσής του προσωπικού, αλλά και επικοινωνία με άλλα νοσοκομεία για την επίλυση προβλημάτων τα οποία εκείνα έχουν ήδη αντιμετωπίσει επιτυχώς. Η συνεχής βελτίωση έρχεται ως αποτέλεσμα της οργάνωσης του νοσοκομείου κατά διαδικασίες και της χρήσης συστημάτων που επιτρέπουν τη μέτρηση και τη συνεχή βελτίωση.

Οι τομείς που χρήζουν άμεσης βελτίωσης στο δημόσιο τομέα παροχής υπηρεσιών είναι:

- Η εκπαίδευση του προσωπικού σε όλες τις βαθμίδες με βάση τις συνεχώς μεταβαλλόμενες ανάγκες της εργασίας του.
- Η πρόσληψη επαρκούς και καταρτισμένου προσωπικού.
- Η χρήση ανεπτυγμένου τεχνολογικά εξοπλισμού για τη βελτίωση της φροντίδας των ασθενών.
- Η μέτρηση της ποιότητας των εξετάσεων και οι συχνοί έλεγχοι των οργάνων και μηχανημάτων.
- Η μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών για την παροχή θεραπείας.
- Η βελτίωση της επικοινωνίας του ασθενή με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ώστε να αισθάνεται ότι αντιμετωπίζεται σαν άτομο και όχι σαν περιστατικό.
- Η βελτίωση των χώρων και των εγκαταστάσεων που περιθάλπεται ο ασθενής.

Η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών σχετίζεται άμεσα με την εκ βάθρων αναμόρφωσή τους, ώστε να συμπεριλαμβάνουν τον τελικό αποδέκτη, αλλά και τον προμηθευτή, λαμβάνοντας υπόψη τις γενικές τάσεις και γνωρίζοντας τις κινήσεις του ανταγωνισμού. Έτσι, τα νοσοκομεία πρέπει να αρχίσουν να μετράνε το επίπεδο των υπηρεσιών που παρέχουν για να μπορέσουν να τις βελτιώσουν.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΑΡΘΡΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΗΓΕΣ

- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. Nursing research, 5 (3), 100-108.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957b). What factors affect patients' opinions of their nursing care. Hospitals, 31, 61-64.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957c). What hospitals have done to improve patient care. Hospitals, 31, 43.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957d). What patients say about their nursing care. Hospitals, 31, 44-48.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957e). What personnel say about nursing care. Hospitals, 31, 53-57.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1964). Patients and personnel speak (U.S. Public Health Service Publication No. 527), Washington, D.C.: U.S. Publication Office.
- Abramovitz, S., Cote', A.A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. Quality Review Bulletin, 13(4), 122-130.
- Alderfer, C.P. (1969). An empirical test of a new theory of human needs. Organizational Behavior & Human Performance, 4(2), 142-175.
- Altschul, A.T. (1983). The consumer's voice: nursing implications. Journal of Advanced Nursing, 8, 175-183.

- Αντωνοπούλου, Λ., Καραμητοπούλου, Δ., & Σοφιαννός, Ε. (1991). Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Επιθεώρηση Υγείας, 50, 370-374.
- Azzoloni M., (1993). << Internal service quality: winning from the inside out>>.
- Babacus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. Health Services Research, 26(2), 767-786.
- Blair, F., & Walts, L. (1982). Primary nursing in the emergency department: nurse and patient satisfaction. Journal of Emergency Nursing, 8 (4), 181-186.
- Bond, S., Fall, M., Thomas, L., Fowler, P., & Bond, J. (1990). Primary Nursing and Primary Medical Care: a comparative study in community hospitals. Health Care Research Unit Report No.39, University of Newcastle upon Tyne.
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. Journal of Advanced Nursing, 16, 1492-1502.
- Bond, S., & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing, 17, 52-63.
- Brink, J.P. (1986). Editorial: the patient's perspective. Western Journal of Nursing Research, 8(2), 133-134.

- Caplan, E. K., & Sussman, M.B. (1966). Rank order of important variables for patient and staff satisfaction with out-patient services. Journal of Health and Social Behavior, 7, 133-137.
- Carey, R. G., & Posavac, E. (1981). Using patient information to identify areas for service improvements. Health Care Management Review, 7(2), 43-48.
- Carey, R. G., & Seibert, J.H. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. Medical Care, 31(9), 834-845.
- CBO. (1990). Nursing quality assurance in practice. Utrecht: RCN/CBO Publication.
- Chavigny, K., & Lewis, A. (1984). Team or primary nursing care? Nursing Outlook, 32(6), 322-327.
- Ciske, K.L. (1974). Primary nursing evaluation. American Journal of Nursing, 74(8), 1436-1438.
- Cleary, P.D, & McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. Inquiry, 25, 25-36.
- Daeffler, R.J. (1975). Patients' perception of care under team and primary nursing. Journal of Nursing Administration, March-April, 20-26.
- Derdarian, A. K. (1990). Effects of using systematic assessment instruments on patient and nurse satisfaction with nursing care. Oncology Nursing Forum, 17(1), 95-101.

- Δημητριάδου, Α. et al. (1991). Απόψεις των νοσηλευομένων που αξιολογούν τη νοσηλευτική υπηρεσία. Πρακτικά, 18^ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 14-16 Μαΐου, 1991 στην Αθήνα, 71-87.
- Doering, E.R. (1983). Factors influencing inpatient satisfaction with care. Quality Review Bulletin, 9(10), 291-299.
- Donabedian, A.K. (1966). Evaluating the quality of medical care. Health and Society, 44, 166.
- Donabedian, A.K. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A.K. (1987). Commentary on some studies of the quality of care. Health Care Financing Review (annual supplement), 75-85.
- Donabedian, A. K. (1970). Patient care evaluation. Hospitals, 44(1), 131-136.
- Dull, V. T., Lansky, D., & Davis, N. (1994). Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit. The Joint Commission Journal on Quality Improvement, 20(1), 444-452.
- Doll, A. (1979). The things patients say about their nurses. Nursing, 7(5), 113-120.

- Epstein, A.M. (1990). The outcome movement: will it get us where we want to go? New England Journal of Medicine, 323(4), 266-270.
- Eriksen, L. (1987). Patient satisfaction: A indicator of nursing care quality?. Nursing Management, 18(7), 31-35.
- Evans R. James, Lindsay M. William. <<The Management and Control of Quality>>.
- Ferguson, G. H., & Ferguson, W.F. (1983). As patients see us. Nursing Management, 14(8), 20-21.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I-Important general considerations. British Medical Journal, 302, 887-889.
- Fleming, G.V. (1979). Using consumer evaluations of health care. Hospital Progress, 60, 60-68.
- France, K. (1981). Methodological considerations in hospital patient opinion surveys. International Journal of Nursing Studies, 18, 7-32.
- Godin, P., Pearce, I., & Wilson, I. (1987). Keeping the customer satisfied. Nursing Times, 83(38), 35-37.
- Greeneich, D.S., Long, C.O., & Miller, B.K. (1992). Patient satisfaction update: Research applied to practice. Applied Nursing Research, 5(1), 43-48.

- Gronroos, C. (1984). A service quality model and its marketing implications. European Journal of Marketing, 18, 39-50.
- Guzman, P. M., Sliepecevic, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L., & Wright, W.R. (1988). Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. Patient Education and Counseling, 12, 225-233.
- Θεοφανόπουλος, Π. (1994). Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: πρόκληση ή ουτοπία και η ελληνική κατάσταση. Πρακτικά Συνεδρίου <<Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας>>, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 31-38. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
- Hall, J.A., & Dornan, M.C. (1988). What the patients like about their care and how often they are asked: A meta-analysis of the satisfaction literature. Social Science Medical, 27, 935-939.
- Harrison, L.L., & Novak, D. (1988). Evaluation of a gerontological nursing continuing education programme: effect on nurses' knowledge and attitudes and on patients' perceptions and satisfaction. Journal of Advanced Nursing, 13, 684-692.
- Henry, S.B., Partridge, R., Lenert, L.A., & Middleton, B.F. (1993). Linking process and outcome with an integrated clinical information system. Proceedings of Health Information Management System Society 93, 2, 58-79.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). The motivation to work. New York: John Wiley.

- Hinshaw, A.S., Gerber, R. M., Atwood, J. R., & Allen, J. R. (1983). The use of a predictive modeling to test nursing practice outcomes. Nursing Research, 32(1), 35-42.
- Hinshaw, A. S., Scofield, R., & Atwood, J. R. (1981). Staff, patient and cost outcomes of all-registered nurse staffing. The Journal of Nursing Administration, Nov-Dec, 30.
- Holden, L. M. (1989). Quality, standards, and criteria: a physician and nurse perspective. Journal of Nursing Quality Assurance, 3(2), 27-33.
- Holzemer, W. L. (1990). Quality and cost of nursing care: is anybody out there listening? Nursing and Health Care, 10(8), 412-415.
- Houston, C.S., & Pasanen, W. E. (1972). Patients' perceptions of hospital care. Hospitals, 46(16), 70-74.
- Hulka, B. S., et al. (1975). Correlates of satisfaction and dissatisfaction with medical care: a community perspective. Medical Care, 13(8), 648-658.
- Institute of Medicine. (1990). Health, health care, and quality of care. In K. Lohr (Ed.), Medicare: A strategy for quality assurance: Vol. 1., (pp. 19-44). Washington, D.C.: National Academy Press.
- John Ovretveit, <<Formulating a health quality improvement strategy for a developing country- International Journal of Health Care Quality Assurance, 2004).

- Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO. (1991). Accreditation manual for hospitals 1992. Chicago, IL: Author
- Joy, L. & Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. Nursing Management, 23(7), 73-77.
- Juran, J. M. (1989). Juran on leadership for quality. New York: The Free Press.
- Καπανίδης, Ν. (1991). Ο Φόβος του νοσοκομείου. Επιθεώρηση Υγείας, 59, 315-319.
- Καραγιάννη, Β. (1994). Η ποιότητα του λειτουργικού κύκλου διανομής φαρμάκου στα ελληνικά νοσοκομεία: συγκριτική αξιολόγηση μεταξύ δύο διαφορετικών συστημάτων. Πρακτικά Συνεδρίου <<Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας>>, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 161-172. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
- Κατοστάρας, Φ. (1994). Νοσηλευτικό δυναμικό στην Ελλάδα. Εθνική Συνάντηση Εργασίας με θέμα Η Νοσηλευτική στην Ελλάδα, εξελίξεις και προοπτικές, 12-13 Μαΐου, Θεσσαλονίκη (σελ.41).
- Κυριόπουλος, Ι., Δράκου, Ι., Κτένας, Ε., & Γεωργούση, Ε. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. Επιθεώρηση Υγείας, 44, 300-306,320.
- Κυριόπουλος, Ι. (1991). Ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας: η διεθνής εμπειρία και η ελληνική προοπτική. Επιθεώρηση Υγείας, 41, 297-302.

- LaMonica, E.L., Oberst, M. T., Madea, A. R., & Wolf, R. M. (1986). Development of a patient satisfaction scale. Research in Nursing & Health, 9, 43-50.
- Λανάρα, Β. Α. (1990). Νοσηλευτική έρευνα: εξέλιξη και προοπτικές. Επιθεώρηση υγείας, 54, 37-41, 43.
- Lanara, B. A. (1996). Research and the discipline of nursing: a European perspective. Intensive and Critical Care Nursing, 12, 90-96.
- Lang, N. M. (1976). Issues in Quality Assurance in Nursing. Issues in Evaluation Research, American Nurses Association, G124, 2M, 45-56.
- Larson, P. J. (1984). Important nurse caring behaviors perceived by patients with cancer. Oncology Nursing Forum, 11(6), 46-50.
- Larson, P. J. (1986). Cancer nurses' perceptions of caring. Cancer Nursing, 9(2), 86-91.
- Larson, P. J. (1987). Comparison of cancer patients' and professional nurses' perceptions of important nurse caring behaviors. Heart and Lung, 16(2), 187-192.
- Lawler, J. (1983). Ousting Maslow from nursing. Australian Nurses Journal, 13(1), 36-38.
- Lawler, E.E. (1971). Pay and organizational effectiveness: a psychological view.

- Leebov, W. (1988). Service excellence: the customer relations strategy for health care. U.S.A.: A.H.A., American Hospital Publishing.
- Leino-Kilpi, H., & Vuorenheimo, J. (1996). Patient as an evaluator of Nursing Services. Proceeding of the Annual Nursing Congress, Kavala.
- Leino-Kilpi, H., & Vuorenheimo, J. (1992). Patient satisfaction as an indicator of nursing care. Vard I Norden, 12(3/4), 22-28.
- Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. Social Science and Medicine, 16, 577-582.
- Linder-Pelz, S. (1982b). Social psychological determinants of patient satisfaction: A test of five hypotheses. Social Science and Medicine, 16, 583-589.
- Locke, A. E. (1976). The nature and cause of job satisfaction. In M. D. DUNETTE (Ed.), Handbook of Industrial and Organizational Psychology. Chicago: Rand McNally.
- Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care. Social Sciences and Medicine, 12, 283-292.
- Lucas, M. D., Morris, C. M., & Alexander, J.W. (1988). Exercise of self-care agency and patient satisfaction with nursing care. Nursing Administration Quarterly, 12(3), 23-30.

- Ludwig-Beymer, P., Ryan, C., Johnson, N., Hennessy, K., Gattuso, M., Epsom, R., & Czurylo, K. (1993). Using patient perceptions to improve quality care. Journal of Nursing Care Quality, 7(2), 42-51.
- MacGuire, J. (1989). An approach to evaluating the introduction of primary nursing in an acute medical unit for the elderly. International Journal of Nursing Studies, 26(3), 243-251.
- Mangen, S. P., & Griffith, J. H. (1982). Patient satisfaction with community psychiatric nursing. Journal of Advanced Nursing, 7, 477-482.
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. Psychological Review, 50, 370-396.
- Maslow, A. H. (1970). Motivation and personality (2nd ed.). New York: Harper & Row.
- Mayer, G. G. (1982). The relationship between patient satisfaction with nursing care and the ability to identify the primary nurse. Nursing & Health Care, May, 254-257.
- McDonnel, C., & Nash, J. G. (1990). Compendium of instruments measuring patient satisfaction with nursing care. Quality Review Bulletin, (May), 182-188.
- Megivern, K., Halm, M. A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. Journal of Nursing Quality Assurance, 6(4), 9-24.

- Μερκούρης Αναστάσιος , Λεμονίδου Χρυσούλα 1998, Ικανοποίηση ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες : Βιβλιογραφική ανασκόπηση. Νοσηλευτική 1998, (1: 4-2).
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patients judgments of hospital quality. Medical Care, 28(9), Supplement, 1-56.
- Miller-Bader, M. (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), 11-17.
- Milne, D. (1986). Planning and evaluating innovations in nursing practice by measuring the ward atmosphere. Journal of Advanced Nursing, 11, 203-210.
- Nelson, W. E., et al. (1981). Patient perception of medical care. Health Care Management Review, 6, 65-72.
- Nunally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). Psychometric theory (3rd ed.). New York: McGraw-Hill, Inc.
- Νιάκας, Δ. (1991). Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους του υγειονομικού τομέα στο διεθνή χώρο και η ελληνική περίπτωση. Επιθεώρηση Υγείας, 27, 155-161, 172.
- Oberst, M. T. (1984). Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. Cancer, 53, 2366-2373.
- Office of Technology Assessment, OTA. (1988). Patients' assessments of their care. The quality of medical care: Information for consumers, (OTA Publication

No. OTA-H 386) (pp. 231-247). Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

- Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Επιθεώρηση Υγείας, 56, 248-256.
- Parasuraman, A., Zeithaml, v. a., & Berry, L. L. (1985). A conceptual model of service quality and its implications for future research. Journal of Marketing, 49, 41-50.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. Evaluation and Programm Planning, 6, 189.
- Pascoe, G., & Attkison, C. (1983). A new methodology for assessing satisfaction. Evaluation and Program Planning, 6(3-4), 335-347.
- Pearson, A., Durand, I., & Punton, S. (1989). Determining quality in unit where nursing is he primary intervention. Journal of Advanced Nursing, 14, 269-273.
- Peters, D. A. (1993). Improving quality requires consumer input: Using focus groups. Journal of Care Quality, 7(2), 34-41.
- Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), 25-35.
- Πλατή, Χ. Δ. (1991). Εκτίμηση ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας, πρόκληση για τους νοσηλευτές. Νοσηλευτική, 2, 133-139.

- Πολύζος, Ν. (1994). Ολική ποιότητα και δείκτες νοσοκομειακού προϊόντος. Πρακτικά Συνεδρίου <<Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας>>, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 71-89. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
- Ραγιά, Χ. Α. (1987). Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα.
- Reeder, L. G. (1972). The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. Journal of Health Social Behavior, 13, 406-412.
- Rice, C. E., Berger, D. G., Klett, S. L., Sewall, L. G., & Lemkau, P. V. (1963). The ward evaluation scale. Journal of Clinical Psychology, 19, 251.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. Nursing Research, 24(1), 45-52. (Patient Satisfaction Scale, Risser 1975).
- Roberts, J. G., & Tugwell, P. (1987). Comparison of questionnaires determining patient satisfaction with medical care. Health Services Research, 22(5), 637-654.
- Robbins, S. P. (1993). Organizational behavior: Concepts, Controversies and Applications. New Jersey: Prentice Hall.
- Ross, M. J., & Turner, J. (1986). The human needs model of nursing. Journal of Advanced Nursing, 11, 643-649.

- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? Medical Care Review, 47(3), 267-326.
- Scardina, S. A. (1994). SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. Journal of Nursing Quality Assurance, 8(2), 38-46.
- Senge, P. (1990). *The fifth discipline: the art and practice of the learning organization*. New York: Currency Doubleday.
- Σέτζης, Δ. (1994). Έλεγχος και εξασφάλιση ποιότητας παρεχομένων υπηρεσιών αναισθησιολογικού τμήματος σε τριτοβάθμιο ελληνικό νοσοκομείο. Πρακτικά Συνεδρίου <<Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας>>, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ.178-180. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
- Shields, P. J., Morrison, P., & Hart, D. (1988). Consumer satisfaction on a psychiatric ward. Journal of Advanced Nursing, 13, 396-400.
- Shillader J., (1993). << Internal service quality: winning from the inside out>>.
- Shulka, R. K., & Turner, W. E. (1984). Patients perception of care under primary and team nursing. Research in Nursing and Health, 7, 93-99.
- Simpson, K. (1985). Opinion surveys reveal patients' perceptions of care. Dimensions in Health Care, 62(7), 30-31.
- Smith, R. B. (1977). Patient opinions help place hospital services in perspective. Hospitals, 51(16), 65-68.

- Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3), 171-177.
- Steven, I. D. (1991). A patient satisfaction questionnaire as a teaching and comparative audit tool. *Quality Assurance in Health Care*, 3(1), 41-49.
- Strasen, L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18(11), 5-6.
- Taylor, C. (1970). *In horizontal orbit: Hospitals and the cult of efficiency*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Thomas, L. H., & Bond, S. (1991). Outcomes of nursing care: the case of primary nursing. *International Journal of Nursing Studies*, 28(4), 291-314.
- Ventura, M. R., Fox, R. N., Corley, M. C., & Mercurio, S. M. (1982). A patient satisfaction measure as a criterion to evaluate primary nursing. *Nursing Research*, 31(4), 226-230.
- Vuori, H. (1982). *Quality Assurance of Health Services*. WHO, Regional Office for Europe.
- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3), 106-108.
- Waltz, C. F., Strickland, O. L., & Lenz, E. R. (1991). *Measurement in nursing research* (2nd ed.). Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Ware, J. E., Davies-Avery, A., & Sewart, A. L. (1978). The measurement and the meaning of patient satisfaction. Health and Medical Care Services Review, 1, 1-15.
- Ware, J. E., & Snyder, M. K. (1975). Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. Medical care, 13(8), 669-682.
- Wilson, H. S. (1989). Research in nursing (2nd ed.). California: Addison – Wesley Publishing Company.
- World Health Organization, (WHO) Working Group. (1979). Evaluation of inpatient nursing practice. Report on a Working Group, Regensburg, 18-21 Oct 1977. Geneva WHO.
- World Health Organization (WHO). (1981). Global Strategy for Health for All by the year 2000, Health for All Series (no.3). Geneva WHO.
- World Health Organization (WHO). (1985). Targets for Health for All. Copenhagen, WHO, Regional Office for Europe.
- Wong, J., & Wong, S. (1985). A randomized controlled trial of a new approach to preoperative teaching and patient compliance. International Journal of Nursing Studies, 22(2), 105-115.
- Wright, D. (1984). An introduction to the evaluation of nursing care: A review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 9, 457-467.

- Wriglesworth, J. M., & Williams, J. T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12, 123-132.
- Zahr, L. N., William, S. G., & El-Hadad, A. (1991). Patient satisfaction with nursing care in Alexandria, Egypt. *International Journal of Nursing Studies*, 28(4), 337-342.
- www.europa.eu.int
- www.google.com

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Α

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Εισαγωγή-Ενημέρωση ασθενούς

Καλημέρα σας. Πως είστε σήμερα? Το όνομά μου είναι Χρυσούλα Μυλωνάκη/Σουλτάνα Κουκουσέλα. Είμαι φοιτήτρια του τμήματος Νοσηλευτικής.

Το νοσοκομείο μας σε συνεργασία και με άλλα νοσοκομεία ξεκινά μια έρευνα, για να διερευνηθεί ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών με την νοσηλευτική φροντίδα στο νοσοκομείο. Σε πολλές χώρες του εξωτερικού η γνώμη αυτή του αρρώστου είναι κατοχυρωμένη με νόμο και λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στην προσπάθεια βελτίωσης των νοσηλευτικών υπηρεσιών.

Ο κύριος σκοπός της έρευνας σε αυτή την φάση είναι η ανάπτυξη ενός ερωτηματολογίου με το οποίο θα αξιολογείται στο μέλλον η φροντίδα που έχουν οι ασθενείς στο νοσοκομείο. Επίσης, τα αποτελέσματα θα χρησιμοποιηθούν για την βελτίωση των συνθηκών νοσηλείας.

Σημειώστε ότι δεν είναι διαγωνισμός σωστού-λάθους ή κριτικής και αξιολόγησης του προσωπικού.

Θεωρούμε την βοήθειά σας εξαιρετικά σημαντική. Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και εθελοντική. Εάν δεχτείτε να συμμετάσχετε, μπορείτε να σταματήσετε οποτεδήποτε θέλετε εάν εσείς το κρίνετε σκόπιμο.

Η διαδικασία θα έχει ως εξής: Θα σας αναφέρω ορισμένες νοσηλευτικές ανάγκες και θα ήθελα σκεπτόμενη το νοσηλευτικό προσωπικό αυτής της κλινικής και την προσπάθειά του να καλύψει αυτές τις ανάγκες, να μου περιγράψετε την εμπειρία σας (βασισόμενη στη νοσηλεία τη δικιά σας ή/και άλλων ασθενών) με δικά σας λόγια. Στη συνέχεια θα ήθελα να μου λέτε πόσο ικανοποιημένος/-μένη είσαστε (δηλαδή καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ-πάρα πολύ) σε σχέση με την κάλυψη κάθε μιας ανάγκης.

Θα θέλατε να μας βοηθήσετε σε αυτήν μας την προσπάθεια?

A/A:.....

ΚΛΙΜΑΚΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΗΘΗΚΕ ΣΤΗΝ ΕΡΕΥΝΑ

Νοσοκομείο:.....Κλινική:.....Ημερομηνία:.....
Ωρα:.....

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΝΑΙ ΟΙ ΑΣΘΕΝΕΙΣ ΣΤΟ ΤΜΗΜΑ

ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ;

ΜΠΟΡΕΙΤΕ ΝΑ ΕΠΙΛΕΞΕΤΕ ΜΙΑ ΑΠΟ ΤΙΣ ΑΚΟΛΟΥΘΕΣ

ΑΠΑΝΤΗΣΕΙΣ:

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΛΙΓΟ

ΑΡΚΕΤΑ

ΠΟΛΥ

ΠΑΡΑ ΠΟΛΥ

1

2

3

4

5

1. Εξυπηρέτηση-Περιποίηση. Βοήθεια από το νοσηλευτικό προσωπικό στην εκτέλεση καθημερινών δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορούν οι ασθενείς να εκτελέσουν από μόνοι τους

(Όπως: προσωπική υγιεινή, ντύσιμο, τουαλέτα, αλλαγή θέσης στο κρεβάτι, περπάτημα, φαγητό, νερό όταν θελήσετε, αλλαγή σεντονιών, στρώσιμο κρεβατιού και δημιουργία ενός άνετου περιβάλλοντος)

1 2 3 4 5

2. Νοσηλεία. (Δηλαδή, χορήγηση φαρμάκων, ενέσεις, αλλαγή ορών, επιδέσμων, φλεβοκεντήσεις κτλ.)

α. επιδεξιότητα με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

β. συνέπεια (ως προς την ώρα που πρέπει να γίνουν) με την οποία οι νοσηλευτές εκτελούν τις παραπάνω πράξεις.

1 2 3 4 5

3. Ανακούφιση πόνου.

α. ταχύτητα με την οποία το νοσηλευτικό προσωπικό ανταποκρίνεται

1 2 3 4 5

β. λήψη μέτρων από το νοσηλευτικό προσωπικό για την ανακούφιση του πόνου. (Όπως αξιολόγηση του πόνου, παρουσία δίπλα στον άρρωστο, αλλαγή θέσεως, χορήγηση φαρμάκων, κτλ.)

1 2 3 4 5

4. **Πληροφόρηση.** Πληροφόρηση και ενημέρωση από το νοσηλευτικό προσωπικό. Δηλαδή πληροφόρηση για:

α. τον προσανατολισμό στην μονάδα την πρώτη μέρα που έρχεται ο ασθενής στην κλινική (χώρος, ρουτίνα, σύστημα κλήσης).

1 2 3 4 5

β. εξετάσεις (προετοιμασία, πότε και τι θα γίνει, αποτελέσματα).

1 2 3 4 5

γ. θεραπευτικές διαδικασίες, φάρμακα

1 2 3 4 5

δ. οδηγίες γενικά για κατανόηση της ασθένειας και των αναγκών στο βαθμό που ο κάθε άρρωστος καταλαβαίνει

1 2 3 4 5

ε. πληροφόρηση και ενημέρωση των συγγενών.

1 2 3 4 5

5. **Εκπαίδευση - Οδηγίες.** Εκπαίδευση - οδηγίες από το νοσηλευτικό προσωπικό για το πώς οι ασθενείς θα φροντίσουν τον εαυτό τους στο βαθμό που μπορούν , τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την έξοδο τους από αυτό.

1 2 3 4 5

6. **Παρακολούθηση.** Πόσο συχνά το νοσηλευτικό προσωπικό επισκέπτεται, και αξιολογεί την κατάσταση των ασθενών.

1 2 3 4 5

7. Ανταπόκριση - ταχύτητα.

α. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό απαντά στο κάλεσμα των ασθενών (κουδούνι - σήμα) όταν αυτοί χρειάζονται βοήθεια. 1 2 3 4 5

β. πόσο γρήγορα το νοσηλευτικό προσωπικό κάνει κάτι για να ικανοποιήσει αυτό που του ζητούν οι ασθενείς. 1 2 3 4 5

8. Διαθέσιμος χρόνος. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει γενικά για την φροντίδα των ασθενών, σε σχέση με τον χρόνο που εσείς νομίζετε ότι θα ήταν αρκετός.

1 2 3 4 5

9. Συνέχεια νοσ/κής φροντίδας. Το νοσηλευτικό προσωπικό από μέρα σε μέρα και από βάρδια σε βάρδια γνωρίζει την κατάσταση και τις ιδιαιτερότητες του κάθε ασθενούς.

1 2 3 4 5

10. Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο.

α. θόρυβος από άλλους αρρώστους, συνοδούς, προσωπικό, τον διάδρομο 1 2 3 4 5

β. ώρα που ξυπνάτε ή σας ξυπνούν το πρωί 1 2 3 4 5

11. Καθαριότητα.

α. δωματίου 1 2 3 4 5

β. τουαλέτας 1 2 3 4 5

γ. διαδρόμων, κοινόχρηστων χώρων 1 2 3 4 5

12. Φαγητό.

α. ποσότητα 1 2 3 4 5

β. ποιότητα 1 2 3 4 5

γ. τρόπος μαγειρέματος 1 2 3 4 5

δ. ποικιλία 1 2 3 4 5

ε. θερμοκρασία 1 2 3 4 5

στ. τρόπος και ώρα σερβιρίσματος 1 2 3 4 5

13. Ευγένεια - φιλικότητα. Ευγένεια και φιλική συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. 1 2 3 4 5

14. Σεβασμός. Τρόπος ομιλίας και συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που δείχνει σεβασμό προς τους ασθενείς (όπως εσείς το καταλαβαίνετε).

1 2 3 4 5

15. Ενδιαφέρον - επικοινωνία. Χρόνος που το νοσηλευτικό προσωπικό αφιερώνει για να συζητήσει μαζί με τους ασθενείς, να ακούσει τα παράπονα τους, να κατανοήσει τα προβλήματα τους και να τους συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές. 1 2 3 4 5

16. Προσωπικές προτιμήσεις. Κατά πόσο το νοσηλευτικό προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές επιθυμίες και προτιμήσεις του κάθε ασθενούς χωριστά. 1 2 3 4 5

17. Αποτελεσματικότητα. Συνολικά, πόσο ικανοποιημένος είσαστε από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και την συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας σας. 1 2 3 4 5

Στην συνέχεια θα ήθελα να μου πείτε σε ποιο βαθμό συμφωνείτε (δηλ. καθόλου, λίγο, αρκετά, πολύ, πάρα πολύ).

18. Εάν ξαναχρειαστώ νοσηλευτική φροντίδα θα ήθελα να με φροντίσει το ίδιο νοσηλευτικό προσωπικό.

1 2 3 4 5

19. Σκεπτόμενος το νοσηλευτικό προσωπικό θα συνιστούσα αυτή τη νοσηλευτική μονάδα (κλινική) σε φίλους και συγγενείς.

1 2 3 4 5

20. Σχόλια (επιπλέον) - Τι θα θέλατε να σχολιάσετε;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Ηλικία:

Φύλο: άντρας γυναίκα

Οικογενειακή κατάσταση: έγγαμος άγαμος διαζευγμένος χήρος

Μορφωτικό επίπεδο: αγράμματος δημοτικό γυμνάσιο λύκειο -τεχν. σχολή
ανώτερη-ανώτατη (έτη:)

Επάγγελμα:.....

Τόπος μόνιμης κατοικίας: πόλη κωμόπολη χωριό

Ασφαλιστικό ταμείο:

Προηγούμενες εισαγωγές σε νοσοκομείο > 1 μέρα: 0 1 2 3 >3

Προηγούμενες εισαγωγές σε αυτό το νοσοκομείο: 0 1 2 3 >3

Ημέρες νοσηλείας αυτή την φορά:

Αριθμός ασθενών στο ίδιο δωμάτιο:

Ποιος διάλεξε το συγκεκριμένο νοσοκομείο:

εγώ ο γιατρός μου άλλα μέλη της οικογένειας μου άλλος δεν
πάρθηκε απόφαση ή δεν έγινε επιλογή

Στην επιλογή του νοσοκομείου το περισσότερο σημαντικό ήταν:

η τοποθεσία η προηγούμενη εμπειρία η φήμη το κόστος δεν έγινε επιλογή
οι γνωστοί

Πόσο σοβαρή θεωρείτε την κατάσταση σας: καθόλου λίγο αρκετά πολύ
σοβαρή ή κρίσιμη

Για το πρόβλημα της υγείας μου γνωρίζω: τίποτα λίγα αρκετά πολλά

Εξάρτηση: ανεξάρτητος - βοήθεια με συγκεκριμένα πράγματα - μερικώς
εξαρτώμενος (φαγητό ή και τουαλέτα) πλήρως εξαρτώμενος

Υπάρχει συνοδός: οικογένεια αποκλειστική (ημέρα, απόγευμα, νύχτα) και τα
δύο

Η αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών που προσφέρουν τα ελληνικά δημόσια
νοσοκομεία είναι: πολύ κακή κακή μέτρια καλή πολύ καλή