



Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης

Σχολή Επαγγελμάτων Υγείας και Πρόνοιας

Τμήμα Νοσηλευτικής

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Τίτλος:

«Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία τριτοβάθμιου νοσοκομείου»



ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ: Αθανασοπούλου Αικατερίνη YN6526

Αλατζελί Μαριάμ YN6445

Καλακώνα Μαρία YN6452

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: Κωνσταντινίδης Θεοχάρης
Λέκτορας Τμήματος Νοσηλευτικής Τ.Ε.Ι. Κρήτης

ΗΡΑΚΛΕΙΟ 2017

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ολοκληρώνοντας τις σπουδές μας στο Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα του Ηρακλείου Κρήτης, στο τμήμα Νοσηλευτικής, αισθανόμαστε την ανάγκη να ευχαριστήσουμε μέσα από την καρδιά μας όλους όσους μας βοήθησαν καθ' όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

Αρχικά ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την ευκαιρία και την βοήθεια που μας έδωσαν να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας καθώς και την πολύτιμη συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσης της πτυχιακής μας.

Ιδιαίτερα ένα μεγάλο ευχαριστώ στον καθηγητή μας κ. Κωνσταντινίδη Θεοχάρη για την ουσιαστική καθοδήγηση και την άρτια συνεργασία κατά την διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής μας εργασίας.

Όλους τους καθηγητές και συμφοιτητές μας στο προπτυχιακό πρόγραμμα για την ανταλλαγή επιστημονικών γνώσεων και απόψεων.

Τέλος οφείλουμε να ευχαριστήσουμε την διοίκηση του Πανεπιστημιακού νοσοκομείου Ηρακλείου για την έγκριση της διεξαγωγής της έρευνάς μας και ιδιαίτερα το τμήμα των τακτικών εξωτερικών ιατρείων όπως επίσης και τους ασθενείς που συνέβαλαν με τη συμμετοχή τους στην ολοκλήρωση της έρευνας μας, αφιερώνοντας λίγο από τον χρόνο τους για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου μας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και πιο συγκεκριμένα από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία είναι ένα σπουδαίο ζήτημα που απασχολεί τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας. Η ικανοποίηση διαφέρει από ασθενή σε ασθενή διότι επηρεάζεται από ένα εύρος παραγόντων οι οποίοι είναι ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρείχαν τα εξωτερικά ιατρεία μεγάλου γενικού νοσοκομείου της Κρήτης.

Υλικό-Μέθοδος: Πραγματοποιήθηκε δειγματοληψία ευκολίας με 201 ασθενείς κατά την παραμονή τους έξω από τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία (Τ.Ε.Ι.). Στην παρούσα περιγραφική μελέτη χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο δομημένο ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 2 μέρη. Το πρώτο μέρος αποτελείται από ερωτήσεις που αφορούν τα δημογραφικά στοιχεία ασθενών ενώ στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνονται ερωτήσεις που σχετίζονται με τις υπηρεσίες υγείας. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων της έρευνας πραγματοποιήθηκε από αρχές Σεπτεμβρίου μέχρι τέλη Οκτωβρίου 2017. Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 23.0 Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

Αποτελέσματα: Από το συνολικό δείγμα το 25,4% ήταν άνδρες με μέση ηλικία τα 41,0(±15,7) χρόνια, κυρίως έγγαμοι (71,1%). Η μέση τιμή (μτ) επισκεψιμότητας στα Τ.Ε.Ι. ήταν 7,2±7,2 και το μέσο χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που δόθηκε ήταν 1,6±1,7, μήνες. Οι ασθενείς ήταν περισσότεροι ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα (μτ=80,0), τη νοσηλευτική φροντίδα (μτ=74,9), ενώ λιγότερο ικανοποιημένοι από τις διοικητικές υπηρεσίες (μτ=69,3) οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς σε σχέση με τους νεότερους, είχαν υψηλότερη ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα ($r=0.214$, $p<0.01$) ή από τις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων ($r=0.199$, $p<0.01$). Οι έχοντες υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο είχαν και σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα ($r=-0.180$, $p<0.05$), από τις διοικητικές

υπηρεσίες ($r=-0.278$, $p<0.01$) ή από τις εγκαταστάσεις ($r=-0.210$, $p<0.01$). Τέλος η μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα παρατηρήθηκε στην ερώτηση «Την ακρίβεια με την οποία οι γιατροί σας πληροφορούν για την ασθένεια σας» με 78,6%, οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από την νοσηλευτική φροντίδα στις ερωτήσεις «Την προθυμία των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας», «Την ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτριών/των» με 70,2% και οι ασθενείς έμειναν ικανοποιημένοι από τις διοικητικές υπηρεσίες στην ερώτηση «Τις διαδικασίες εξόδου» με 63,2%.

Συμπεράσματα: Η εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών έδειξε ότι η ηλικία όπως και το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζουν και φέρουν διαφορετικά αποτελέσματα, καθώς τα άτομα που είχαν υψηλό επίπεδο εκπαίδευσης παρουσίασαν και μεγαλύτερες απαιτήσεις λόγω της χαμηλής ικανοποίησης. Παράλληλα διαπιστώθηκε ότι ασθενείς μεγαλύτερης ηλικίας λόγω των εμπειριών και των λιγότερων προσδοκιών εξέφρασαν την ικανοποίηση που είχαν από το ιατρικό και το λοιπό προσωπικό του νοσοκομείου.

Λέξεις-Κλειδιά: Ικανοποίηση ασθενών, επαγγελματίες υγείας, εξωτερικά ιατρεία, υπηρεσίες υγείας, ποιότητα φροντίδας

ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

| | Σελ. |
|---|------|
| ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ..... | 2 |
| ΠΕΡΙΛΗΨΗ..... | 3 |
| ΠΡΟΛΟΓΟΣ..... | 7 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο: Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από το προσωπικό των νοσοκομείων | |
| 1.1 Ορίζοντας την ικανοποίηση..... | 9 |
| 1.1.1 Προσδοκίες των ασθενών και ικανοποίησή τους..... | 10 |
| 1.1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την μέτρηση της ικανοποίησης από τους ασθενείς..... | 10 |
| 1.2 Παρεχόμενη φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό | 12 |
| 1.2.1 Η επικοινωνία ως βασικός παράγοντας για τη σωστή παροχή της φροντίδας..... | 12 |
| 1.2.2 Βασικές ανθρώπινες ανάγκες σύμφωνα με τον Maslow..... | 14 |
| 1.3 Η συμβολή του διοικητικού προσωπικού στο νοσοκομειακό περιβάλλον... | 19 |
| 1.3.1 Διοίκηση ολικής ποιότητας..... | 21 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο: Η υγεία και η ποιότητα φροντίδας που παρέχεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον | |
| 2.1 Εισαγωγή..... | 23 |
| 2.1.1 Πρότυπα και μοντέλα για την υγεία και την ασθένεια..... | 24 |
| 2.1.2 Το εύρος των διαστάσεων της υγείας..... | 25 |
| 2.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία..... | 26 |
| 2.1.4 Στόχοι βελτίωσης και προαγωγής υγείας..... | 26 |
| 2.2 Η ποιότητα φροντίδας υγείας που παρέχεται στους ασθενείς..... | 27 |
| 2.2.1 Βελτίωση της ποιότητας..... | 29 |
| 2.2.2 Οι διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας..... | 30 |
| 2.3 Η λειτουργία των νοσοκομείων..... | 31 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο: Τα δικαιώματα ασθενών και νοσηλευτών και οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίησή τους σε δημόσιο και ιδιωτικό τομέα | |
| 3.1 Τα δικαιώματα του ασθενή και του νοσηλευτή και οι υποχρεώσεις των ασθενών..... | 35 |
| 3.1.1 Όργανα προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή..... | 38 |

| | | |
|--|--|----|
| 3.2 | Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών..... | 39 |
| 3.3 | Η κατάσταση των νοσοκομείων στον ιδιωτικό και δημόσιο χώρο..... | 42 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο: Οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας, η υπεράσπιση και η συναίνεση του ασθενή | | |
| 4.1 | Ηθικές αρχές..... | 46 |
| 4.2 | Θέματα ηθικής και δεοντολογίας ασθενών και επαγγελματιών υγείας..... | 47 |
| 4.3 | Υπεράσπιση του ασθενή..... | 47 |
| 4.4 | Τομείς που απαιτούν την υπεράσπιση του ασθενή..... | 48 |
| 4.5 | Η πληροφορημένη συναίνεση του ασθενή..... | 49 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο: Μεθοδολογία της έρευνας | | |
| 5.1 | Σκοπός της έρευνας..... | 51 |
| 5.2 | Στόχοι της έρευνας..... | 51 |
| 5.3 | Δείγμα, δειγματοληψία και τμήματα μελέτης..... | 51 |
| 5.4 | Ερευνητικό εργαλείο..... | 51 |
| 5.5 | Πιλοτική μελέτη..... | 52 |
| 5.6 | Δεοντολογία..... | 53 |
| 5.7 | Στατιστική ανάλυση..... | 53 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: Αποτελέσματα | | |
| 6.1 | Αποτελέσματα ανάλυσης..... | 55 |
| ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο: Συζήτηση - Συμπεράσματα | | |
| 7.1 | Συζήτηση..... | 69 |
| 7.2 | Συμπεράσματα..... | 72 |
| 7.3 | Προτάσεις για βελτίωση..... | 73 |
| ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ..... | | 74 |
| ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι..... | | 81 |

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η υγεία θεωρείται δεδομένη και ο άνθρωπος την σκέφτεται μόνο σε περίπτωση που εμφανιστεί κάποια ασθένεια ή πρόβλημα υγείας (Ewles & Simnett 2003). Ο ορισμός της υγείας διαρκώς εξελίσσεται. Στα μέσα της δεκαετίας του 1980 ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας διεύρυνε τον ορισμό της υγείας λέγοντας ότι: Υγεία είναι όταν έναν άτομο αφενός μπορεί να πραγματοποιήσει τις φιλοδοξίες και να ικανοποιήσει τις ανάγκες τους και αφετέρου μπορεί να αντιμετωπίσει ή να αλλάξει το περιβάλλον που ζει. Η υγεία είναι ένα από τα πιο σημαντικότερα αγαθά καθώς και το στοιχείο για μια ομαλή και ευτυχισμένη ζωή και προφανώς θα πρέπει σε όλα τα νοσοκομεία να καθιερωθεί η αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας και της ικανοποίησης από τις υπηρεσίες υγείας (Nies & McEwen 2011).

Η παρούσα εργασία είναι δομημένη σε έξι κεφάλαια:

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται αναφορά των ορισμών της ικανοποίησης των ασθενών και αναλύονται οι προσδοκίες και οι ανάγκες που έχουν. Επιπλέον αναφέρονται οι υπηρεσίες που παρέχει το προσωπικό και η επικοινωνία που δημιουργείται με τους ασθενείς.

Στο δεύτερο κεφάλαιο περιγράφεται η έννοια της υγείας και της ασθένειας, η παρεχόμενη φροντίδα από τους επαγγελματίες υγείας προς τους ασθενείς και ο τρόπος βελτίωσης της. Επιπλέον αναλύονται τα εξωτερικά ιατρεία και γίνονται αναφορές για την σωστή δομή, λειτουργία και το σχεδιασμό των νοσοκομείων.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι παράγοντες, οι οποίοι επηρεάζουν σε έναν βαθμό την ικανοποίηση και επισημαίνονται τα δικαιώματα του ασθενή και του νοσηλευτή και οι υποχρεώσεις που έχουν τόσο στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο καταγράφονται οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας και η σημαντικότητα της υπεράσπισης και της συναίνεσης του ασθενή.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται η μεθοδολογία που ακολούθησε, απεικονίζοντας τον σκοπό, τους στόχους, το δείγμα αλλά και το ερευνητικό εργαλείο που χρησιμοποιήθηκε. Ακόμη αναφέρεται η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας.

Στο έκτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το δείγμα των ατόμων που συμμετείχαν στην έρευνα και τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την συμπλήρωση των ερωτηματολογίων.

Στο έβδομο και τελευταίο κεφάλαιο πραγματοποιείται συζήτηση και παρουσιάζονται τα συμπεράσματα και οι προτάσεις βελτίωσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΡΩΤΟ

ΔΙΕΥΡΕΥΝΗΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ

1.1 Ορίζοντας την ικανοποίηση

Η ικανοποίηση των ασθενών, είναι ένας πολύ αποτελεσματικός δείκτης για τη μέτρηση της επιτυχίας των νοσοκομείων και του προσωπικού του. Αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση κάθε κράτους και παρότι είναι σχετικά υποκειμενική έννοια, εντούτοις θα πρέπει να καθίσταται αναπόσπαστο τμήμα της θεραπείας τους. Έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία 20 χρόνια πάνω στο θέμα της ικανοποίησης των ασθενών, έχουν αποτελέσει σημαντικές και ουσιαστικές πηγές πληροφοριών για τον εντοπισμό των κενών και την ανάπτυξη ενός αποτελεσματικού σχεδίου δράσης για τη βελτίωση της ποιότητας στους οργανισμούς της υγειονομικής περίθαλψης (Κοτσαγιώργη και Γκέκα 2010).

Ο Donabedian το 1966 προσπαθώντας να δώσει έναν ορισμό στην ικανοποίηση των ασθενών, τόνισε πως πρόκειται για την υποκειμενική αντίληψη του κάθε ασθενούς την οποία οι πάροχοι φροντίδας πρέπει να αντιλαμβάνονται ως πραγματικότητα. Ανεξαρτήτως της βαρύτητας ή της αυθεντικότητας των παραπόνων τους, αυτό που μετράει είναι το πώς νιώθει ο ασθενής ακόμη και αν η αντίληψη της πραγματικότητας των παροχών που του προσφέρονται είναι διαφορετική.

Παρόμοιο ορισμό φαίνεται να έδωσε και ο Petersen το 1988 ο οποίος περιέγραψε την ικανοποίηση των ασθενών ως την αντίληψή τους, απέναντι στην παροχή φροντίδας, εξαιρώντας όμως το αποτέλεσμα της κατάστασης της υγείας τους ή την καταλληλότητα της θεραπείας.

Ο Pascoe το 1983 έδωσε τον δικό του ορισμό για την ικανοποίηση των ασθενών, αναλύοντάς την ως την αντίδραση του ασθενή στους τομείς της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων από τη διαδικασία της παροχής των υπηρεσιών υγείας. Πάνω στην αντίδραση αυτή πάτησε και ο Μερκούρης το 1996

υπογραμμίζοντας ότι είναι εσωτερική και μοναδική για κάθε ασθενή και πως είναι δυνατόν να γίνει αντιληπτή από τις μεταβολές της συμπεριφοράς του.

Ο Bowers και άλλοι το 1994 με τη σειρά τους, δίνοντας βάση σε μία άλλη έννοια, αυτή των “προσδοκιών” του κάθε ασθενούς, επεσήμαναν πως τα συνολικά επίπεδα της ικανοποίησης των ασθενών επηρεάζονται περισσότερο και άμεσα από τη γενική αίσθηση της επιβεβαίωσης των προσδοκιών, παρά από τις αξιολογήσεις των ίδιων για συγκεκριμένα κομμάτια της νοσοκομειακής απόδοσης (Ντζούφρα και συν. 2015).

1.1.1 Προσδοκίες των ασθενών και ικανοποίησή τους

Οι προσδοκίες αποτελούν έναν σημαντικό τομέα στη προσπάθεια της δημιουργίας ενός ορισμού της ικανοποίησης των ασθενών.

Με τον όρο προσδοκίες σύμφωνα με τον Petersen, αναφερόμαστε στις προκατασκευασμένες σκέψεις που οι ασθενείς έχουν, σχετικά με το είδος της φροντίδας που πρέπει να λάβουν. Σύμφωνα με αυτόν τον ορισμό, δύο άτομα μπορούν να προσλάβουν το επίπεδο της ικανοποίησης διαφορετικά, ανάλογα με τις προσδοκίες που είχε διαμορφώσει ο καθένας ξεχωριστά και ως βρίσκονται κάτω από τις ίδιες συνθήκες.

Οποιαδήποτε προσπάθεια μέτρησης της ικανοποίησης πρέπει να βασίζεται στον καθορισμό του τι, οι ασθενείς προσδοκούν και μετέπειτα να ταυτοποιείται ο βαθμός ικανοποίησης στο κατά πόσο οι προσδοκίες πραγματοποιήθηκαν.

Εξαρτάται δηλαδή άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή των υπηρεσιών υγείας και εκτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν (Ντζούφρα και συν. 2015, Καλογεροπούλου 2011).

1.1.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την μέτρηση της ικανοποίησης από τους ασθενείς

Ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών βασίζεται σε τρεις κύριους παράγοντες:

- Τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία
- Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών

- Τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Έχοντας υπόψη τους παράγοντες αυτούς και διερευνώντας τις ποικίλες πτυχές του τομέα υγείας οι οποίες σχετίζονται μεταξύ άλλων με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας, την ποιότητα του ανθρώπινου δυναμικού αλλά και του φυσικού περιβάλλοντος, η ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών μπορεί να επιτευχθεί αποτελεσματικά.

Πιο συγκεκριμένα, η καθαριότητα και η διαμόρφωση των χώρων των νοσοκομείων, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του εξοπλισμού, οι συνθήκες νοσηλείας (για παράδειγμα η ησυχία, ο αερισμός, η θερμοκρασία, η άνεση), η ποιότητα του φαγητού, η ενημέρωση που παρέχεται στον ασθενή για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας, η συμπεριφορά και η εμφάνιση του ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, ο σεβασμός της προσωπικότητας, η διασφάλιση του απορρήτου και η παροχή κατάλληλων και εξειδικευμένων υπηρεσιών, αποτελούν ορισμένες από τις βασικές παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας (Καλογεροπούλου 2011).

Οι ανάγκες αυτές μπορούν να γίνουν πιο αποτελεσματικά κατανοητές από ένα μέλος του προσωπικού υγείας, όταν αυτό βρεθεί στη θέση του πελάτη-ασθενή. Υπάρχουν φορές που ένας άνθρωπος εκτός από εργαζόμενος σε ένα νοσοκομείο, μπορεί να πάρει τη θέση του ασθενή καθώς ομοίως με τους υπόλοιπους ανθρώπους ενδέχεται να νοσήσει και ο ίδιος έχοντας έτσι ανάγκη την περίθαλψη του προσωπικού. Το γεγονός αυτό βοηθάει τους εργαζόμενους ασθενείς να εντοπίσουν ανάγκες και προβλήματα στον χώρο εργασίας τους, τα οποία πιθανόν να μην είχαν γίνει νωρίτερα αντιληπτά και έτσι να καταφέρουν να βελτιώσουν τις υπηρεσίες υγείας που προσέφεραν μέχρι τότε ή ακόμη και να ενημερώσουν και το λοιπό προσωπικό.

Όσο πιο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής από τις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται, τόσο μεγαλύτερη είναι και η πιθανότητα να υπάρξει συνεργασία με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, να γίνει αποδεχτή η ιατρική περίθαλψη και να γίνει πιο ενεργός ο ρόλος του ίδιου στην πορεία της υγείας του. Με πιο απλά

λόγια, να εποικοδομηθεί εμπιστοσύνη απέναντι στις υπηρεσίες υγείας που θα του προσφέρονται, χτίζοντας με αυτό τον τρόπο γερά θεμέλια στην σχέση ιατρού, νοσηλευτή ασθενή και δίνοντας έτσι περισσότερες ευκαιρίες στην ολοκλήρωση της θεραπείας (Ξημεράκη και Ρούφας 2015).

1.2 Παρεχόμενη φροντίδα από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό

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

Υπάρχουν διάφορες κατηγορίες ασθενών, η καθεμία με τις δικές της ιδιαιτερότητες τις οποίες το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κλίνεται να αντιμετωπίζει με προσοχή, ευλάβεια και μοναδικότητα. Ασθενείς ηλικιωμένοι, έφηβοι, παιδιά, βρέφη, χρόνιοι ασθενείς ή περιστασιακοί, άνδρες, γυναίκες, ασθενείς αγχώδεις, καταθλιπτικοί, νευρικοί, ψυχιατρικοί, κωφάλαλοι ή με αναπηρία, άλλης εθνικότητας και θρησκείας με υψηλό ή χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο και αντίστοιχη κοινωνική θέση, ο καθένας από αυτούς, επιβάλλεται να αντιμετωπίζεται με τον ίδιο σεβασμό και να δέχεται από τους επαγγελματίες υγείας την ανάλογη φροντίδα υγείας.

1.2.1 Η επικοινωνία ως βασικός παράγοντας για την σωστή παροχή της φροντίδας

Εκτός των κλινικών, γιατροί και νοσηλευτές κινούνται στο ίδιο σχεδόν μήκος κύματος όσον αφορά την επικοινωνία με τους ασθενείς, κάτι που δεν συμβαίνει εντός κλινικών, όπου ο νοσηλευτής αποκτά άλλη σημασία και βαρύτητα. Άλλωστε οι δεξιότητες της επικοινωνίας αποτελούν βασικό μέρος του προγράμματος διδασκαλίας των νοσηλευτών και σημαντικό στοιχείο της θεραπείας των ασθενών (Seago 2008).

Και μιλώντας για επικοινωνία δεν εννοούμε μόνο την λεκτική μορφή επικοινωνίας.

Ένας πάροχος φροντίδας στο νοσοκομείο, ο οποίος εργάζεται νευρικά, περπατά βιαστικά στους διαδρόμους, κλείνει δυνατά τις πόρτες και απαντά απότομα στις ερωτήσεις, παρουσιάζεται στον ασθενή ως ένα πρόσωπο απρόσιτο. Αντίθετα ο

νοσηλευτής ή ο γιατρός που χαμογελά, μιλάει με ζεστασιά και φιλικότητα και δουλεύει ήρεμα, κάνει τον ασθενή να νιώθει ότι είναι αποδεκτός και πως απέναντί του βρίσκεται ένα άτομο εμπιστοσύνης. Αυτό αποτελεί παράδειγμα μίας σωστής επικοινωνίας μεταξύ προσωπικού-ασθενή.

Πιο συγκεκριμένα, στόχοι για μία επιτυχημένη επικοινωνία είναι:

- Η διαμόρφωση κλίματος εμπιστοσύνης.
- Η διερεύνηση των γνώσεων του αρρώστου σχετικά με την κατάσταση της υγείας του.
- Η εκτίμηση των αναγκών του αρρώστου σχετικά με την πληροφόρησή του.
- Η παροχή πληροφοριών.
- Η αναγνώριση συναισθημάτων και ανησυχιών.
- Ο προγραμματισμός και η υποστήριξη (Φυλάκη 2016).

Φυσικά για να επιτευχθούν οι στόχοι αυτοί, σε ορισμένες περιπτώσεις ασθενών επιβάλλεται να υπάρξει ιδιαίτερη μεταχείριση. Ένα παράδειγμα εξειδικευμένης επικοινωνίας του προσωπικού υγείας με τους ασθενείς, είναι στις περιπτώσεις ασθενών με διαφορετικά πολιτισμικά και γλωσσικά χαρακτηριστικά. Έρευνες έχουν δείξει ότι η ταυτόχρονη παροχή γενικής και πιο συγκεκριμένης πληροφορίας για την ασθένεια, με τρόπο πολιτισμικά ευαίσθητο, βελτιώνει την αυτοδιαχείριση των χρόνιων παθήσεων, κάτι που δεν συμβαίνει στην περίπτωση ύπαρξης γλωσσικών φραγμών, οι οποίοι εμποδίζουν την έγκαιρη παροχή της φροντίδας υγείας και εγείρουν νέα ζητήματα.

Ουσιαστικοί παράγοντες για την αποτελεσματική φροντίδα των ασθενών αυτών αποτελούν: η χρήση των κατάλληλων γλωσσικών υπηρεσιών, όπως για παράδειγμα διερμηνέας ή δίγλωσσοι εργαζόμενοι στη φροντίδα υγείας και άλλες στρατηγικές επικοινωνίας, η επίδειξη ενσυναίσθησης και σεβασμού, η χρήση ακριβούς καταγραφής ιστορικού υγείας για διαγνωστικούς και θεραπευτικούς σκοπούς και η χρήση ασθενοκεντρικών συμπεριφορών επικοινωνίας, συμπεριλαμβανομένης της συμμετοχής στη λήψη των αποφάσεων. Εξίσου σημαντικό είναι να χρησιμοποιείται σαφής ομιλία, αποφεύγοντας τη χρήση ιατρικών ορολογιών, με τη διατήρηση απλών μηνυμάτων, χειρονομιών και εκφράσεων προσώπου, τα οποία βοηθούν στην

κατανόηση και επικοινωνία μεταξύ του πάροχου της φροντίδας και του ασθενούς (Perry & Potter 2007).

Ένα ακόμη βασικό στοιχείο για τον καθορισμό της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι οι ανάγκες του πελάτη-ασθενή τις οποίες ο πάροχος της υγείας, οφείλει να αναγνωρίζει και να προσεγγίζει με τις κατάλληλες στρατηγικές. Η ικανοποίηση του ασθενούς αποτελεί μία επιπλέον διάσταση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας την οποία οι εμπλεκόμενοι στον χώρο της υγείας πρέπει να λαμβάνουν σοβαρά υπόψη τους. Είναι γεγονός ότι στις υπηρεσίες υγείας, το πρωταρχικό στοιχείο της ικανοποίησης του ασθενούς, είναι το καλό υγειονομικό αποτέλεσμα και η αποκατάσταση της υγείας του. Υπό αυτή την έννοια, η καλή ιατρική πρακτική, σε συνδυασμό με την καλή σχέση του προσωπικού με τον ασθενή, συμβάλλει στα μέγιστα στην ικανοποίηση των αναγκών του τελευταίου (Αγγελακοπούλου 2013).

Παρακάτω, θα δούμε τις βασικότερες ανθρώπινες ανάγκες (σύμφωνα με τον Maslow), τις οποίες το προσωπικό υγείας είναι απαραίτητο να ικανοποιεί προκειμένου να φτάνει στο επιθυμητό αποτέλεσμα στην φροντίδα κάθε ασθενούς.

1.2.2 Βασικές ανθρώπινες ανάγκες σύμφωνα με τον Maslow

Υπάρχουν ανάγκες οι οποίες είναι κοινές και απαραίτητες για την υγεία και την επιβίωση όλων των ανθρώπων. Οι ανάγκες αυτές καλύπτονται με διάφορους τρόπους, ή μένουν ανικανοποίητες. Ορισμένες από αυτές ικανοποιούνται από το ίδιο το άτομο χωρίς βοήθεια, αλλά οι περισσότερες για να καλυφθούν πλήρως ή μερικώς, απαιτούν σχέσεις και αλληλεπιδράσεις με άλλους ανθρώπους.

Για την αξιολόγηση των αναγκών του ασθενή πραγματοποιείται μια διαδικασία με την οποία συλλέγονται πληροφορίες, έτσι ώστε να συγκεντρωθούν τα απαραίτητα δεδομένα για την επίτευξή της. Οι πληροφορίες μπορούν να δοθούν από τον ασθενή, τους συνοδούς του, τα αποτελέσματα των εξετάσεων, τον ιατρικό φάκελο και μέσω αναφορών από άλλους επαγγελματίες υγείας. Οι μέθοδοι συλλογής πληροφοριών είναι τρεις:

Παρατήρηση: Γίνεται χρήση των πέντε αισθήσεων του ανθρώπου.

Συνέντευξη: Η διαδικασία λήψης πληροφοριών από τον ασθενή για την συμπλήρωση του ιστορικού.

Φυσική εξέταση: Η εξέταση του ασθενή, η οποία θα προσδιορίσει την κατάσταση του και θα βοηθήσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό στο προγραμματισμό της κατάλληλης και αποτελεσματικής φροντίδας (Κωνσταντινίδης 2013).

Ο Abraham Maslow το 1968, ήταν εκείνος που δημιούργησε μια κλίμακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών του ανθρώπου, προκειμένου να χρησιμοποιείται για τον καθορισμό των σημαντικότερων αναγκών του ατόμου, σε μία δεδομένη στιγμή. Όπως προαναφέρθηκε άλλωστε, μερικές ανάγκες είναι πιο βασικές και ουσιώδεις από άλλες και πρέπει να καλύπτονται έστω στοιχειωδώς, πριν προσεγγισθούν κάποιες άλλες.

Τα πέντε επίπεδα των βασικών ανθρώπινων αναγκών κατά τον Maslow, εκ των οποίων οι βιολογικές θεωρούνται οι βασικότερες, είναι:

- Επίπεδο 1: Βιολογικές ανάγκες.
- Επίπεδο 2: Ανάγκη για ασφάλεια και προστασία.
- Επίπεδο 3: Ανάγκη για αγάπη και αίσθηση ότι ανήκει κάπου.
- Επίπεδο 4: Ανάγκη για αυτοεκτίμηση.
- Επίπεδο 5: Ανάγκη για αυτοπραγμάτωση.

Η ιεράρχησή τους, βασίζεται στη θεωρία ότι βασική ανάγκη, είναι εκείνη η οποία εάν απουσιάζει οδηγεί σε ασθένεια, εάν είναι παρούσα προλαμβάνει την ασθένεια ή σηματοδοτεί την υγεία, η ικανοποίηση της αποκαθιστά την υγεία, η μη ικανοποίησή της δημιουργεί την αίσθηση της έλλειψης, η ανάγκη κάλυψής της δημιουργεί αίσθημα ικανοποίησης (Taylor et al. 1997).

Αναλύοντας παρακάτω το κάθε ένα από τα επίπεδα των βασικών αναγκών της κλίμακας του Maslow, θα συνειδητοποιήσουμε σαφέστερα, τη σημαντικότητα της κάθε μίας ξεχωριστά.

Βιολογικές Ανάγκες: Το οξυγόνο, η τροφή, το νερό, η θερμοκρασία, η αποβολή άχρηστων ουσιών, η σεξουαλικότητα, η φυσική δραστηριότητα και η ανάπαυση, αποτελούν βιολογικές ανάγκες υψίστης προτεραιότητας, οι οποίες θα πρέπει να ικανοποιούνται έστω σε ένα ελάχιστο επίπεδο για να διατηρηθεί η ζωή. Οι

περισσότεροι άνθρωποι, καλύπτουν τις βιολογικές αυτές ανάγκες μόνοι τους. Υπάρχουν όμως και εκείνοι που για να ικανοποιήσουν ακόμη και το κομμάτι αυτό, έχουν ανάγκη άλλα άτομα παροχών φροντίδας. Άτομα όπως οι ηλικιωμένοι, οι ανάπηροι, τα βρέφη και πολλοί ακόμη ασθενείς, χρειάζονται βοήθεια για την κάλυψη των βιολογικών τους αναγκών. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θα πρέπει να βρίσκεται σε συνεχή εγρήγορση, προκειμένου να ικανοποιούν στο μεγαλύτερο δυνατό βαθμό τις ανάγκες αυτές, καθώς αποτελούν πρωταρχικό δείκτη της συνέχειας της ζωής και επομένως του βασικού στόχου τους, ως επαγγελματίες της υγείας.

Ανάγκες Ασφάλειας και Προστασίας: Δεύτερες στον πίνακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών του Maslow, βρίσκονται οι ανάγκες για ασφάλεια και προστασία στις οποίες περιλαμβάνονται τα φυσικά και συναισθηματικά στοιχεία ενός ατόμου. Μιλώντας για φυσικά στοιχεία της ασφάλειας, εννοούμε την προστασία του ατόμου από τις δυνητικές και πραγματικές βλάβες.

Για την κάλυψη των φυσικών αναγκών για ασφάλεια, οι νοσηλευτές από κάθε μέρος του νοσοκομείου (κλινικές, εξωτερικά ιατρεία, μονάδες κ.τ.λ.), εφαρμόζουν ορισμένες βασικές ενέργειες οι οποίες αποτελούν σημαντικότατο μέρος εκπαίδευσης και μετέπειτα εργασίας. Αυτές είναι:

- Το πλύσιμο των χεριών και η χρήση άσηπτων τεχνικών για την πρόληψη των λοιμώξεων.
- Η σωστή χρήση του εξοπλισμού.
- Η ασφαλής χορήγηση της φαρμακευτικής αγωγής.
- Η κατάλληλη και προσεκτική μετακίνηση και κινητοποίηση των ασθενών.
- Η εκπαίδευση ολόκληρης της οικογένειας σχετικά με θέματα τα οποία μεταφέρονται από το νοσοκομείο και τον ασθενή στο σπίτι, (π.χ. τα φάρμακα τα οποία βρίσκονται στο σπίτι και αποτελούν κίνδυνο για τα παιδιά).

Από την άλλη, μιλώντας για συναισθηματική ασφάλεια και προστασία, αναφερόμαστε στην εμπιστοσύνη του ασθενούς στους γύρω του και την απελευθέρωσή του από οποιονδήποτε φόβο, άγχος και ανησυχία. Οι ασθενείς στο

νοσοκομείο βιώνουν συχνά τον φόβο του αγνώστου απέναντι στο προσωπικό ή ακόμη και στους λοιπούς ασθενείς στην περίπτωση που μιλάμε για εισαγωγή άρα και εν μέρει συγκατοίκηση λίγων ημερών.

Το προσωπικό από την μεριά του, μπορεί να τροφοδοτήσει το συναίσθημα της ασφάλειας και της προστασίας, ενθαρρύνοντας τις θρησκευτικές πρακτικές των ασθενών οι οποίες αποτελούν πηγή δύναμης και στήριξης για μεγάλο ποσοστό ασθενών, επιτρέποντας έτσι την ανεξάρτητη λήψη αποφάσεων και τον έλεγχο.

Ανάγκη για Αγάπη και Αίσθηση ότι Ανήκει κάπου: Στο τρίτο επίπεδο, περιλαμβάνονται ως απαραίτητα στοιχεία η κατανόηση και η αποδοχή των άλλων, τόσο στην παροχή και στην αποδοχή της αγάπης, όσο και στην αίσθηση ότι ανήκουμε σε άλλους (φίλους, συγγενείς, γείτονες ή κοινότητα).

Το προσωπικό του νοσοκομείου και κυρίως οι γιατροί και οι νοσηλευτές οι οποίοι περνούν αρκετό χρόνο με τους ασθενείς, πρέπει να λαμβάνουν υπόψη την ανάγκη αυτή σχεδιάζοντας το πλάνο της φροντίδας τους. Μία από τις απαραίτητες παρεμβάσεις για την κάλυψη της ανάγκης αυτής, είναι η τοποθέτηση της οικογένειας και γενικότερα των κοντινών προσώπων του ασθενούς στο σχέδιο των απαραίτητων παρεμβάσεων για την αποκατάσταση της υγείας του. Άτομα τα οποία γνωρίζουν καλά τον ασθενή, όπως και εκείνος τους ίδιους και ξέρουν να χειριστούν με άριστο τρόπο τα συναισθήματα και πολλές ακόμη από τις ιδιαιτερότητες του χαρακτήρα του ίδιου, μπορούν να συμβάλλουν σε μεγάλο βαθμό στον καλύτερο και αποτελεσματικότερο χειρισμό του ασθενούς, άρα και στη βελτίωση της υγείας του. Μία ακόμη βασική ενέργεια από μεριάς του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού για την κάλυψη της ανάγκης αυτής είναι να κατορθώσει να χτίσει γερά θεμέλια στην σχέση του με τον ασθενή έχοντας ως βάση της σχέσης αυτής την αμοιβαία κατανόηση και εμπιστοσύνη. Αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την επίδειξη ενδιαφέροντος, την ενθάρρυνση, την επικοινωνία και τον σεβασμό της ιδιωτικότητας.

Ανάγκη Αυτοεκτίμησης: Η ανάγκη του ατόμου να αισθάνεται καλά με τον εαυτό του, να νιώθει υπερήφανο, να έχει την αίσθηση της επιτυχίας και να πιστεύει ότι και οι άλλοι το υπολογίζουν και το εκτιμούν, προσφέρει στο ίδιο δύναμη,

αυτοπεποίθηση και ανεξαρτησία, χαρακτηριστικά τα οποία βοηθούν οποιονδήποτε στην εξέλιξή του και στην αντιμετώπιση πιθανών δυσκολιών στην πορεία της ζωής του.

Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, για να ικανοποιήσει την ανάγκη αυτή, πρέπει να λαμβάνει υπόψη ότι η αντίληψη του κάθε ανθρώπου για την αλλαγή είναι εκείνο το οποίο επηρεάζει περισσότερο την αυτοεκτίμησή του, και όχι τόσο η ίδια η αλλαγή. Αναγνωρίζοντας τις αξίες και τα πιστεύω των ασθενών, ενθαρρύνοντάς τους να θέτουν εφικτούς στόχους στη ζωή τους και διευκολύνοντας την υποστήριξη από την οικογένεια και σημαντικά γι' αυτούς πρόσωπα, μπορούν να προάγουν το αίσθημα της αξίας και της αυτοαποδοχής.

Ανάγκη Αυτοπραγμάτωσης: Τελευταία, στην κλίμακα ιεράρχησης των βασικών αναγκών για τον Maslow, αλλά όχι λιγότερο σημαντική, βρίσκεται η ανάγκη του ατόμου για επίτευξη του μέγιστου δυναμικού του, η πραγματοποίηση της οποίας επιτυγχάνεται μέσω της πλήρους δυνατής ανάπτυξης των προσωπικών ικανοτήτων του ατόμου.

Επιθυμώντας να αναλύσει περισσότερο το επίπεδο αυτό ο Maslow, δημιούργησε έναν κατάλογο με ιδιότητες τις οποίες αν το άτομο ακολουθεί στη ζωή του, μπορεί να φτάσει στο μέγιστο δυναμικό του. Αυτές είναι:

1. Η αντικειμενικότητα.
2. Η αυτοαποδοχή και αποδοχή των άλλων όπως είναι.
3. Ο σεβασμός για όλους τους ανθρώπους.
4. Το αίσθημα της αγάπης και της στοργής για τους άλλους.
5. Η δυνατότητα διάκρισης μεταξύ του κακού και του καλού.
6. Η επικέντρωση του ενδιαφέροντος του σε κοινωνικά προβλήματα.
7. Η διαισθητική γνώση και δημιουργικότητα για την επίλυση των προβλημάτων και την διαμόρφωση των προσδοκιών.

Τέλος τονίζει ιδιαίτερα, πως για την κάλυψη των αναγκών της αυτοπραγμάτωσης του ασθενούς, πρέπει να υπάρξει εστίαση από τους γιατρούς και τους νοσηλευτές πολύ περισσότερο στις δυνατότητές του, παρά στα προβλήματά του (Taylor et al. 1997).

Κάθε άτομο θέτει τις προτεραιότητες και καλύπτει τις ανάγκες του ανάλογα με το επίπεδο που κρίνεται για εκείνο απαραίτητο. Με τον αντίστοιχο τρόπο, είναι σημαντικό να λειτουργεί απέναντι στους ασθενείς και το προσωπικό του νοσοκομείου με σκοπό τη θεραπεία τους. Κάθε ασθενής άλλωστε, πλεονεκτεί και υστερεί σε διαφορετικές από τις ανάγκες που προαναλύθηκαν σε σχέση με κάποιους άλλους. Αυτό σημαίνει ότι προτεραιότητα των παροχών της φροντίδας υγείας, είναι να ιεραρχούν σωστά, σε κάθε περίπτωση ασθενούς που έχουν απέναντί τους, τις ανάγκες που είναι λιγότερο ικανοποιημένες, δίνοντας βάση αρχικά σε αυτές και στην συνέχεια να ακολουθούν στο σχέδιο της φροντίδας τους οι ανάγκες εκείνες που χρήζουν μικρότερης ιατρονοσηλευτικής παρέμβασης και φροντίδας.

Η συνεργατική αλληλεπίδραση μεταξύ ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού στην παροχή της φροντίδας, οδηγεί στη βέλτιστη βραχυπρόθεσμη επίτευξη της θεραπείας του αρρώστου, καθώς επίσης και στη συμμετοχή του ίδιου του ασθενούς στο σχέδιο της φροντίδας του. Είναι κατανοητό λοιπόν, πως η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στην διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και έτσι είναι λογικό συχνά η ποιότητα των νοσοκομειακών υπηρεσιών να κρίνεται από την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας (Γαρυφάλλου και συν. 2009, Αντεριώτη και Αντωνίου 2014).

1.3 Η συμβολή του διοικητικού προσωπικού στο νοσοκομειακό περιβάλλον

Οι αρχές της διοίκησης συμβάλλουν στην αμεσότερη και αποτελεσματικότερη επίλυση των προβλημάτων που δημιουργούνται στο νοσοκομειακό περιβάλλον, προσφέροντας απλοποίηση των καταστάσεων με ποικίλους τρόπους (Καρασούλος 2014).

Στον χώρο της υγείας, οι αρχές της διοίκησης διαφέρουν σε σχέση με κάθε άλλο οργανισμό. Δουλειά της νοσοκομειακής διοίκησης είναι να διασφαλίζει ότι:

- Επιτυγχάνονται συγκεκριμένα αποτελέσματα
- Τα τμήματα διαφόρων υπηρεσιών υγείας λειτουργούν ομαλά

- Οι σωστοί άνθρωποι βρίσκονται στον σωστό χώρο εργασίας
- Οι άνθρωποι γνωρίζουν τι αναμένεται από αυτούς
- Οι πόροι χρησιμοποιούνται αποτελεσματικά, και κυρίως
- Όλα τα τμήματα προσπαθούν για έναν κοινό σκοπό, την παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς (www.slideshare.net).

Πολλά από τα θέματα που σχετίζονται με την βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών και τα οποία πρόκειται να δούμε παρακάτω, είναι επίσης μέρος της οργάνωσης του διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου.

Απαραίτητη προϋπόθεση για την εκπλήρωση της ικανοποίησης των αναγκών των ασθενών, αποτελεί η άσκηση σύγχρονης και αποτελεσματικής διοίκησης. Η ύπαρξη δηλαδή σωστού προγραμματισμού, η οργάνωση και η διαχείριση, καθώς και η συμμετοχή όλων των επαγγελματιών της υγείας που εμπλέκονται στο νοσοκομειακό σύστημα (Περλέγκος 2004).

Πολλά από τα θέματα που σχετίζονται με την βελτίωση της περίθαλψης των ασθενών και τα οποία πρόκειται να δούμε παρακάτω, είναι επίσης μέρος της οργάνωσης του διοικητικού προσωπικού του νοσοκομείου.

Θέματα όπως η πρόσβαση, ο χρόνος αναμονής, η παροχή πληροφοριών, η διαχείριση, η επικοινωνία, καθώς και άλλες επικουρικές υπηρεσίες αποτελούν βασικούς δείκτες για μία πλήρως οργανωμένη φροντίδα απέναντι στους ασθενείς ενός νοσοκομείου.

Πρόσβαση: Η προσβασιμότητα και η διαθεσιμότητα του νοσοκομείου και του προσωπικού του πρέπει να εξασφαλίζεται σε κάθε μέλος της κοινωνίας το οποίο έχει ανάγκη την φροντίδα υγείας.

Αναμονή: Ο χρόνος της αναμονής των πελατών σε κάθε υπηρεσία, είναι σημαντικό να κυμαίνεται σε ανθρώπινα επίπεδα, προκειμένου να εξυπηρετούνται όλοι οι πελάτες εγκαίρως, χωρίς ταλαιπωρία η οποία ενδεχομένως να επιβαρύνει την κατάσταση της υγείας τους.

Πληροφορίες: Οι πληροφορίες και οι οδηγίες που δίνονται στους ασθενείς σχετικά με κάθε διαδικασία, πρέπει να εξακριβώνεται ότι γίνονται σαφείς. Οι καλά

εκπαιδευμένοι σύμβουλοι ασθενών, αποτελούν έναν αποτελεσματικό σύνδεσμο μεταξύ ασθενούς και προσωπικού του νοσοκομείου. Βελτιώνουν την εμπειρία του ασθενούς και ταυτόχρονα διευκολύνουν το έργο του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.

Διαχείριση: Για παράδειγμα οι διαδικασίες εισαγωγής και εξαγωγής, οι οποίες είναι σημαντικό να πραγματοποιούνται “φιλικά” προς τον ασθενή.

Επικοινωνία: Βασικό κομμάτι στα πλαίσια της σωστής διοίκησης στο χώρο ενός νοσηλευτικού ιδρύματος για το οποίο μιλήσαμε στην προηγούμενη ενότητα. Η σωστή επικοινωνία με τον ασθενή ή ακόμη και τα μέλη της οικογένειάς του, είναι ένας παράγοντας που μπορεί να αποφύγει πολύ απογοήτευση και άγχος.

Επικουρικές υπηρεσίες: Άλλες υπηρεσίες όπως η επικοινωνία, τα τρόφιμα κ.τ.λ. θα πρέπει να είναι προσβάσιμες τόσο για τους ασθενείς, όσο και για τις οικογένειές τους (www.slideshare.net).

Για την πραγματοποίηση του έργου του, το διοικητικό προσωπικό κινείται πάνω σε μία σειρά στοιχείων, τα οποία και ακολουθεί πιστά σε κάθε νέα πρόκληση. Αυτά είναι:

Διοικητικά στοιχεία

1. Σχεδιασμός.
2. Οργάνωση.
3. Στελέχωση.
4. Σκηνοθεσία.
5. Συντονισμός.
6. Αναφορά.
7. Προϋπολογισμός.
8. Εποπτεία.
9. Εκτίμηση (www.slideshare.net).

1.3.1 Διοίκηση ολικής ποιότητας

Με την αύξηση της τεχνολογίας και της παραγωγής στο πέρασμα των χρόνων, δημιουργήθηκε ένας νέος όρος αποκαλούμενος ως διοίκηση ποιότητας, ο οποίος

έχει ως στόχο τη συνεχή βελτίωση των προϊόντων και όχι την παρέμβαση μόνο όταν υπάρχουν αποκλείσεις όπως συμβαίνει με την διασφάλιση της ποιότητας. Επιπλέον, με την καθολική συμμετοχή του προσωπικού μιας μονάδας, όπως για παράδειγμα ενός νοσοκομείου, η διοίκηση της ποιότητας μετονομάστηκε σε διοίκηση ολικής ποιότητας. Μια μορφή ηγεσίας, η οποία έχει ως στόχο την συνεχή βελτίωση της ποσότητας, ακολουθώντας τις προτιμήσεις του καταναλωτή. Αποτελεί ένα πολύ σημαντικό εργαλείο για τις μονάδες υγείας στον έλεγχο του κόστους, καθώς συγχρόνως φροντίζουν για την ικανοποίηση των ασθενών, δημιουργώντας επιπλέον ένα εργαλείο συνεχούς βελτίωσης και αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Τα θέματα στα οποία βασίζεται η διοίκηση αυτή, είναι η εστίαση στον πελάτη, η συμμετοχή ολόκληρου του οργανισμού, η χρησιμοποίηση των ποιοτικών εργαλείων και στατιστικών μεθόδων μετρήσεων και ο εντοπισμός των σημείων που χρήζουν βελτίωσης (Καρασούλος 2014).

Εφαρμόζοντας τις μεθόδους αυτές το διοικητικό προσωπικό μπορεί να κατορθώσει σπουδαία μείωση των προβλημάτων του νοσοκομειακού περιβάλλοντος, θέτοντας με αυτό τον τρόπο την αποδοτικότητα του νοσοκομείου και όλου του προσωπικού των παροχών της φροντίδας, στα επίπεδα που επιβάλλεται να παρέχει η κάθε υπηρεσία υγείας και ο κάθε πάροχος της στους πελάτες του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΔΕΥΤΕΡΟ

Η ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΠΟΥ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

2.1 Εισαγωγή

Ο όρος υγεία χρησιμοποιείται και αναφέρεται καθημερινά από τους περισσότερους ανθρώπους. Ο αρχαίος Έλληνας Ιπποκράτης που υπήρξε ιατρός και πατέρας της ιατρικής, ήταν ο πρώτος που ανέφερε ότι η ασθένεια δεν είναι η τιμωρία των θεών προς τους ανθρώπους, αντιθέτως είναι αποτέλεσμα του τρόπου ζωής τους μέσω της διατροφής και των συνηθειών που ακολουθούν (Σπυροπούλου 2012). Ωστόσο τις τελευταίες δεκαετίες, η υγεία θεωρείται περισσότερο προϊόν κοινωνικών παραγόντων παρά βιολογικό φαινόμενο (Nettleton 1995).

Η υγεία είναι η μεγαλύτερη και σπουδαιότερη αξία της ζωής ενός ατόμου. Μέσω της υγείας δίνεται στο κάθε άτομο η ευκαιρία να λειτουργεί ενεργά, να θέτει στόχους και να τους πετυχαίνει (Πεχλιβανίδου 2017). Ο κάθε άνθρωπος αντιλαμβάνεται τα πράγματα και τη ζωή με τον δικό του μοναδικό τρόπο, παρόλα αυτά πρέπει ο καθένας να κατανοήσει και να δώσει βάση πως θα ακολουθήσει ένα υγιεινό τρόπο ζωής τόσο στο προσωπικό όσο και στο επαγγελματικό του περιβάλλον (Σπυροπούλου 2012).

Έως τώρα έχουν δοθεί πολλοί ορισμοί της υγείας, όμως κανένας μέχρι αυτή την στιγμή δεν μπόρεσε να θεωρηθεί απόλυτα έγκυρος και ικανοποιητικός (Καραγιάννη και συν. 2014). Είναι γνωστό ότι, το 1948 δόθηκε ο πλέον αποδεκτός ορισμός της υγείας, καθώς ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας ορίζει ότι είναι μια κατάσταση πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μονάχα η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας. Παρόλο που η ασθένεια είναι δύσκολο να οριστεί παράλληλα με τον ορισμό της υγείας, δόθηκε και ο ορισμός της ασθένειας. Επομένως ασθένεια είναι η αντίδραση του ατόμου μιας μη φυσιολογικής διαδικασίας, η οποία οδηγεί στην αλλαγή λειτουργικότητας του οργανισμού (Taylor et al. 1997). Επιπλέον έχουν δοθεί πρόσθετοι βασικοί ορισμοί, οι οποίοι είναι:

-Η Nightingale όρισε την υγεία ως την κατάσταση κατά την οποία ο άνθρωπος είναι και νιώθει υγιής και μπορεί να χρησιμοποιεί οποιαδήποτε δύναμη κατέχει.

-Η Miller-Keane όρισε με την σειρά της ότι πρόκειται για μια σχετική κατάσταση, στην οποία το να είσαι υγιής σημαίνει να είσαι ικανός να λειτουργείς σωματικά, διανοητικά και πνευματικά σε καλό βαθμό (Δυοβουνιώτης 2017).

Εκτός λοιπόν από τους ορισμούς που προαναφέρθηκαν, αξίζει να τονιστεί ότι οι αντιλήψεις για το τι σημαίνει υγεία ποικίλουν και διαφέρουν από άνθρωπο σε άνθρωπο. Αρχικά σχετίζονται με τις κοινωνικές και πολιτιστικές συνθήκες που βιώνει ένα άτομο και χαρακτηριστικά παραδείγματα αντίληψης είναι, όταν μια ηλικιωμένη θεωρεί ότι η υγεία της είναι σε φυσιολογικά πλαίσια εφόσον είναι αυτοεξυπηρετούμενη, όταν ένας καπνιστής δεν δίνει την απαραίτητη σημασία στον βήχα, διότι το θεωρεί φυσιολογικό και όταν ένα παιδί θεωρεί, ότι για να είναι υγιής πρέπει να γυμνάζεται και να τρέφεται σωστά. Παρατηρείται λοιπόν, ότι η αντίληψη διαμορφώνεται με βάση τις εμπειρίες, τις γνώσεις, και τις προσδοκίες των ανθρώπων, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες υγείας που υποστηρίζουν, ότι υγιής είσαι όταν δεν υπάρχει ασθένεια ή αναπηρία (Ewles & Simnett 2003).

2.1.1 Πρότυπα και μοντέλα για την υγεία και την ασθένεια

Λόγω των ορισμών της υγείας και της ασθένειας, οι οποίοι δεν είναι συγκεκριμένοι δημιουργήθηκαν κάποια πρότυπα με τα οποία περιγράφονται όσο το δυνατόν καλύτερα οι έννοιες τους. Τα πρότυπα αυτά είναι:

- Το συνεχές υγεία-ασθένεια: Με βάση το πρότυπο αυτό, η υγεία περιγράφεται ως μια κατάσταση, η οποία αλλάζει διαρκώς
- Πρότυπο υψηλού επιπέδου ευεξίας: Σύμφωνα με τον Halbert Dunn, η ευεξία είναι ο στόχος και η επίτευξη που συμβαίνει για να υπάρχει μια σωστή και ομαλή λειτουργία στον οργανισμό του ανθρώπου.
- Πρότυπο Αίτιου-Ξενιστή-Περιβάλλοντος: Οι Leavell και Clark δημιούργησαν το συγκεκριμένο πρότυπο για να τονίσουν περισσότερο την σημασία της υγείας και την πρόβλεψη της ασθένειας, παρά την προαγωγή της ευεξίας.
- Πρότυπο πεποιθήσεων για την υγεία: Παρέχει πληροφορίες και ενθαρρύνει το άτομο να εκπαιδευτεί και να ενημερωθεί για την υγεία. Επομένως

ασχολείται κυρίως με την υγεία και την αντίληψη που έχουν οι άνθρωποι σχετικά με αυτήν (Taylor et al. 1997).

Η υγεία σημαίνει διαφορετικά πράγματα για κάθε άνθρωπο. Η Scriven παρουσίασε τα βασικά μοντέλα της υγείας και ασθένειας και την σημασία τους.

Α)Το ιατρικό μοντέλο: Κυριάρχησε τον 20^ο αιώνα και όρισε την υγεία ως την απουσία της ασθένειας. Στο συγκεκριμένο μοντέλο ο Καρτέσιος θεώρησε, ότι το ανθρώπινο σώμα είναι η μηχανή, η οποία όταν δεν λειτουργεί φυσιολογικά προμηνύει την ασθένεια του ανθρώπου. Συγχρόνως χαρακτηρίζεται από την ιατρική πρακτική, η οποία είναι υπεύθυνη για την διάγνωση και την αντιμετώπιση οποιουδήποτε προβλήματος. Το μειονέκτημα που παρουσιάζεται είναι ότι στηρίζει κυρίως την θεραπεία ασθενειών ενώ αποτρέπει την πρόληψη ψυχικών διαταραχών.

Β)Ολιστικό μοντέλο: Πραγματοποιήθηκε η διερεύνηση του ιατρικού μοντέλου και υποστηρίχθηκε η δυσκολία μέτρησης της υγείας και ο καθορισμός της κατάστασης της λόγω των μεταβολών που προέρχονται από το φυσικό και κοινωνικό περιβάλλον. Βεβαίως, η έμφαση δίνεται στην υγεία που πρέπει να κατανοηθεί ότι αποτελεί στόχο ζωής.

Γ)Μοντέλο της ευεξίας: Εμφανίστηκε το 1984, όταν αποσύρθηκε το σημείο που ανέφερε, ότι η υγεία ήταν μια κατάσταση, αντικαθιστώντας την υγεία με τον χώρο όπου το άτομο προβάλλει και ικανοποιεί τις προσδοκίες και τις ανάγκες του. Στο σημείο αυτό αξίζει να σημειωθεί ότι, ο άνθρωπος πλέον λόγω της ανθεκτικότητας προσαρμόζεται καλύτερα στις μεταβολές που συμβαίνουν (Κασωτάκη 2004, Σπυροπούλου 2012).

2.1.2 Το εύρος των διαστάσεων της υγείας

Οι διαστάσεις που συνδέονται με την έννοια της υγείας ποικίλουν και αναφέρονται ως εξής:

- 1.Σωματική υγεία: Όταν το άτομο έχει την δυνατότητα να σκέφτεται με βάση την λογική.
- 2.Συναισθηματική υγεία: Η αναγνώριση έντονων συναισθημάτων όπως είναι ο φόβος, η χαρά, η θλίψη κ.α. και η επιτυχής αντιμετώπιση τους.

3.Κοινωνική υγεία: Όταν δημιουργούνται ομάδες ανθρώπων, οι οποίες διατηρούνται και παραμένουν αναλλοίωτες στον χρόνο.

4.Πνευματική υγεία: Σύνδεση της υγείας με την θρησκεία.

5.Υγεία της κοινωνίας: Αναλύεται η υγεία σε όλους τους τομείς, καθώς δεν είναι επαρκές να έχουμε γνώση μόνο σε προσωπικό επίπεδο, διότι δεν δύναται ένα άτομο να είναι υγιής όταν το περιβάλλον όπου ζει δεν είναι κατάλληλο στο να του παρέχει την ηρεμία και την ικανοποίηση των αναγκών του (Ewles & Simnett 2003).

2.1.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την υγεία

Η υγεία είναι ένα πολύπλοκο φαινόμενο, το οποίο επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων που σχετίζονται με τη βιολογία, τη συμπεριφορά και το περιβάλλον του ανθρώπου (Καραγιάννη και συν. 2014). Γίνεται λοιπόν αντιληπτό, ότι πλέον η υγεία δεν επηρεάζεται μόνο από βιολογικούς παράγοντες όπως αναφέρθηκε προηγουμένως. Το σύστημα υγείας και οι ψυχολογικοί παράγοντες συμβάλουν σε μεγάλο βαθμό στην μεταβολή της υγείας (Κασωτάκη 2004). Οι παράγοντες ταξινομούνται στις εξής κατηγορίες:

-Εσωτερικοί: (ηλικία, φύλο, εθνικότητα)

-Εξωτερικοί: (εισόδημα, επάγγελμα, μόρφωση, φυσικό, κοινωνικό και οικογενειακό περιβάλλον)

-Γνωσιακοί: (θρησκευτικές και πολιτισμικές πεποιθήσεις)

-Ψυχοκοινωνικοί

-Οι συνήθειες και ο τρόπος ζωής: (διατροφή, κάπνισμα, αλκοόλ)

-Σχετικές απόψεις για την υγεία

-Συστήματα υποστήριξης

-Προηγούμενες εμπειρίες με το σύστημα υγείας (Βακάλης 2015).

2.1.4 Στόχοι βελτίωσης και προαγωγής υγείας

Το 1985 δημοσιεύθηκαν οι στόχοι, οι οποίοι συνέβαλαν στη βελτίωση και τη προαγωγή της υγείας καθώς και στη πρόληψη της ασθένειας. Οι στόχοι είναι οι εξής:

1) Μείωση ανισοτήτων.

- 2) Προαγωγή της υγείας.
- 3) Πρόληψη της ασθένειας.
- 4) Συμμετοχή του συνόλου των ατόμων.
- 5) Συνεργασία και ομαδικότητα των επαγγελματιών υγείας.
- 6) Δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος.
- 7) Ενημέρωση και εκπαίδευση σε θέματα υγείας.
- 8) Ενδυνάμωση κοινωνικής δράσης.
- 9) Ανάπτυξη δεξιοτήτων.
- 10) Έμφαση των υπηρεσιών υγείας στην πρόληψη και προαγωγή της υγείας (Ewles & Simnett 2003).

2.2 Η ποιότητα φροντίδας υγείας που παρέχεται στους ασθενείς

Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας σημαίνει την παροχή της καλύτερης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται στον κατάλληλο χρόνο, με τον σωστό τρόπο στα άτομα που το έχουν ανάγκη, αποσκοπώντας στο βέλτιστο αποτέλεσμα. Ωστόσο από τη διοικητική πλευρά σημαίνει την παροχή αποτελεσματικής φροντίδας με οικονομικό τρόπο και σωστή κατανομή των περιορισμένων διαθέσιμων πόρων, ενώ από τη μεριά των ασθενών σημαίνει δυνατότητα επιλογής και πρόσβασης στις επιθυμητές και κατάλληλες υπηρεσίες στον συντομότερο χρόνο. Ένας ακόμη ορισμός αναφέρει ότι η ποιότητα επιτυγχάνεται όταν οι διαδικασίες και οι δράσεις ενός οργανισμού είναι σχεδιασμένες έτσι ώστε να ανταποκρίνονται στις ανάγκες και στις επιθυμίες των εσωτερικών και εξωτερικών <πελατών>. Πολλές φορές οι απαιτήσεις των ασθενών είναι μεγαλύτερες από τις ανάγκες τους επομένως για να τις προσεγγίσουν σωστά οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αναπτύσσουν μια αρμονική σχέση με τους ασθενείς και αυτό που βοηθάει είναι οι συστηματικές έρευνες για την ικανοποίηση. Ένας επιπλέον ορισμός για την ποιότητα είναι να επιτυγχάνεται το σωστό άμεσα και στη συνέχεια να βελτιώνεται διαρκώς π.χ. γιατρός που κοινοποιείται για την καλύτερη προσέγγιση μιας περίπτωσης η οποία είναι αφορμή για περισσότερη γνώση και εμπειρία που θα αποδοθεί στον επόμενο ασθενή (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012). Συμπερασματικά φαίνεται πως είναι δύσκολο να δοθεί ένας

ορισμός για την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι διαφορετικά αντιλαμβάνεται την ποιότητα ο χρήστης-καταναλωτής (ασθενής) διαφορετικά ο επαγγελματίας, η διοίκηση, η πολιτεία και η κοινωνία (Φωτεινογιαννοπούλου 2013).

Η έννοια της ποιότητας ξεκίνησε από την αρχαιότητα στον τομέα της υγείας από τον όρκο του Ιπποκράτη δηλαδή, ο Ernest Avery Codman γενικός χειρουργός παρατήρησε επαναξιολογώντας, στις αρχές του 20ου αιώνα τους ασθενείς που είχαν λάβει θεραπεία αλλά είχαν ανεπιθύμητες ενέργειες.

Οι επαγγελματίες υγείας πιο παλιά ήταν οι μοναδικοί αρμόδιοι για την ποιότητα φροντίδας υγείας. Σήμερα όμως οι ασθενείς έχουν αρκετά υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο και είναι περισσότερο ενημερωμένοι με αποτέλεσμα να έχουν πιο δυνατή κριτική σκέψη. Σε πολλές έρευνες έχει παρατηρηθεί ότι οι ασθενείς είναι οι πιο αξιόπιστη πηγή που μπορεί να προσφέρει πληροφορίες για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα αν χρησιμοποιηθούν σωστά να συμβάλουν στη βελτίωση των υπηρεσιών αυτών .

Η ποιότητα όσο αφορά τον κλάδο της υγείας είναι οτιδήποτε αφορά τον ασθενή. Πιο συγκεκριμένα η ποιότητα φροντίδας του ασθενούς θα πρέπει να αυξάνει τα επιθυμητά αποτελέσματα και να μειώνει τα ανεπιθύμητα (Μαρουφίδου και Παπάζογλου 2011).

Αυτό σημαίνει πως ότι αφορά την έννοια της ποιότητας στον κλάδο της υγείας αφήνεται να εννοηθεί ότι θα παρέχει στον ασθενή την καλύτερη διαθέσιμη περίθαλψη στον σωστό χρόνο, πετυχαίνοντας το καλύτερο αποτέλεσμα (Φωτεινογιαννοπούλου 2013).

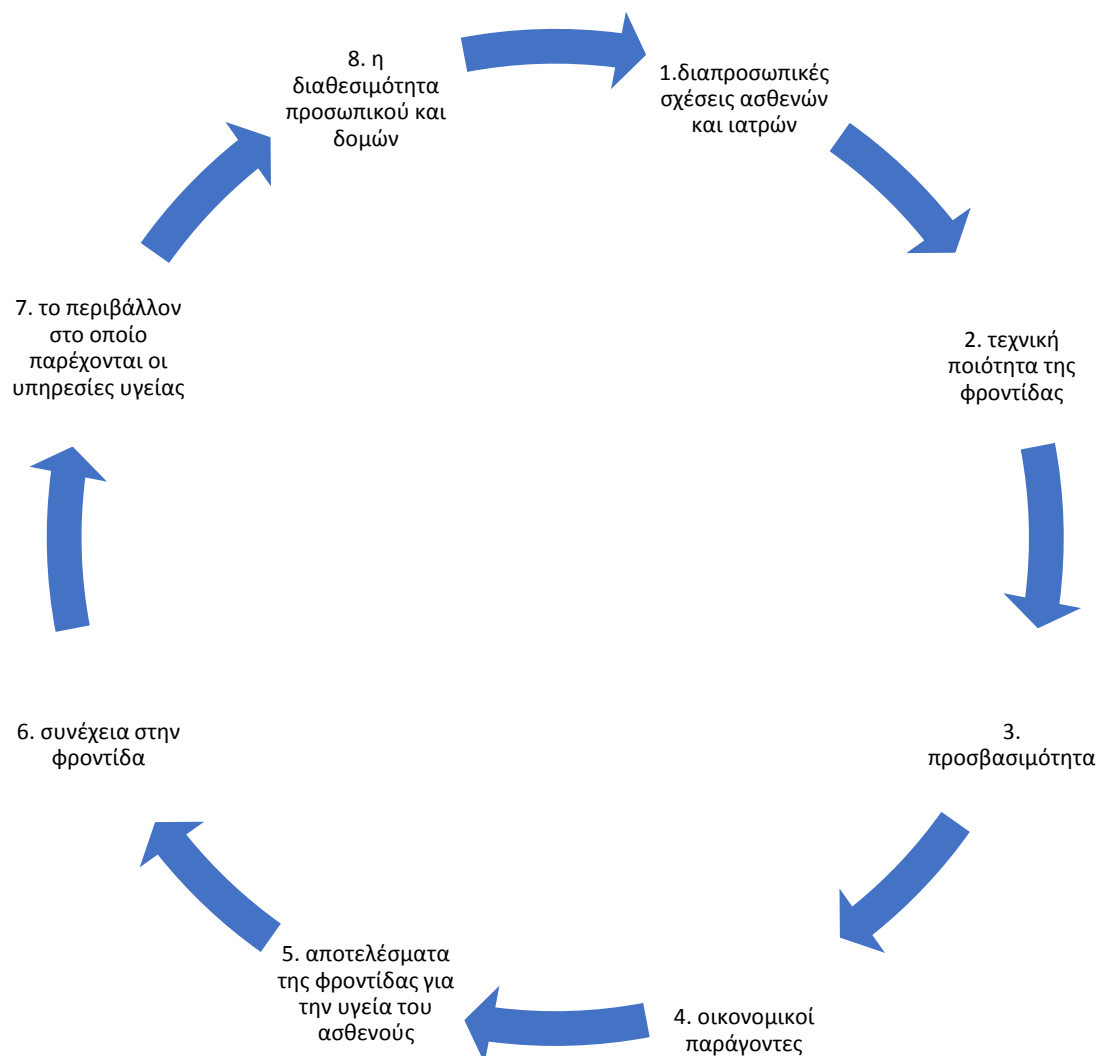
Στη πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η ποιότητα για τον ασθενή σημαίνει να τον σέβεται ο γιατρός, όταν τον εξετάζει ο νοσηλευτής να σέβεται και φροντίζει για την αξιοπρέπεια του, να του αφιερώνεται χρόνος για να λάβει σωστές οδηγίες για την αγωγή του και να αισθάνεται πως ο γιατρός έχει τις σωστές και τις πιο κατάλληλες επιστημονικές γνώσεις. Παράλληλα δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια φροντίδα υγείας (νοσοκομείο) για τον ασθενή, σημαίνει να του αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, να νιώθει σιγουριά για τις

επιστημονικές γνώσεις των γιατρών και των νοσηλευτών και να του παρέχεται βοήθεια χωρίς να του ζητούν χρήματα (Χαρλά 2014).

2.2.1 Βελτίωση της ποιότητας

Κάθε σύστημα υγείας στοχεύει στη βελτίωση της ποιότητας. Οι ενέργειες που βοηθούν στη βελτίωση της ποιότητας είναι σχετικές με σεμινάρια, έρευνες στο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, αναβάθμιση τεχνολογίας και να υπάρχουν καλύτερες εγκαταστάσεις στα νοσοκομεία και στις κλινικές. Η βελτίωση της ποιότητας μπορεί να προβληθεί με απλά βήματα στον κύκλο της ποιότητας όπου περιλαμβάνουν: το σχεδιασμό, το καθορισμό προτύπων ποιότητας, την ενημέρωση και εκπαίδευση προσωπικού, τον ποιοτικό έλεγχο, την εντόπιση ευκαιριών βελτίωσης, την επιλογή προτεραιοτήτων, την ομάδα υλοποίησης, την μελέτη, την επιλογή, τον σχεδιασμό λύσης και τέλος την εφαρμογή λύσης (Φωτεινογιαννοπούλου 2013). Πιο αναλυτικά στην αρχή παρουσιάζονται οι ευκαιρίες για βελτίωση και η επιλογή τους και στην συνέχεια μια πολυσυλλεχτική ομάδα ατόμων που είναι κατάλληλα εκπαιδευμένη να εφαρμόσει τα μέσα για ένα επιδιωκόμενο σκοπό. Αφού γίνουν όλα αυτά γίνεται η εφαρμογή του σχεδίου και αξιολόγησή του. Στο τέλος, αν τα αποτελέσματα είναι αυτά που χρειάζονται εφαρμόζεται το σχέδιο για να βελτιώσει ακόμη περισσότερο την ποιότητα στη παρεχόμενη φροντίδα υγείας (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

Ο κύκλος ποιότητας της φροντίδας υγείας



2.2.2 Οι διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Ο Abdellan και ο Levine ήταν οι πρώτοι οι οποίοι όρισαν τις διαστάσεις της ποιότητας. Ο τρόπος που ορίστηκαν είναι ο εξής: α) η επάρκεια των εγκαταστάσεων, β) οι επαγγελματικές δεξιότητες και η επάρκεια του προσωπικού, γ) η αποτελεσματικότητα των οργανωτικών δομών δ) το αποτέλεσμα της φροντίδας υγείας για τον ασθενή. Το 1975 η Risser πρόσθεσε τις εξής διαστάσεις το κόστος, την άνεση, τα προσωπικά χαρακτηριστικά των επαγγελματιών υγείας και την ποιότητα της διαπροσωπικής σχέσης επαγγελματιών υγείας και ασθενών. Μια

τελευταία ταξινόμηση είναι αυτή που πρότειναν οι Ware et al (1983), όπου καταγράφουν 8 διαστάσεις της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, οι οποίες είναι:

- 1) Διαπροσωπικές σχέσεις ασθενών και ιατρών.
- 2) Τεχνική ποιότητα της φροντίδας.
- 3) Προσβασιμότητα.
- 4) Οικονομικοί παράγοντες.
- 5) Αποτελέσματα της φροντίδας για την υγεία του ασθενούς.
- 6) Συνέχεια στην φροντίδα.
- 7) Το περιβάλλον στο οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας.
- 8) Η διαθεσιμότητα προσωπικού και δομών (Παπακωστίδη και Τσουκαλάς 2012).

2.3 Η λειτουργία των νοσοκομείων

Παλαιότερα οι ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις δεν απαιτούσαν χώρο και εξοπλισμό νοσοκομείου διότι πραγματοποιούνταν στο χώρο του ασθενούς. Κατά συνέπεια μέχρι το 19^ο αιώνα ήταν αναγκαία η επίσκεψη των ασθενών στο νοσοκομείο μόνο αν δεν είχαν τη δυνατότητα να λάβουν κατ' οίκον νοσηλεία. Εξαιτίας των άσχημων συνθηκών που επικρατούσαν μέσα στο νοσοκομείο γινόταν πιο εύκολη η εξάπλωση των νοσοκομειακών λοιμώξεων. Για αυτό το λόγο η είσοδος στο νοσοκομείο τις παλιές δεκαετίες θεωρούνταν ο προτελευταίος σταθμός πριν το θάνατο. Η Florence Nightingale, δημιούργησε το πρότυπο θάλαμο nightingale, αφού ερεύνησε τις άθλιες συνθήκες που επικρατούσαν στο νοσοκομείο (κακός αερισμός, έλλειψη χώρου κ.α.). Το πρότυπο αυτό εφαρμόστηκε σε πολλά νοσοκομεία της Ευρώπης και τις Αμερικής όπου οι χώροι ήταν καθαροί, με ανεξάρτητο καλό φωτισμό και το γραφείο των νοσηλευτών σε θέση, ώστε να μπορεί να βλέπει όλους τους ασθενείς. Στις αρχές 19^{ου} και 20^{ου} αιώνα άρχισε να αλλάζει ριζικά η εικόνα του νοσοκομείου και να διαμορφώνονται σταδιακά οι κατασκευές για να εξυπηρετήσουν τις απαραίτητες απαιτήσεις. Έτσι τον 20^ο αιώνα στο νοσοκομείο άρχισε να γίνεται αντιληπτό πως ο ρόλος του, είναι η καταπολέμηση της ασθένειας (www.ekdd.gr). Στην συνέχεια ακολουθεί η ιστορική αναδρομή του νοσοκομείου που διεξάχθηκε η έρευνα μας, όπου είναι το πανεπιστημιακό γενικό

νοσοκομείο(ΠΑΓΝΗ) που βρίσκεται στο Ηράκλειο Κρήτης και ιδρύθηκε το 1988. Τα εγκαίνια για την λειτουργία του πραγματοποιήθηκαν το 1989, ενώ παράλληλα ξεκίνησε το ίδιο έτος και η λειτουργία των πρώτων εξωτερικών ιατρείων. Πλέον, το Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο προσφέρει Τριτοβάθμια φροντίδα υγείας σε όλους τους ασθενείς, ακολουθώντας μια συνεχή και ομαλή ανοδική πορεία (www.pagni.gr). Ακολουθεί πίνακας που αναφέρει τα εξωτερικά ιατρεία που είναι σε λειτουργία στο νοσοκομείο.

| ΤΑΚΤΙΚΑ ΕΞΩΤΕΡΙΚΑ ΙΑΤΡΕΙΑ ΓΕΝΙΚΟΥ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ | | |
|---|--------------------------------|--------------------------|
| Αγγειοχειρουργικό | Καρδιολογικό/Καρδιοχειρουργικό | Παιδοαιματολογικό |
| Αιματολογικό | Ιατρείο Ύπνου/Πόνου | Παιδιατρικό |
| Γυναικολογικό/Μαιευτικό | Νευρολογικό/Νευροχειρουργικό | Παιδοχειρουργικής |
| Γαστρεντερολογικό | Νεφρολογικό | Πνευμονολογικό |
| Γναθοχειρουργικό | Οδοντιατρικό | Ρευματολογικό |
| Γενικής Χειρουργικής | Ορθοπαιδικό | Χειρουργικής Ογκολογικής |
| Δερματολογικό | Ουρολογικό | Ψυχιατρικό |
| Ενδοκρινολογικό | Οφθαλμολογικό | ΩΡΛ |
| Θωρακοχειρουργικό | Παθολογικό | Προληπτικής ιατρικής |

Ο ρόλος και η λειτουργία του σύγχρονου νοσοκομείου

Τα πρώτα χρόνια το νοσοκομείο είχε ανακουφιστικό και περιοριστικό ρόλο, ενώ σήμερα έχει διαγνωστικό, θεραπευτικό, εκπαιδευτικό, ερευνητικό και κοινωνικό ρόλο. Στο νοσοκομείο πλέον διακρίνουμε:

- 1.Την ιατρική φροντίδα υγείας.
- 2.Την κοινωνική, που υπήρξε και η αρχική λειτουργία. Σήμερα αυτός ο χαρακτήρας φαίνεται στη φροντίδα των ασθενών για την αποκατάσταση της υγείας τους, στη φροντίδα μητέρας και παιδιού και στη φροντίδα των ηλικιωμένων.
- 3.Την προληπτική, μέσω της εργαστηριακής στήριξης του ελέγχου των επιδημιών κ.α.
- 4.Την εκπαιδευτική, για παραγωγή στελεχών και για συνεχή εκπαίδευση.
- 5.Την τεχνική επιστημονική υποστήριξη στους εκτός νοσοκομείου λειτουργούς.
- 6.Την ξενοδοχειακή λειτουργία (www.ekdd.gr).

Ο σχεδιασμός των χώρων ενός νοσοκομείου

Το νοσοκομείο αποτελεί υποσύστημα ενός συστήματος υγείας με κύριες λειτουργίες την πρόληψη, τη διάγνωση, τη θεραπεία, την εκπαίδευση, την έρευνα και μια σειρά βοηθητικών λειτουργιών που υποστηρίζουν τις κύριες λειτουργίες. Τα θεμελιώδη στοιχεία που συντονίζουν ένα νοσοκομείο είναι: α)το σύνολο των εργαζομένων ατόμων, β)το σύνολο εξυπηρετούμενων ατόμων, γ)οι κανονισμοί λειτουργίας, δ)το δίκτυο επικοινωνίας ε)ο εξοπλισμός και ζ)η διαρρύθμιση του χώρου.

Ο σχεδιασμός ενός ολόκληρου νοσοκομείου, που μέλος αυτού αποτελούν τα τακτικά εξωτερικά ιατρεία απαιτεί μια συντονισμένη συνεργασία ιατρών, νοσηλευτών, προγραμματιστών, διοικητικών υπαλλήλων και αρχιτεκτόνων. Βασικό στοιχείο του σχεδιασμού είναι η οργάνωση κυκλοφορίας μέσα στους διαδρόμους των εξωτερικών ιατρείων, δηλαδή να μπορούν να κινούνται με την άνεση που χρειάζεται τόσο οι εξωτερικοί όσο και οι εσωτερικοί ασθενείς.

Στις ΗΠΑ σχεδιάζονται οι χώροι του νοσοκομείου με βάθος δεκάδων μέτρων που αερίζονται αποκλειστικά με εγκαταστάσεις κλιματισμού. Στην Ελλάδα και σε άλλες χώρες της Ευρώπης, το κόστος για ένα σύστημα κλιματισμού για όλο το νοσοκομείο

είναι δυσβάστακτο, επομένως απαιτούνται μορφές που το βάθος τους επιτρέπει να αερισθούν με φυσικό τρόπο .

Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον γενικό κτιριοδομικό κανονισμό, όταν αναφερόμαστε στη νοσοκομειακή κατασκευή εννοούμε πως συγκροτείται από:

- 1.Τους εξωτερικούς χώρους: οδικό δίκτυο, πεζοδρόμια, κήποι, ειδικές εγκαταστάσεις, εξοπλισμός περιβάλλοντος χώρου, φοροτεχνική διαμόρφωση.
- 2.Κτίρια, οικοδομικές μονάδες ή πτέρυγες ,οικοδομικά στοιχεία και υλικά.
- 3.Εγκαταστάσεις και ενεργειακά συστήματα, κεντρικές μονάδες, ηλεκτρονικό σύστημα.
- 4.Συστήματα διακίνησης πληροφοριών και υλικού δηλαδή το τηλεφωνικό δίκτυο, εγκαταστάσεις πληροφορικής, αυτόματα συστήματα διακίνησης υλικού.
- 5.Ανελκυστήρες, κυλιόμενες σκάλες.
- 6.Ξενοδοχειακος εξοπλισμός.
- 7.Συστήματα στοιχεία σήμανσης.
- 8.Πρόσθετα υλικά για τη διακόσμηση χώρων.

Συνεπώς ένας σωστός σχεδιασμός:

- 1.Ενισχύει τις δραστηριότητες όλων εκείνων που δουλεύουν στον χώρο αυτό (ιατροί νοσηλευτές κ.α.).
- 2.Εξασφαλίζει την ταχύτητα ,την αποφυγή σύγχυσης και την ομαλότητα κατά την πραγματοποίηση των δραστηριοτήτων.
- 3.Επιτρέπει τη συνεχή ροή των πληροφοριών που είναι απαραίτητες για τη λήψη αποφάσεων.
- 4.Επιτρέπει την ελεύθερη διαφοροποίηση των δραστηριοτήτων κάθε φορά που επιβάλλεται από την εξέλιξη είτε της ιατρικής και της τεχνολογίας είτε των αντλήσεων για την υγεία (www.ekdd.gr).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΡΙΤΟ

ΤΑ ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΟΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥΣ ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΟ ΚΑΙ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΤΟΜΕΑ

3.1 Τα δικαιώματα του ασθενή και του νοσηλευτή και οι υποχρεώσεις των ασθενών

Η κάθε δημόσια υπηρεσία υγείας έχει ως στόχο να τηρήσει και να εξασφαλίσει τα δικαιώματα των ασθενών, να αντιμετωπίσει το κάθε πρόβλημα υγείας που θα προκύψει και να προσφέρει τις καλύτερες υπηρεσίες. Όταν ο ασθενής λαμβάνει την κατάλληλη φροντίδα, ενημέρωση και πληροφόρηση θα είναι πλήρως ικανοποιημένος, έτσι ώστε να κατανοήσει και να επικοινωνήσει αποτελεσματικά με τον ιατρό του και το προσωπικό του νοσοκομείου (www.evaggelismos-hosp.gr).

Κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα να λάβει καλή ποιότητα φροντίδας υγείας. Σαφώς όλοι οι άνθρωποι έχουν ίσα δικαιώματα και υποχρεώσεις ανεξαρτήτως ηλικίας, φύλου, πολιτισμού, εθνικότητας, θρησκείας, κοινωνικής αλλά και οικονομικής κατάστασης (University of Utah 2017).

Δικαιώματα Ασθενών:

- Δικαίωμα της παροχής φροντίδας υγείας, με σεβασμό στην αξιοπρέπεια του ασθενή.
- Δικαίωμα για θεραπεία.
- Πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας.
- Δικαίωμα σε ισότιμη παροχή υγείας, δίχως διακρίσεις μεταξύ ασθενών.
- Σε περίπτωση επείγον περιστατικού ή κατάστασης κινδύνου να υπάρχει το δικαίωμα παροχής φροντίδας.
- Δικαίωμα πληροφόρησης.
- Η φροντίδα υγείας να παρέχεται με την συγκατάθεση του ασθενή, σε περίπτωση όμως που ο ίδιος δεν είναι σε θέση να επικοινωνήσει παρέχεται μόνο εάν είναι ως προς όφελος του.
- Εμπιστευτικότητα από τους ιατρούς και το προσωπικό του νοσοκομείου.

- Αξιοπρεπής μεταχείριση.
- Προστασία της ιδιωτικής ζωής του κάθε ατόμου.
- Τήρηση των ιατρικών αρχείων.
- Δικαίωμα του κάθε ασθενή για ενημέρωση, πρόσβαση αλλά και αντίρρηση σχετικά με πληροφορίες που αφορούν τον ίδιο.
- Δικαίωμα του σεβασμού.
- Δικαίωμα για πνευματική και ψυχική στήριξη από τους ιατρούς (Αλεξιάδης 2000).

Δικαιώματα νοσηλευτών:

- Οι νοσηλευτές έχουν το δικαίωμα να εργάζονται είτε σε ιδιωτικό είτε σε δημόσιο τομέα.
- Παρέχουν εξειδικευμένη και πλήρης φροντίδα σε διάφορα περιστατικά.
- Κατευθύνουν, συμβουλεύουν και εκπαιδεύουν φοιτητές και νέους επαγγελματίες υγείας.
- Καλύπτουν τις αδυναμίες που υπάρχουν στην αυτοφροντίδα.
- Εκπαιδεύουν τους ασθενείς.
- Παρέχουν πληροφόρηση και ενημέρωση.
- Υποστηρίζουν και εκπαιδεύουν εξίσου το οικογενειακό περιβάλλον του ασθενή.
- Αναλαμβάνουν να εκτελέσουν πράξεις σε περίπτωση ιατρού, εφόσον έχουν δοθεί οι προ απαιτούμενες οδηγίες.
- Αναγνωρίζουν τα υπαρκτά και δυνητικά προβλήματα υγείας.
- Συλλέγουν τις πληροφορίες και τα στοιχεία που χρειάζονται για την συμπλήρωση του ιστορικού.
- Αναπτύσσουν σχέσεις εμπιστοσύνης.
- Παρέχουν την μέγιστη φροντίδα υγείας με στόχο την βελτίωση της υγείας.
- Διαφυλάσσουν την ασφάλεια του εργασιακού περιβάλλοντος.
- Προφυλάσσουν τον ασθενή από τυχόν ατυχήματα κατά την διάρκεια εξέτασης.
- Προστατεύουν και σέβονται τα πιστεύω και τις αξίες των ασθενών.
- Λειτουργούν ως συνήγοροι του ασθενή (enne.gr, pasyno.gr).

Υποχρεώσεις των ασθενών

Πέρα από τα δικαιώματα των ασθενών υπάρχουν και κάποιες υποχρεώσεις που θα πρέπει να γνωρίζει ο κάθε ασθενής:

- Να συμμετέχει στις αποφάσεις που λαμβάνονται και αφορούν την υγεία του.
- Να δηλώνει τον ασφαλιστικό του φορέα.
- Να τηρεί και να είναι συνεπής στους κανονισμούς του νοσοκομείου.
- Να δίνει τις πληροφορίες που χρειάζονται για την συμπλήρωση ιατρικού και νοσηλευτικού ιστορικού.
- Να συνεργάζεται με το προσωπικό ακολουθώντας τις οδηγίες που δόθηκαν.
- Να υπάρχει σεβασμός ως προς το προσωπικό αλλά και ως προς τους ασθενείς.
- Να εκφράζει ελεύθερα χωρίς δισταγμό τις ανάγκες τους και τις δυσαρέσκειες του στις επιτροπές παραπόνων.
- Και το πιο σημαντικό να αναφέρει οποιαδήποτε μη επαγγελματική συμπεριφορά ή κίνηση από ιατρούς νοσηλευτές ή και διοικητικό προσωπικό (Θεοφανίδης 2013).

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία, είναι ότι το προσωπικό του κάθε νοσοκομείου θα πρέπει πάντα να σέβεται και να ενδιαφέρεται για τις απόψεις, τις προσδοκίες, τις ανάγκες, τις αξίες αλλά και τα δικαιώματα που έχει ασθενής, ο οποίος περιμένει ανταπόκριση και λύση στο πρόβλημα υγείας του. Ωστόσο πέρα από το προσωπικό τον ίδιο σεβασμό και την ίδια συμπεριφορά θα πρέπει να έχουν οι ασθενείς και οι συνοδοί τους απέναντι στο προσωπικό και τους κανονισμούς του νοσοκομείου (www.Zante-hospital.gr). Επιπροσθέτως όπως ανέφερε ο Benner το 2003 το πιο αξιοθαύμαστο δεν είναι να σέβεσαι ή να εξετάζεις τα δικαιώματα των ασθενών αλλά να είσαι πάνω από όλα σωστός και καλός επαγγελματίας υγείας (Fry & Johnstone 2002).

Αξιοσημείωτο είναι επίσης πως πέρα από τα βασικά δικαιώματα των ασθενών και των νοσηλευτών, το σημαντικότερο είναι ο ασθενής να έχει συνειδητή συναίνεση σε κάθε απόφαση που λαμβάνεται για τον ίδιο του τον εαυτό. Διότι εάν απαιτείται οποιαδήποτε θεραπεία ο πάροχος της συγκεκριμένης υγειονομικής περίθαλψης είναι υποχρεωμένος να ενημερώσει και να δώσει στον ασθενή όλες τις απαραίτητες

πληροφορίες και οδηγίες για να πάρει την απόφαση ο ίδιος ο ασθενής για κάθε ιατρική-νοσηλευτική πράξη που τον αφορά (medlineplus.gov).

3.1.1 Όργανα προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή

Το 1997 καθιερώθηκαν τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών, τα οποία είναι: Η αυτοτελής υπηρεσία προστασίας των δικαιωμάτων, η επιτροπή ελέγχου προστασίας των δικαιωμάτων, το γραφείο επικοινωνίας με τον πολίτη και η επιτροπή προάσπισης δικαιωμάτων του πολίτη (kavalahospital.gr).

Σε κάθε νοσοκομείο λειτουργεί γραφείο επικοινωνίας, το οποίο είναι στην διάθεση του πολίτη όλες τις εργάσιμες μέρες και ώρες και στην περίπτωση των εφημεριών λειτουργεί αντίστοιχα η γραμματεία επειγόντων περιστατικών. Εκτός του γραφείου επικοινωνίας, αξίζει να αναφερθεί και η ειδική τριμελής επιτροπή προάσπισης των δικαιωμάτων που έχει ως κύριο ρόλο την παρακολούθηση, τη τήρηση και τον σεβασμό των δικαιωμάτων κάθε πολίτη (repository.edulll.gr).

Η αυτοτελής υπηρεσία προστασίας υπάγεται απευθείας στο γενικό γραμματέα του Υπουργείου Υγείας και Πρόνοιας, ο οποίος αποφασίζει για τις ακόλουθες ενέργειες και παραπέμπει τις καταγγελίες στην επιτροπή ελέγχου όπου πραγματοποιείται η εξέταση. Στόχος της υπηρεσίας είναι ο έλεγχος και η παρακολούθηση της προστασίας των δικαιωμάτων και η εξέταση των καταγγελιών και των παραπόνων που σχετίζονται με την παροχή υπηρεσιών. Οι αρμοδιότητες της υπηρεσίας είναι οι ακόλουθες:

- Ο καθορισμός οργάνωσης και λειτουργίας της υπηρεσίας προστασίας δικαιωμάτων των ασθενών στα νοσοκομεία.
- Εξέταση των παραπόνων και των καταγγελιών που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας.
- Υποβολή εισηγήσεων στον γενικό γραμματέα που θα πραγματοποιήσει εξέταση των καταγγελιών.
- Προώθηση των αποφάσεων της επιτροπής σε συγκεκριμένες περιπτώσεις.
- Συντονισμός των ενεργειών.
- Συγκέντρωση, ταξινόμηση και αξιολόγηση των στοιχείων που σχετίζονται με το τμήμα.
- Δημιουργία αρχείου μητρώου.

- Παροχή οδηγιών και διαρκής επικοινωνία με τους πολίτες.
- Συνεργασία με άλλους φορείς για να συζητήσουν τα θέματα προάσπισης και προαγωγής των δικαιωμάτων.
- Ενημέρωση και ευαισθητοποίηση για θέματα προστασίας των ασθενών, των εργαζομένων και γενικότερα των πολιτών (www.bestrong.org.gr).

Τέλος η επιτροπή ελέγχου προστασίας αποτελείται από ένα μέλος του νομικού συμβουλίου του κράτους και από εκπροσώπους διαφόρων επαγγελματικών, επιστημονικών και κοινωνικών φορέων. Ο ρόλος της είναι να παρατηρεί και να ελέγχει την προστασία των δικαιωμάτων μέσω των επισκέψεων που πραγματοποιούν στα νοσοκομεία. Κατά την επίσκεψη τους εξακριβώνονται οι καταγγελίες που έχουν δοθεί και παρατηρείται εάν τηρούνται σωστά οι κανόνες της προστασίας. Όλα Τα παράπονα, οι καταγγελίες και οι αναφορές καταλήγουν στην επιτροπή και έπειτα ακολουθεί ψηφοφορία, της οποίας το αποτέλεσμα υποβάλλεται στον γενικό γραμματέα, ο οποίος αποφασίζει και αναφέρει τις περαιτέρω ενέργειες (www.onmed.gr).

3.2 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Είναι γνωστό ότι η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από ένα σύνολο παραγόντων. Οι σημαντικότεροι αναφέρονται παρακάτω:

- Εύκολη προσπελασιμότητα.
- Την ταχεία ανταπόκριση που επιθυμεί ο κάθε ασθενής.
- Χρόνος αναμονής: Όσο πιο σύντομος είναι ο χρόνος που περιμένουν έξω από τα ιατρεία τόσο μεγαλύτερη ικανοποίηση θα υπάρχει.
- Συνεργασία και σωστή επικοινωνία, καθώς αποτελούν το κλειδί για την καλύτερη ικανοποίηση μέσω της σχέσης που αναπτύσσεται μεταξύ επαγγελματία υγείας – ασθενή.
- Επεξήγηση διαδικασιών που περιλαμβάνει όλες τις πληροφορίες που έχει το δικαίωμα ο κάθε ασθενής να γνωρίζει, διότι σχετίζονται με το πρόβλημα υγείας του και το παν είναι η ενημέρωση (Δολιανίτη και Καλφακάτου 2009).

Η Irish Society for quality and safety in Healthcare υποστήριξε, ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι οι ακόλουθοι:

- Η βαρύτητα της ασθένειας, δηλαδή όσο πιο σοβαρό είναι το πρόβλημα υγείας τόσο πιο πολύ φόβο και άγχος αισθάνεται ο ασθενής με αποτέλεσμα να μειώνεται η ικανοποίηση του.
- Η ποιότητα και η ποσότητα των πληροφοριών που λαμβάνει από τους επαγγελματίες υγείας.
- Βασικός παράγοντας είναι η κατάσταση του ατόμου σε κοινωνικό και οικονομικό επίπεδο.
- Οι προηγούμενες εμπειρίες και απόψεις του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας.
- Το αίσθημα εμπιστοσύνης, το οποίο εάν δεν το λάβει ο ασθενής δεν νιώθει ασφαλής και σίγουρος.
- Οι διαδικασίες που χρειάζονται για να βγει το εισιτήριο και το εξιτήριο του ασθενή (Χρυσοπούλου 2012).

Θα αποτελούσε σοβαρή παράλειψη να μην τονιστούν τα δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, εθνικότητα, μορφωτικό επίπεδο, οικογενειακή κατάσταση και κοινωνική θέση), τα οποία επηρεάζουν εξίσου σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση. Το πιο βασικό είναι η ηλικία, που όπως υποστηρίζουν οι Fitzpatrick, Fox και Storms είναι ο βασικότερος παράγοντας, καθώς όσο μεγαλύτερος είναι ο ασθενής τόσο λιγότερες απαιτήσεις έχει και γι' αυτό τον λόγο είναι και περισσότερο ικανοποιημένοι. Σε αντίθεση όμως με την άποψη αυτή έχει αποδειχθεί από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί στο παρελθόν, ότι η ηλικία δεν επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση (Σταυρόπουλος 2009).

Στην συνέχεια ένα από τα πιο πολύπλοκα και αξιοσημείωτα θέματα, είναι η εθνικότητα και ο πολιτισμός του κάθε ατόμου καθώς μπορούν να καθορίσουν και να επηρεάσουν το βαθμό ικανοποίησης (Αγγελακοπούλου 2013). Ενώ ταυτόχρονα οι γνώσεις των ασθενών και οι απόψεις- γνώσεις που έχουν αποκομίσει από το νοσοκομειακό χώρο τους οδηγούν να εκδηλώσουν παραπάνω απαιτήσεις και επιπλέον να επηρεαστούν οι ερμηνείες των συμπτωμάτων. Είναι σαφές λοιπόν ότι η πλειοψηφία των ασθενών δεν εκφράζουν τις απόψεις τους όπως θα έπρεπε, διότι αισθάνονται φόβο και επίσης οι εντάσεις και η διαφορά των απόψεων πολλές φορές οδηγεί σε αντίθετα αποτελέσματα από τα αναμενόμενα (Στάγιας 2011).

Εκείνο που έχει ιδιαίτερη σημασία, είναι ότι από τις μετρήσεις του βαθμού ικανοποίησης που γίνονται προκύπτουν κάποια οφέλη, τα οποία αναφέρονται παρακάτω:

- Καταρχάς δίνεται έμφαση στο σύνολο των αναγκών και των επιθυμιών του κάθε ασθενή και εξετάζεται εάν και κατά πόσο οι υπηρεσίες υγείας ανταποκρίνονται και ικανοποιούν το σύνολο αυτό.
- Αναπτύσσεται σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ του προσωπικού και του ασθενή.
- Αναφέρονται τα πλεονεκτήματα και τα μειονεκτήματα των ιατρείων.
- Εντοπίζονται τα προβλήματα και ακολουθεί η διερεύνηση τους.
- Αξιολογούνται οι ενέργειες των εργαζομένων του νοσοκομείου.
- Αυξάνεται το κύρος της υπηρεσίας υγείας.
- Εφαρμόζονται προγράμματα διαχείρισης κινδύνου.
- Παρακολουθείται η βελτίωση της ποιότητας φροντίδας, έτσι ώστε να ικανοποιούνται οι ασθενείς.
- Βελτιώνεται το ηθικό των εργαζομένων (Μπασδάνη και Νιάρχου 2004).

Επιπρόσθετα τα σπουδαιότερα οφέλη της ποιοτικής φροντίδας και ικανοποίησης του ασθενή ανήκουν στα υγειονομικά και ψυχολογικά οφέλη.

Τα υγειονομικά οφέλη αφορούν την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την πλήρη ενημέρωση του προβλήματος υγείας, τη προσπάθεια μείωσης του πόνου και την αποτροπή ανεπιθύμητων επιπλοκών. Παράλληλα τα ψυχολογικά οφέλη σχετίζονται με την μείωση του χρόνου νοσηλείας, με την διαδικασία ταχύτερης ανάρρωσης και τις απαραίτητες οδηγίες που θα λάβει ο ασθενής (Μερκούρης 1996).

Παρομοίως όπως προαναφέρθηκαν τα σπουδαιότερα οφέλη για τον ασθενή, έτσι αξίζει να επισημάνουμε τα αντίστοιχα οφέλη ως προς την υπηρεσία που μέσω αυτής παραχωρούνται στην διοίκηση τα απαραίτητα στοιχεία για την αξιολόγηση της αποδοτικότητας του προσωπικού. Τα οφέλη αυτά είναι: αυξάνεται η υπευθυνότητα των εργαζομένων, συγκεντρώνονται υψηλότερα ποσοστά αποδοτικότητας, καθοδηγείται το προσωπικό εντός και εκτός νοσοκομείου έτσι ώστε να δίνει περισσότερη σημασία στους ασθενείς, δίνονται προτάσεις και λύσεις για την βελτίωση του συστήματος καθώς και τα κατάλληλα κίνητρα με στόχο την αύξηση παραγωγικότητας των εργαζομένων (Παπανικολάου 1994).

3.3 Η κατάσταση των νοσοκομείων στον ιδιωτικό και δημόσιο χώρο

Κάθε σύστημα υγείας αποτελείται από δημόσιες και ιδιωτικές δομές και υποδομές. Στις συγκεκριμένες δομές προσφέρονται υπηρεσίες υγείας, οι οποίες είναι: η προνοσοκομειακή φροντίδα, η νοσοκομειακή και φαρμακευτική περίθαλψη και η δημόσια υγεία. Πέρα λοιπόν από τις υπηρεσίες που παρέχει, έχει και συγκεκριμένους στόχους που πρέπει να αξιοποιήσει, οι οποίοι είναι:

- Να προσφέρονται οι κατάλληλες υπηρεσίες υγείας στο μέγιστο βαθμό ανάλογα με τις ανάγκες και τις προσδοκίες του κάθε ασθενή.
- Να θεραπεύουν την ασθένεια με ποιοτική φροντίδα, βελτιώνοντας την υγεία των ασθενών.
- Η ελευθερία και το δικαίωμα του ασθενή να μπορεί να επιλέξει το νοσοκομείο που θα επισκεφθεί και αν είναι δυνατόν τον ιατρό που θα τον εξετάσει.
- Ο συνδυασμός φροντίδας υγείας και η ομαδικότητα του προσωπικού να οδηγούν στο επιθυμητό αποτέλεσμα με το λιγότερο κόστος ή δωρεάν.
- Να παρέχουν οικονομική προστασία στον πολίτη για τις δαπάνες υγείας (Τάγκα 2013).

Η κατάσταση που επικρατεί στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία ακόμη και σήμερα είναι ένα θέμα συζήτησης, καθώς παρατηρείται σοβαρή έλλειψη προσωπικού και εξοπλισμού, γεγονός που οδηγεί σε μη σωστή λειτουργία και αντιμετώπιση των περιστατικών. Αν και ο αριθμός των δημόσιων νοσοκομείων είναι αρκετά μεγάλος, οι ανάγκες των ασθενών παραμένουν ανικανοποίητες και η κάλυψη των κενών θέσεων είναι πρόβλημα που απαιτεί μια λύση.

Αντιθέτως στην περίπτωση των ιδιωτικών νοσοκομείων, η άδεια για την ίδρυση νέων κλινικών απαγορεύτηκε το 1980 για ένα συγκεκριμένο χρονικό διάστημα. Παρόλα αυτά όμως το πρόβλημα δεν ήταν κυρίως εκεί, καθώς ναι μεν παρέχουν τις πιο κατάλληλες υπηρεσίες υγείας, όμως αυτό δεν αρκεί για την ζήτηση και το κόστος που απαιτείται (Ξημεράκη και Ρούφας 2015).

Οι Έλληνες είναι οι δεύτεροι περισσότερο δυσαρεστημένοι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται σε αντίθεση με ασθενείς των υπόλοιπων χωρών της Ευρώπης (Αντεριώτη και Αντωνίου 2014). Η κατάσταση της υγείας ενός

ανθρώπου δεν είναι πάντα επαρκής, στην περίπτωση αυτή ο κάθε φορέας μπορεί να παρέμβει εφόσον ο ίδιος ο ασθενής δίνει τη συγκατάθεση του για παροχή φροντίδας. Με βάση λοιπόν το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει οδηγείται στις αντίστοιχες υπηρεσίες. Οι φροντίδες που παρέχονται ταξινομούνται ανάλογα σε 3 επίπεδα: πρωτοβάθμιες, δευτεροβάθμιες και τριτοβάθμιες (Μπασδάνη και Νιάρχου 2004).

ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ: Η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας παρέχεται από τα κέντρα υγείας και τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων και αποτελεί το βασικό πυλώνα για την πρώτη επαφή του ανθρώπου με το σύστημα υγείας. Ένα σύστημα υγείας, το οποίο έχει ως στόχο την προαγωγή της υγείας, την πρόληψη των νοσημάτων, την περίθαλψη των ασθενών, την παρακολούθηση και την υποστήριξη του πάσχοντα και του οικογενειακού περιβάλλοντος (Κορωνιώτης 2016).

ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ: Περιλαμβάνονται όλες οι υπηρεσίες που διενεργούνται κυρίως στα νοσοκομεία αλλά και σε ιδιωτικές κλινικές, σε κέντρα αποκατάστασης και σε θεραπευτήρια χρόνιων παθήσεων. Για αυτό τον λόγο στην συγκεκριμένη κατηγορία εντάσσονται οι ασθενείς, οι οποίοι χρήζουν παρακολούθηση καθώς έχουν προηγούμενο ιστορικό (Περλέγκος 2004).

ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ: Είναι η φροντίδα, η οποία προϋποθέτει να υπάρχουν υψηλές εξειδικευμένες γνώσεις και αντίστοιχα εξειδικευμένο εξοπλισμό και υποδομές. Για τους παραπάνω λόγους λοιπόν παρέχονται σε συγκεκριμένα νοσοκομεία, με άλλα λόγια τα πανεπιστημιακά (Πισσάκη 2010).

Ένα δημόσιο και ένα ιδιωτικό νοσοκομείο είναι προφανές ότι θα διαφέρουν σε κάποια θέματα, όμως κοινός στόχος τους είναι η καταπολέμηση της ασθένειας και ο έλεγχος των δαπανών έτσι ώστε να υπάρξει βελτίωση ως προς την παραγωγή και την αποδοτικότητα. Παλαιότερα είχε παρατηρηθεί ότι μεγάλη διαφορά μεταξύ τους αποτελούσαν οι εγκαταστάσεις των κτηρίων, γεγονός το οποίο δεν υφίσταται πλέον στην πλειοψηφία των νοσοκομείων. Παρόλα αυτά όμως υπάρχουν διαφορές, οι οποίες είναι σημαντικές και χρήζουν εξάλειψη (Μπασδάνη και Νιάρχου 2004).

Διαφορές δημόσιου και ιδιωτικού νοσοκομείου

Ένα δημόσιο νοσοκομείο είναι υπό τη διαχείριση των χρημάτων της κυβέρνησης, καθώς οι εγκαταστάσεις, το προσωπικό, ο εξοπλισμός, το φαρμακευτικό και όχι μόνο υλικό στηρίζονται στο κράτος. Παρόλα αυτά όμως είναι η σίγουρη λύση για τα αδύναμα οικονομικά άτομα που χρειάζονται νοσηλεία, την οποία δεν μπορούν να την λάβουν από το ιδιωτικό.

Σε αντίθεση λοιπόν με το δημόσιο, το ιδιωτικό ανήκει και είναι στην διαχείριση ενός ατόμου ή μιας ομάδας ατόμων που φροντίζουν τα οικονομικά, τις δαπάνες, τις πληρωμές του προσωπικού και όλα τα συναφή. Στη περίπτωση λοιπόν αυτή, οι προτιμήσεις των ατόμων που επιλέγουν ένα ιδιωτικό νοσοκομείο πέρα της άνετης οικονομικής κατάστασης που διαθέτουν είναι και λόγω της εμπιστοσύνης που νιώθουν όσον αφορά τις εγκαταστάσεις και τον εξοπλισμό, τα οποία είναι άριστης ποιότητας.

Μια σημαντική διαφορά που λαμβάνει υπόψη κάθε ασθενής είναι ο χρόνος αναμονής έως την εξέταση. Σε αυτό το σημείο ενώ οι υπηρεσίες του δημοσίου παρέχονται δωρεάν το μειονέκτημα είναι οι ατελείωτες ώρες αναμονής εξυπηρέτησης.

Σαφώς μπορεί τα ιδιωτικά να υπερέχουν λόγω του εξοπλισμού που προαναφέρθηκε, όμως εξίσου καλής ποιότητας είναι και ο εξοπλισμός των δημοσίων νοσοκομείων μόνο που η διαφορά είναι, ότι λόγω υπερβολικής χρήσης δημιουργούνται πιο συχνές βλάβες.

Παράλληλα στα δημόσια νοσοκομεία ο αριθμός των ασθενών που εξετάζονται καθημερινά στα ιατρεία ξεπερνάει τα φυσιολογικά όρια, με αποτέλεσμα οι ιατροί και το νοσηλευτικό προσωπικό να εξαντλούνται λόγω της πίεσης που δέχονται (Koshal 2011).

Στις περιπτώσεις ασθενών που η επιλογή τους είναι να λάβουν τις υπηρεσίες του δημόσιου τομέα δεν απαιτούν αλλά εάν είναι δυνατόν επιθυμούν τα εξής: Αξιοπιστία, Ανταπόκριση, Ικανότητα, Προθυμία, Ευγένεια, Επικοινωνία, Ασφάλεια, Κατανόηση, Θέληση, Υπευθυνότητα, Ενημέρωση και Εύκολη πρόσβαση στους χώρους.

Όλα αυτά που σημειώθηκαν παραπάνω είναι οι επιθυμίες που έχει ο κάθε άνθρωπος που αντιμετωπίζει ένα πρόβλημα υγείας και ζητά την αντιμετώπιση του. Το παν είναι, όλοι οι επαγγελματίες υγείας δημοσίου και μη, να μπαίνουν στην θέση κάθε ασθενή, έτσι ώστε να βλέπουν τα γεγονότα από την πλευρά του αρρώστου (Μπασδάνη και Νιάρχου 2004).

Σε σχέση με έρευνες που έχουν διεξαχθεί στο εξωτερικό και συγκεκριμένα στην Αγγλία, φαίνεται ότι είναι πολλοί εκείνοι οι οποίοι επιλέγουν να επισκεφθούν ένα ιδιωτικό νοσοκομείο όταν: έχουν επιπλέον απαιτήσεις, επιθυμούν να τους εξετάσει ο δικός τους ιατρός και θέλουν να αποφύγουν την αγανάκτηση που επικρατεί στις ουρές του δημοσίου. Επιπλέον εφόσον γίνονται αναφορές για χώρες του εξωτερικού πρέπει να τονιστεί ότι δυστυχώς σε χώρες τριτοκοσμικές τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν σοβαρό πρόβλημα ελλείψεων τόσο σε προσωπικό όσο και σε διαθέσιμα αγαθά, καθιστώντας έτσι αδύνατη την παροχή υπηρεσιών υγείας στο βαθμό που απαιτείται (Μερκούρης 1996).

Σε γενικές γραμμές οι ασθενείς είναι η πηγή αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας που προσφέρονται από τους επαγγελματίες υγείας. Για αυτό τον λόγο στόχος τους είναι η μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών, οι οποίοι βασίζονται στις πράξεις και στα λεγόμενα τους. Επομένως ο καθένας πρέπει να έχει δυνατότητες επιλογής, να συμμετέχει στο πλαίσιο της θεραπείας του και να φέρει γνώμη και άποψη χωρίς ανασφάλεια, δημιουργώντας έτσι έναν ενεργητικό και αυτόνομο ασθενή που συμμετέχει στην λύση του προβλήματος υγείας του.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΤΕΤΑΡΤΟ

ΟΙ ΑΡΧΕΣ ΗΘΙΚΗΣ ΚΑΙ ΔΕΟΝΤΟΛΟΓΙΑΣ, Η ΥΠΕΡΑΣΠΙΣΗ ΚΑΙ Η ΣΥΝΑΙΝΕΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

4.1 Ηθικές αρχές

Ο κάθε σωστός επαγγελματίας υγείας όταν πρόκειται να πάρει μια απόφαση, η οποία αφορά τον ασθενή και το πρόβλημα υγείας του λαμβάνει υπόψιν του τις 8 ηθικές αρχές, οι οποίες είναι:

Αυτονομία: Περιλαμβάνει την προσωπική ελευθερία και το δικαίωμα επιλογής μιας απόφασης που λαμβάνει ο ασθενής για τον ίδιο του τον εαυτό.

Αγαθοεργία: Το βασικό έργο των ιατρών και των νοσηλευτών είναι να ενθαρρύνουν τους ασθενείς για τις διαδικασίες της θεραπείας που θα ακολουθήσουν.

Ευεργεσία και αποφυγή της βλαπτικότητας: Η αρχή αυτή υποστηρίζει ότι πρέπει να γίνονται ενέργειες για να προωθήσουμε το καλό προς αποφυγή του κακού. Με λίγα λόγια όταν ένας επαγγελματίας δεν είναι βέβαιος για οποιαδήποτε ενέργεια, τουλάχιστον να μην προκαλέσει το κακό μέσω του πόνου.

Ελικρίνεια: Η υποχρέωση του προσωπικού να πει όλη την αλήθεια αποφεύγοντας τα ψεύδη και την εξαπάτηση, καθώς ο ασθενής και η οικογένεια του έχουν το δικαίωμα να είναι ενήμεροι για την κατάσταση υγείας.

Δικαιοσύνη: Εμπεριέχει την ίση και δίκαιη παροχή φροντίδας και υπηρεσιών υγείας σε όλους τους ασθενείς, δίχως την ύπαρξη διακρίσεων.

Πατερναλισμός: Κάποιο άλλο άτομο αναλαμβάνει την λήψη αποφάσεων για τον ασθενή, σε περιπτώσεις που ο ασθενής δεν είναι σε θέση λόγω έλλειψης γνώσεων και εμπειριών να πάρει τις κατάλληλες αποφάσεις.

Πίστη: Σε καμία περίπτωση ένας ασθενής δεν πρέπει να αισθανθεί αδικημένος. Κάθε επαγγελματίας υγείας πριν δώσει κάποια υπόσχεση πρέπει να είναι βέβαιος ότι θα την τηρήσει, ειδάλλως δεν υπάρχει λόγος να υπόσχονται εάν πρόκειται να τις αθετήσουν.

Σεβασμός προς τους άλλους: Είναι το δικαίωμα που έχει ο κάθε ασθενής για την λήψη αποφάσεων που τον αφορούν χωρίς την εμπλοκή και τον επηρεασμό κάποιου άλλου (Osborn et al. 2010, Fry & Johnstone 2002).

4.2 Θέματα ηθικής και δεοντολογίας ασθενών και επαγγελματιών υγείας

ΑΣΘΕΝΕΙΣ

Εξαπάτηση: Σχετίζεται με την αμηχανία μη έμπειρων επαγγελματιών υγείας που αποκρύπτουν όλη την αλήθεια για να μειωθεί το άγχος και ο φόβος του ασθενή.

Εμπιστευτικότητα: Πρόκειται για μια απόφαση που λαμβάνει ο επαγγελματίας, ο οποίος βρίσκεται σε δύσκολη θέση καθώς αυτή η απόφαση μπορεί να οδηγήσει στην παραβίαση εμπιστοσύνης που έδειξε ένας ασθενής, ο οποίος βασίστηκε στην εχεμύθεια και εκμυστηρεύτηκε το πρόβλημα που τον απασχολούσε.

Πληροφορημένη συναίνεση: Πρόκειται για ενέργειες που εκτελούνται δίχως την συναίνεση του ασθενή, ο οποίος δεν είναι σε θέση να αρνηθεί.

ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

Διαφωνίες περί αγωγής: Συμπεριλαμβάνει τις διαφορετικές απόψεις και γνώμες σχετικά με την αγωγή που θα ακολουθήσει ο ασθενής.

Συγκρούσεις που αφορούν τον ρόλο του νοσηλευτή: Περιλαμβάνονται όλες οι απόψεις ενός νοσηλευτή, ο οποίος θεωρεί ότι είναι προς όφελος της υγείας του ασθενή. Αντιθέτως όμως με τις περιπτώσεις που ο ιατρός δεν είναι σύμφωνος και επιβάλλει τις δικές του απόψεις ως κατάλληλες.

Απαίτηση πίστης: Ο κάθε εργαζόμενος στον τομέα της υγείας, είναι υποχρεωμένος να εκτελεί τα καθήκοντα που του έχουν ανατεθεί. Το σημαντικότερο είναι να υπάρχει ομαδικότητα και εμπιστευτικότητα, ως ένα σημείο που δεν πρόκειται να βλάψει και να φέρει σε κίνδυνο κανέναν (Taylor et al. 1997).

4.3 Υπεράσπιση του ασθενή

Η Foley το 2004 όρισε την υπεράσπιση ως την εκπροσώπηση των ασθενών, στην περίπτωση που οι ίδιοι δεν είναι σε θέση να υπερασπιστούν και να στηρίξουν τον εαυτό τους. Η υπεράσπιση είναι η πιο σημαντική βοήθεια που τους προσφέρεται και οι στόχοι του υποστηρικτή είναι να ενημερώνει, να ενθαρρύνει και να σέβεται

τον ασθενή. Σύμφωνα με την υπεράσπιση υπάρχουν συγκεκριμένοι ρόλοι και λειτουργίες.

Ηγετικοί ρόλοι

- Ο ηγέτης διαμορφώνει το κατάλληλο κλίμα που εκτιμάται η υπεράσπιση και οι κίνδυνοί.
- Επιδιώκει την δικαιοσύνη και την ασφάλεια για τα ανυπεράσπιστα άτομα που χρήζουν βοήθεια.
- Προσπαθούν να εντάξουν προγράμματα υποστήριξης.
- Παρέχουν την απαραίτητη δύναμη και το θάρρος που απαιτείται για να μετατραπεί ο ασθενής σε ενεργό συμμετέχοντα.
- Λειτουργεί ως διαμεσολαβητής.
- Συμμετέχει σε οργανισμούς που στοχεύουν την προαγωγή του επαγγέλματος υγείας.

Διοικητικές λειτουργίες

- Παρέχουν τις απαραίτητες πληροφορίες, ώστε να μπορούν οι ασθενείς να πάρουν τις απαιτούμενες αποφάσεις.
- Σε περιπτώσεις συγκρούσεων παρέχουν τις κατάλληλες συμβουλές.
- Προστατεύει την υγεία εργαζομένων και ασθενών.
- Διαφυλάσσει την ασφάλεια του χώρου εργασίας.
- Ενθαρρύνει τους υφιστάμενους να εκφράζουν τυχόν ανησυχίες και παράπονα.
- Λειτουργούν ως οι καλύτεροι υποστηρικτές του επαγγέλματος (Marquis & Huston 2009).

4.4 Τομείς που απαιτούν την υπεράσπιση του ασθενή

Πρόκειται για τις περιπτώσεις που ο επαγγελματίας υγείας είναι υποχρεωμένος να επέμβει, οι περιπτώσεις αυτές είναι:

1. Πρόσβαση στην υγειονομική περίθαλψη.
2. Αποζημίωση.
3. Ιατρικά λάθη.
4. Απόκρυψη αλήθειας.
5. Καθυστερήση σχετικά με την ασφαλιστική κάλυψη του ασθενή.

6. Παραβίαση ιατρικού απόρρητο.
7. Ανεπαρκής συναίνεση.
8. Πρόοδος της τεχνολογίας.
9. Ανισότητα στην παροχή φροντίδας.
10. Ασέβεια στην αξιοπρέπεια του ασθενή.
11. Ανεπιθύμητα αποτελέσματα σχετικά με τις προσδοκίες-ανάγκες (Huston & Marquis 2009).

4.5 Η πληροφορημένη συναίνεση του ασθενή

Ο κάθε ασθενής έχει το δικαίωμα προτού προβεί σε διαδικασίες που αφορούν την υγεία του να λάβει τις απαραίτητες πληροφορίες και να ενημερωθεί πλήρως. Οι πληροφορίες αυτές περιλαμβάνουν:

- Σύντομη αλλά πλήρης επεξήγηση των ενεργειών και της αγωγής που θα ακολουθήσει.
- Το δικαίωμα να γνωρίζει τον ιατρό και το προσωπικό που τον εξετάζουν και του παρέχουν φροντίδα.
- Σε περίπτωση σοβαρού προβλήματος υγείας, ο κάθε άνθρωπος έχει το δικαίωμα να γνωρίζει όλη την αλήθεια και τους τυχόν κινδύνους που μπορεί να προκύψουν (ανεπιθύμητες ενέργειες, πόνος, αλλεργίες ακόμη και θάνατος).
- Στις περιπτώσεις που η προτεινόμενη αγωγή δεν φέρει αποτελέσματα ή βελτίωση της υγείας να υπάρχουν εναλλακτικές θεραπείες.
- Υπάρχει το δικαίωμα άρνησης, ένα δεν είναι σύμφωνο με οποιαδήποτε ιατρική-νοσηλευτική ενέργεια.
- Οποιαδήποτε στιγμή είτε κατά την εξέταση είτε κατά την θεραπεία είναι ελεύθερος να εκφράσει τους φόβους και τις ανησυχίες του. Ο κάθε ασθενής μπορεί να φέρει άποψη και να συμμετέχει ενεργά στην φροντίδα του, καθώς δεν χρειάζεται να θεωρεί ότι υπάρχει κίνδυνος να διακοπεί η θεραπεία του (Osborn et al. 2010).

Οι πληροφορίες αυτές δεν δίνονται πάντα από τον ασθενή, καθώς υπάρχουν περιπτώσεις που δεν είναι σε θέση να συναινέσει(νοητική διαταραχή, ψυχική

διαταραχή, ανήλικοι ασθενείς).Στις περιπτώσεις αυτές οι πληροφορίες μπορούν να δοθούν από: α)Δικαστική εντολή, β)Τον γονέα σε περίπτωση ανήλικου ασθενή, γ)Εξουσιοδοτημένο άτομο, δ)Έγγαμο ανήλικο, ε)Σώφρονα ενήλικο (Huston & Marquis 2009).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΠΕΜΠΤΟ

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

5.1 Σκοπός της έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που τους παρείχαν οι υπηρεσίες των εξωτερικών τακτικών ιατρείων του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (ΠΑΓΝΗ).

5.2 Στόχοι της έρευνας

Ο κύριος στόχος της παρούσας έρευνας ήταν η αξιολόγηση των συνολικών υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων και των εγκαταστάσεων τους, πιο συγκεκριμένα οι υπηρεσίες που παρέχονταν από ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό.

Ο δευτερεύων στόχος ήταν η καταγραφή του χρόνου αναμονής του ασθενή μέχρι την εξέταση του, καθώς και η παρουσίαση του κόστους εξυπηρέτησης.

5.3 Δείγμα, δειγματοληψία και τμήματα μελέτης

Το δείγμα αποτελούνταν από 201 ασθενείς, οι οποίοι εξυπηρετήθηκαν από τα εξωτερικά τακτικά ιατρεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης κατά το χρονικό διάστημα Σεπτέμβριος 2017–Οκτώβριος 2017. Τα ιατρεία που επισκέφθηκαν οι ασθενείς του δείγματος ήταν: Αιματολογικό, Μαιευτικό, Γυναικολογικό, Καρδιολογικό, Παθολογικό, Παιδιατρικό, Ορθοπεδικό, Νευρολογικό, Ογκολογικό μαστού, ΩΡΛ, Ρευματολογικό, Νευροχειρουργικό, Οφθαλμολογικό, Ενδοκρινολογικό, Δερματολογικό, Χειρουργικό, Νεφρολογικό, Γναθοχειρουργικό, Ιατρείο μαστού, Γαστρεντερολογικό, Ουρολογικό, Πνευμονολογικό, Αγγειοχειρουργικό, Ηπατολογικό, Παιδοχειρουργικό, Ενδοσκοπικό. Τα ερωτηματολόγια δόθηκαν και συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια αναμονής των ασθενών για την εξέταση τους. Η δειγματοληψία ήταν ευκολίας.

5.4 Ερευνητικό εργαλείο

Η παρούσα περιγραφική μελέτη ήταν ποσοτική όπου χρησιμοποιήθηκε ανώνυμο ερωτηματολόγιο του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Αθήνας όπου ζητήθηκε η άδεια χρήσης. Το παρόν ερωτηματολόγιο αποτελούνταν αρχικά από 10 δημογραφικές ερωτήσεις, πιο συγκεκριμένα: το φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα, τον τόπο κατοικίας, την οικογενειακή κατάσταση, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα, το μηνιαίο εισόδημα, τη συχνότητα επισκέψεων στα εξωτερικά τακτικά ιατρεία και το ιατρείο από το οποίο εξετάστηκε. Επιπλέον ακολουθούσαν 44 ερωτήσεις κλειστού τύπου όσον αφορά την αξιολόγηση του ιατρονοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού, των εγκαταστάσεων των ιατρείων, του χρόνου αναμονής των ασθενών, την παρουσίαση του κόστους εξυπηρέτησης και η πιθανή μελλοντική χρήση. Κάθε μια από τις παραπάνω ενότητες αξιολογούταν από το 1 έως το 5. Οι ασθενείς καλούνταν να απαντήσουν σχετικά με την αξιολόγηση του συνόλου των υπηρεσιών αν είναι πολύ κακές, κακές, μέτριες, καλές, πολύ καλές. Ο χρόνος συμπλήρωσης υπολογίστηκε περίπου σε 15 λεπτά. Τέλος στις απαντήσεις των ασθενών δεν υπήρχαν προκαταλήψεις καθώς ο ερευνητής δεν ήταν παρών.

Οι 201 ασθενείς συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης χωρίς να υπάρξουν ελλείπουσες απαντήσεις (missing values). Οι 7 υποκλίμακες (εξαιρέθηκε εκείνη των χρόνων αναμονής – ενότητα Ε) απέδωσαν υψηλούς συντελεστές αξιοπιστίας Cronbach που κυμαίνονται από $\alpha=0,822-0,936$. Οι βαθμονομήσεις τους σύμφωνα με τους Pierrakos et al (2015), μετασχηματίστηκαν σε κλίμακα 0-100 ώστε να είναι συγκρίσιμες (Γαλάτου 2014). Σε κάθε υποκλίμακα εκφρασμένη σε κλίμακα 5-βαθμη Likert και για κάθε συμμετέχων στην έρευνα, έγινε άθροιση των απαντήσεων και μετασχηματισμός των τιμών στην κλίμακα 0-100. Υψηλές τιμές υποδηλώνουν «καλές» ή «πολύ καλές» υπηρεσίες φροντίδας (για τις ενότητες Α-Β-Γ-Δ-Η) ή «συμφωνία» στο υψηλό κόστος εξυπηρέτησης (ενότητα Ζ) και στη μελλοντική χρήση των εξωτερικών ιατρείων (ενότητα Θ). Στην ενότητα Ε (χρόνοι ραντεβού/προσέλευσης και εξυπηρέτησης) έγινε τροποποίηση των αναφερόμενων τιμών σε μήνες και ώρες, αντίστοιχα.

5.5 Πιλοτική μελέτη

Πραγματοποιήθηκε πιλοτική μελέτη σε τέσσερις ασθενείς που επισκέφθηκαν τα εξωτερικά τακτικά ιατρεία του ΠΑΓΝΗ. Ο σκοπός της πιλοτικής μελέτης ήταν να διαπιστωθεί αν οι ερωτήσεις και οι οδηγίες του ερωτηματολογίου που χρησιμοποιήθηκαν ήταν κατανοητές, ώστε να παρατηρηθεί αν τα δεδομένα που συλλέχθηκαν μπορούν να αναλυθούν, να βεβαιωθεί ότι τα δεδομένα που συγκεντρώθηκαν ικανοποιούν τους σκοπούς της μελέτης και ότι δεν συλλέχθηκαν άσχετα δεδομένα. Επιπλέον λήφθηκε μια ένδειξη του ρυθμού απάντησης ή του επιπέδου συμμετοχής που πρέπει να περιμένει όπως και τον υπολογισμό των απαραίτητων πόρων για διαχείριση, ανάλυση και ανακοίνωση της μελέτης.

5.6 Δεοντολογία

Τηρήθηκαν οι αρχές ηθικής και δεοντολογίας που ισχύουν για κάθε έρευνα και βασίζονται εν μέρει και στις τέσσερις βασικές οικουμενικές αρχές της βιοηθικής δηλαδή την αυτονομία, τη δικαιοσύνη, την ωφέλεια και την μη βλάβη. Η τήρηση των αρχών αυτών αποτελούσε σημείο σεβασμού στην ανθρώπινη ελευθερία και αξιοπρέπεια.

Στην παρούσα έρευνα αρχικά ζητήθηκε η έγκριση από το τμήμα Νοσηλευτικής και συνέχεια η άδεια από το ΠΑΓΝΗ. Επιπλέον ενημερώθηκε το προσωπικό που εργάζεται στα συγκεκριμένα τμήματα για τον σκοπό και τους στόχους της έρευνας. Η συμμετοχή φυσικών προσώπων στην ερευνά ήταν εθελοντική αλλά αναγκαία. Τα ερωτηματολόγια ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων από τα οποία μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας είχαν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς και συγκεκριμένα ποσοτικής ή/και ποιοτικής επεξεργασίας συνολικά. Καμία μεμονωμένη πληροφορία σχετικά με οποιοδήποτε νοσοκομείο ή φυσικό πρόσωπο δεν δημοσιεύτηκε, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο τηρήθηκε στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας αλλά και μετά το πέρας αυτής, και δέσμευε τα μέλη της ερευνητικής ομάδας.

5.7 Στατιστική ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων της έρευνας έγινε με τη βοήθεια του προγράμματος IBM SPSS 23.0. Υπολογίστηκαν κατανομές συχνοτήτων των βασικών περιγραφικών χαρακτηριστικών των 201 ασθενών. Στον έλεγχο διαφοράς και συγκρίσεων στις κατανομές απαντήσεων σε σχετικές ερωτήσεις, υπολογίστηκαν κατά περίπτωση τα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης με τεχνικές bootstrap. Στις συσχετίσεις των κλιμάκων χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός συντελεστής rho-Spearman καθώς και στις συγκρίσεις των επιπέδων τους ο Kruskal-Wallis, ενώ στις συγκρίσεις μεταξύ των υποκλιμάκων χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος Friedman. Ως αποδεκτό επίπεδο σημαντικότητας επιλέχθηκε το 5%.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΚΤΟ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

6.1 Αποτελέσματα ανάλυσης

Ασθενείς

Στον **πίνακα 1** παρουσιάζονται τα περιγραφικά χαρακτηριστικά των 201 ασθενών εξωτερικών ιατρείων που συμμετείχαν στην έρευνα. Το 25,4% ήταν άνδρες και η μέση ηλικία όλων βρέθηκε στα 41,0 ($\pm 15,7$) χρόνια. Το 71,1% ήταν έγγαμοι/ες, το 11,9% είχαν μόρφωση έως το δημοτικό, ενώ η πλειοψηφία ή το 32,8% ήταν άνεργοι, μαθητές, ασχολούνταν με οικιακά, κ.λπ. Τέλος, το 33,3% είχαν χαμηλό μηνιαίο εισόδημα.

Πίνακας 1. Γενικά περιγραφικά χαρακτηριστικά 201 ασθενών εξωτερικών ιατρείων που συμμετείχαν στην έρευνα.

| | | v | % |
|------------------------|---|-------------------------|----------|
| Φύλο | <i>άνδρας</i> | 51 | 25,4 |
| | <i>γυναίκα</i> | 150 | 74,6 |
| Ηλικία, χρόνια | <i><30</i> | 59 | 29,4 |
| | <i>30-49</i> | 91 | 45,3 |
| | <i>50-65</i> | 30 | 14,9 |
| | <i>>65</i> | 21 | 10,4 |
| | <i>μέση ηλικία\pmτυπ. απόκλ.(ελ.-μεγ.)</i> | 41,0 \pm 15,7 (17-86) | |
| Υπηκοότητα | <i>ελληνική</i> | 194 | 96,5 |
| | <i>άλλη</i> | 7 | 3,5 |
| Τόπος καταγωγής | <i>Νομός Ηρακλείου</i> | 166 | 82,6 |
| | <i>Νομός Χανίων, Ρεθύμνης,</i> | 27 | 13,4 |

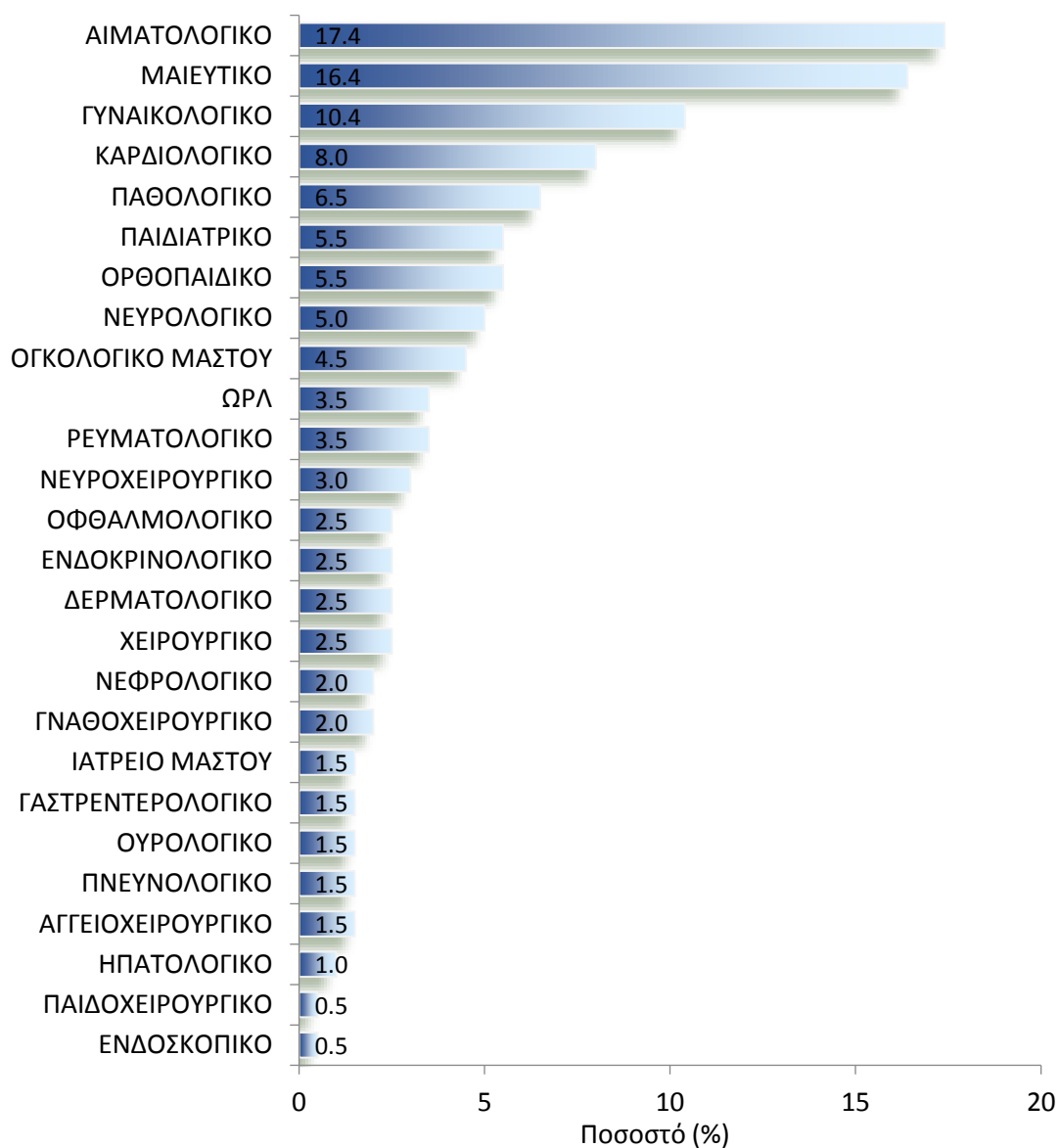
| | | | |
|-------------------------------|---|---------------|------|
| | <i>Λασιθίου</i> | | |
| | <i>άλλο</i> | 8 | 4,0 |
| Οικογενειακή κατάσταση | <i>Έγγαμος/η</i> | 143 | 71,1 |
| | <i>Συζεί, διαζευγμένος/η</i> | 14 | 7,0 |
| | <i>Άγαμος/η, χήρος/α</i> | 44 | 21,9 |
| Παιδιά (ν=185) | <i>μέσος αριθμός±τυπ. απόκλ. (ελ.-μεγ.)</i> | 3,3±1,3 (1-7) | |
| Μορφωτικό επίπεδο | <i>έως δημοτικό</i> | 24 | 11,9 |
| | <i>Γυμνάσιο</i> | 22 | 10,9 |
| | <i>Λύκειο ή σχολή</i> | 80 | 39,8 |
| | <i>ΑΕΙ, ΤΕΙ</i> | 63 | 31,3 |
| | <i>MSc, PhD</i> | 12 | 6,1 |
| Επάγγελμα | <i>Αγρότης, Οικοδόμος</i> | 11 | 5,5 |
| | <i>Άνεργος, Οικιακά, Μαθητής κ.α.</i> | 66 | 32,8 |
| | <i>Δημόσιος Υπάλληλος</i> | 35 | 17,4 |
| | <i>Ελ. Επαγγελματίας</i> | 41 | 20,4 |
| | <i>Ιδιωτικός υπάλληλος</i> | 35 | 17,4 |
| | <i>Συνταξιούχος</i> | 13 | 6,5 |
| Μηνιαίο οικ. εισόδημα | <i><500 ευρώ</i> | 67 | 33,3 |
| | <i>500-1500</i> | 104 | 51,8 |
| | <i>>1500</i> | 30 | 14,9 |

Από τη συχνότητα επισκεψιμότητας τους στα εξωτερικά ιατρεία (πίνακας 2) φαίνεται ότι συχνά στο τελευταίο έτος πραγματοποιούν επίσκεψη το 56,2%. Ο μέσος αριθμός φορών επίσκεψης το χρόνο ανέρχεται επίσης σε 7 φορές περίπου, με μέγιστη συχνότητα τις 48 φορές. Η πλειοψηφία των επισκέψεων βρέθηκε να γίνεται στο Αιματολογικό ιατρείο (17,4%) και έπεται το Μαιευτικό (16,4%) (σχήμα 1).

Πίνακας 2. Συχνότητα επισκεψιμότητας των 201 ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία.

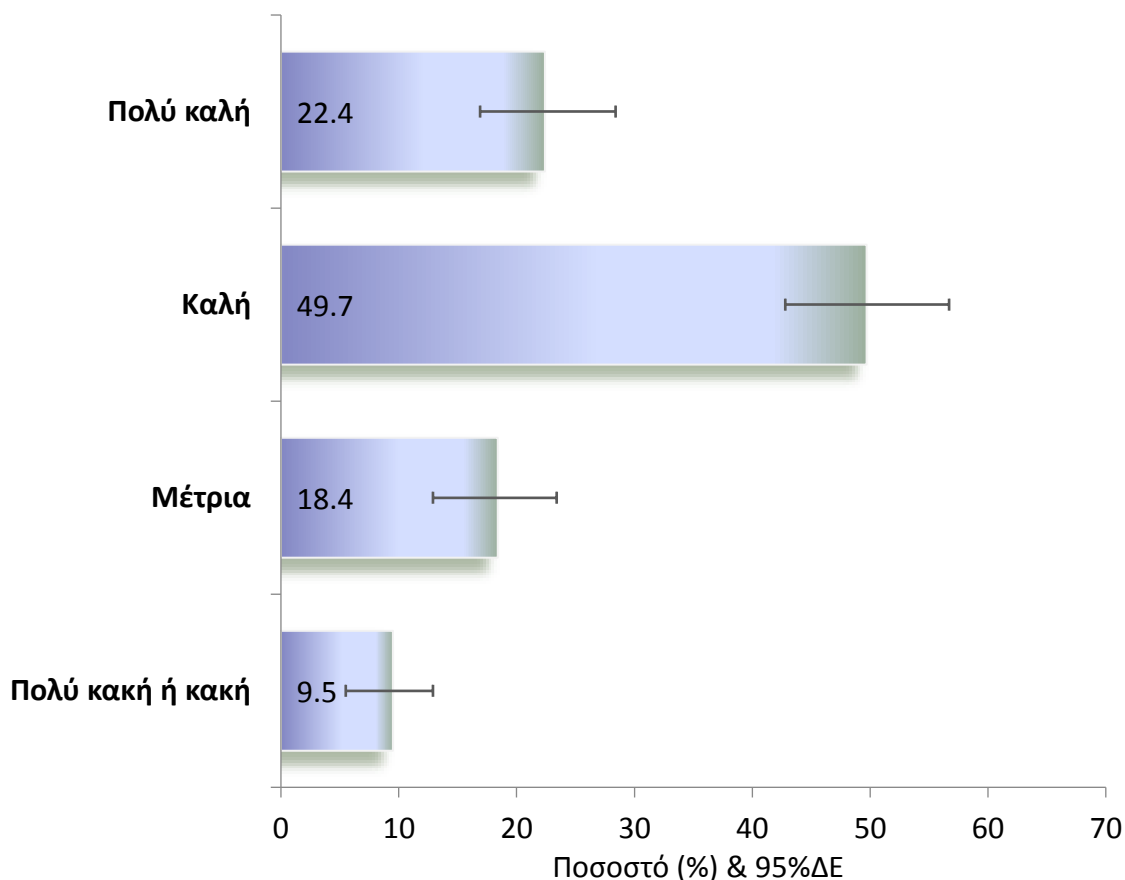
| | | v | % |
|--|--|----------------|----------|
| Συχνή επίσκεψη στο τελευταίο έτος | | | |
| | <i>ναι</i> | 113 | 56,2 |
| | <i>όχι</i> | 88 | 43,8 |
| Επισκεψιμότητα: Φορές/χρόνο | <i>μέση τιμή±τυπ. απόκλ.(ελ.-μεγ.)</i> | 7,2±7,2 (1-48) | |

Σχήμα 1. Συχνότητα επισκεψιμότητας των 201 ασθενών σε εξωτερικά ιατρεία.



Από την αυτοεκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας τους (**σχήμα 2**), η πλειοψηφία αναφέρει ως «καλή» έως «πολύ καλή» (72,1%) και μόλις το 9,5% αναφέρει ως «πολύ κακή ή κακή».

Σχήμα 2. Αυτοεκτίμηση της γενικής κατάστασης της υγείας τους από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα.



Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας

Στους πίνακες 3 έως 11 παρουσιάζονται οι κατανομές των απαντήσεων στις 43 ερωτήσεις που αφορούν την ικανοποίηση από τις σχετικές υπηρεσίες. Στην πλειοψηφία τους ως «καλές έως πολύ καλές» στην ικανοποίηση, θεωρεί το 82,1% «Τις οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων που πρέπει να πάρετε», όπως καθορίζονται από την ιατρική φροντίδα (**πίνακας 3**), το 72,2% «Την προθυμία των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας» ή «Την ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτριών/των» όπως καθορίζονται από τη νοσηλευτική φροντίδα (**πίνακας 4**), το 63,2% από «Τις διαδικασίες εξόδου» όπως εκλαμβάνονται από τις διοικητικές υπηρεσίες (**πίνακας 5**), το 74,6% «Τη θερμοκρασία των χώρων» στις εγκαταστάσεις των Εξωτερικών Ιατρείων (**πίνακας 6**).

Πίνακας 3. Συχνότητα αποκρίσεων από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις για την ικανοποίηση από υπηρεσίες Ιατρικής Φροντίδας.

| | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ Καλές |
|--|---------------|-------|---------|-------|---------------|
| | % | | | | |
| 11. Το χρόνο που διαθέτουν οι γιατροί για την πραγματοποίηση της εξέτασης. | 2,0 | 3,5 | 24,9 | 47,3 | 22,4 |
| 12. Την ακρίβεια με την οποία οι γιατροί σας πληροφορούν για την ασθένειά σας. | 0,5 | 5,0 | 15,9 | 46,3 | 32,3 |
| 13. Τις οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων που πρέπει να πάρετε. | 0,5 | 3,0 | 14,4 | 42,8 | 39,3 |
| 14. Τις οδηγίες για τον τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθήσετε. | 3,0 | 3,5 | 18,9 | 45,3 | 29,4 |
| 15. Την ευγενική συμπεριφορά των γιατρών. | 4,5 | 2,5 | 17,4 | 40,3 | 35,3 |
| 16. Την επικοινωνία που είχατε με τους γιατρούς. | 1,0 | 5,5 | 21,9 | 40,8 | 30,8 |
| 17. Την εμπιστοσύνη που αισθανθήκατε με τους γιατρούς. | 2,0 | 5,0 | 18,4 | 36,3 | 38,3 |
| 18. Το ενδιαφέρον των γιατρών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας. | 2,5 | 3,5 | 19,9 | 39,8 | 34,3 |

Πίνακας 4. Συχνότητα αποκρίσεων από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις για την ικανοποίηση από υπηρεσίες Νοσηλευτικής Φροντίδας.

| | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ Καλές |
|--|---------------|-------|---------|-------|---------------|
| | % | | | | |
| 19. Την προθυμία των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας. | 2,5 | 6,0 | 21,4 | 44,8 | 25,4 |
| 20. Τη συμπαράσταση των νοσηλευτριών/των στην οικογένεια σας και το περιβάλλον σας. | 4,5 | 6,0 | 29,4 | 40,8 | 19,4 |
| 21. Την ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτριών/των. | 2,5 | 5,5 | 21,9 | 43,3 | 26,9 |
| 22. Την επικοινωνία που είχατε με τις νοσηλεύτριες/τες. | 2,5 | 6,0 | 29,4 | 36,8 | 25,4 |
| 23. Την εμπιστοσύνη που αισθανθήκατε με τις νοσηλεύτριες/τες. | 3,0 | 6,0 | 27,9 | 36,3 | 26,9 |
| 24. Την στήριξη που σας παρείχαν οι νοσηλεύτριες/τες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σας. | 3,0 | 5,5 | 30,8 | 37,3 | 23,4 |

| | | | | | |
|---|-----|-----|------|------|------|
| 25. Την ταχύτητα με την οποία εκτέλεσαν τα καθήκοντά τους. | 5,5 | 7,5 | 27,4 | 37,8 | 21,9 |
| 26. Το ενδιαφέρον των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας. | 3,5 | 6,5 | 29,4 | 38,8 | 21,9 |

Πίνακας 5. Συχνότητα αποκρίσεων από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις για την ικανοποίηση από Διοικητικές υπηρεσίες.

| | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ Καλές |
|--|------------|-------|---------|-------|------------|
| | % | | | | |
| 27. Τις διαδικασίες εισαγωγής. | 2,0 | 8,5 | 32,8 | 40,8 | 15,9 |
| 28. Τις διαδικασίες εξόδου. | 2,5 | 4,5 | 29,9 | 47,3 | 15,9 |
| 29. Την ταχύτητα με την οποία το διοικητικό προσωπικό εκτελεί τα καθήκοντα του. | 2,5 | 9,0 | 36,8 | 39,8 | 11,9 |
| 30. Την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού. | 3,0 | 9,5 | 32,3 | 42,3 | 12,9 |
| 31. Την διευκόλυνση για την τήρηση του χρόνου αναμονής σας στο ελάχιστο. | 5,5 | 17,4 | 39,3 | 30,8 | 7,0 |
| 32. Τη συνέπεια στην τήρηση του προγραμματισμού(ραντεβού) για την εξέτασή σας. | 8,5 | 9,0 | 29,9 | 37,3 | 15,4 |
| 33. Το ενδιαφέρον του διοικητικού προσωπικού για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών. | 3,5 | 8,5 | 39,8 | 39,8 | 8,5 |
| 34. Την επικοινωνία που είχατε με το διοικητικό προσωπικό. | 4,5 | 9,5 | 39,3 | 37,3 | 9,5 |

Πίνακας 6. Συχνότητα αποκρίσεων από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις για την ικανοποίηση από τις Εγκαταστάσεις των Εξωτερικών Ιατρείων.

| | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ Καλές |
|---------------------------------------|------------|-------|---------|-------|------------|
| | % | | | | |
| 34. Την καθαριότητα των χώρων. | 0,5 | 6,0 | 31,8 | 43,8 | 17,9 |
| 35. Την καθαριότητα στις τουαλέτες. | 7,5 | 16,4 | 33,3 | 31,8 | 10,9 |
| 36. Την άνεση στις αίθουσες αναμονής. | 2,5 | 13,4 | 33,3 | 36,3 | 14,4 |
| 37. Την επάρκεια των χώρων. | 3,0 | 12,9 | 38,8 | 31,8 | 13,4 |

| | | | | | |
|---|-----|------|------|------|------|
| 38. Τη θερμοκρασία των χώρων. | 1,0 | 5,5 | 18,9 | 52,2 | 22,4 |
| 39. Τη διευκόλυνση πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες. | 4,5 | 10,0 | 30,3 | 37,3 | 17,9 |
| 40. Την ευκολία προσανατολισμού σας (ταμπέλες, γραμμές κατεύθυνσης, σηματοδότησης). | 6,5 | 7,5 | 26,4 | 40,3 | 19,4 |
| 41. Την ανταπόκριση των ωραρίων λειτουργίας στις ανάγκες σας. | 4,0 | 8,5 | 30,3 | 44,3 | 12,9 |

Από τους χρόνους προσέλευσης & εξυπηρέτησης των 201 ασθενών (**πίνακας 7**), ο μέσος χρόνος αναμονής μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που δόθηκε, προσεγγίζει του 1,6 μήνες, με ελάχιστο τον 0,1 μήνα (1 ημέρα) και μέγιστο τους 9 μήνες. Ο μέσος χρόνος άφιξης από την κατοικία τους στο χώρο του νοσοκομείου ήταν επίσης 0,6 ώρες και ο μέσος χρόνος αναμονής στα εξωτερικά ιατρεία οι 1,9 ώρες, με μέγιστο τις 8 ώρες αναμονής. Το 1/3 περίπου ή 31,8% «συμφωνούν» ότι «*Το εισιτήριο εξέτασης στα εξωτερικά ιατρεία είναι υψηλό*», ενώ μόλις το 4,5% πιστεύει ότι αν συμμετείχε με 10 ευρώ επιπλέον στα Εξωτερικά Ιατρεία θα είχε καλύτερες υπηρεσίες (**πίνακας 8**). Στην πλειοψηφία επίσης τους ως «καλές έως πολύ καλές» στην ικανοποίηση, θεωρεί το 68,1% «*Την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες μετά την εξέταση*» όπως καθορίζονται από τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων (**πίνακας 9**).

Πίνακας 7. Χρόνοι προσέλευσης και εξυπηρέτησης των 201 ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα στα εξωτερικά ιατρεία.

| | μέση τιμή±τυπ. απόκλ.(ελ.-μεγ.) |
|--|---------------------------------|
| 42. Χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που δόθηκε, μήνες . | 1,6±1,7 (0,1-9,0) |
| 43. Χρόνος που έκαναν από τον τόπο κατοικίας για να φθάσουν στο νοσοκομείο, ώρες . | 0,6±0,5 (0,1-3,0) |
| 44. Χρόνος αναμονής από την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι που τους δέχτηκε ο γιατρός, ώρες . | 1,9±1,4 (0,0-8,0) |

Πίνακας 8. Συχνότητα αποκρίσεων από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις για την ικανοποίηση από το κόστος εξυπηρέτησης των Εξωτερικών Ιατρείων.

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ αρκετά | Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ % | Συμφωνώ αρκετά | Συμφωνώ πολύ |
|---|--------------------|-------------------|---|-------------------|-----------------|
| 45. Το εισιτήριο εξέτασης στα εξωτερικά ιατρεία είναι υψηλό. | 28,4 | 8,0 | 31,8 | 19,4 | 12,4 |
| 46. Η συμμετοχή στο κόστος των εξετάσεων είναι υψηλή. | 28,9 | 11,9 | 30,8 | 13,9 | 14,5 |
| | Ναι | Όχι | Ίσως | | |
| 47. Πιστεύετε ότι αν δίνετε 10 ευρώ επιπλέον στα Εξωτερικά Ιατρεία θα είχατε καλύτερες υπηρεσίες; | 4,5 | 69,1 | 26,4 | | |

Πίνακας 9. Συχνότητα αποκρίσεων από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις για την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων.

| | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ Καλές |
|---|---------------|-------|---------|-------|---------------|
| | | | % | | |
| 48. Το χρηματικό κόστος που πληρώσατε. | 4,0 | 2,5 | 39,3 | 28,8 | 25,4 |
| 49. Τη βελτίωση της υγείας σας. | 1,0 | 2,0 | 33,3 | 42,8 | 20,9 |
| 50. Την ικανοποίηση σας από τις υπηρεσίες μετά την εξέταση σας. | 1,5 | 6,0 | 24,4 | 47,3 | 20,8 |
| 51. Την ικανοποίηση σας που περιμένατε να έχετε πριν την εξέτασή σας. | 4,0 | 5,5 | 38,3 | 40,3 | 11,9 |

Το 52,2% «συμφωνούν» ότι «θα σύστηναν σε άλλους τα ίδια εξωτερικά ιατρεία που επισκέφθηκαν», ενώ 1 στους 3 περίπου ή το 34,8% «διαφωνούν» στο ότι «θα προτιμούσαν να επισκεφθούν ιδιωτικά εξωτερικά ιατρεία» (πίνακας 10).

Πίνακας 10. Συχνότητα αποκρίσεων από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα σε ερωτήσεις για τη μελλοντική χρήση των Εξωτερικών Ιατρείων.

| | Διαφωνώ απόλυτα | Διαφωνώ αρκετά | Ούτε διαφωνώ ούτε συμφωνώ % | Συμφωνώ αρκετά | Συμφωνώ πολύ |
|---|--------------------|-------------------|---|-------------------|-----------------|
| 52. Θα επιθυμούσατε να επισκεφθείτε ξανά τα ίδια εξωτερικά ιατρεία. | 6,0 | 4,0 | 39,3 | 31,8 | 18,9 |
| 53. Θα συστήνατε σε άλλους τα ίδια εξωτερικά ιατρεία που επισκεφθήκατε. | 3,0 | 9,5 | 35,3 | 29,4 | 22,8 |
| 54. Θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε ιδιωτικά εξωτερικά ιατρεία. | 17,9 | 16,9 | 29,4 | 19,4 | 16,4 |

Για την ιεράρχηση ικανοποίησης των 201 ασθενών (**πίνακας 11**), χρησιμοποιήθηκαν οι μέσες τιμές της βαθμολογίας στις 7 κλίμακες/ενότητες. Συγκεκριμένα, με την υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης (υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει «πολύ καλές» υπηρεσίες) βρέθηκε να αποτιμάται η Ιατρική φροντίδα και με την χαμηλότερη οι Διοικητικές υπηρεσίες (80,0 έναντι 69,3, $p < 0,001$). Αντίστοιχα, η μελλοντική χρήση των εξωτερικών ιατρείων από τους ασθενείς (υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερο βαθμό «συμφωνίας») υπερέρχει έναντι του κόστους εξυπηρέτησης και άρα το κόστος εξυπηρέτησης θεωρούν ότι υπάρχει σε σημαντικά χαμηλότερο βαθμό (67,5 έναντι 51,6, $p < 0,001$).

Πίνακας 11. Ιεράρχηση βαθμολογιών ικανοποίησης από τους 201 ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.

| | Μέση τιμή | Τυπ. απόκλ. | Ελάχιστη | Μέγιστη |
|---|-------------------|-------------|----------|---------|
| Ιατρική Φροντίδα | 80,0 ^α | 14,8 | 35,0 | 100,0 |
| Νοσηλευτική φροντίδα | 74,9 | 18,0 | 22,5 | 100,0 |
| Συνολική από τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων | 74,0 | 14,7 | 30,0 | 100,0 |
| Από τις εγκαταστάσεις των Εξωτερικών Ιατρείων | 70,9 | 15,1 | 22,5 | 100,0 |
| Από Διοικητικές Υπηρεσίες | 69,3 | 15,8 | 22,5 | 100,0 |
| | p-value | <0,001 | | |
| Μελλοντική Χρήση Εξωτερικών Ιατρείων | 67,5 ^β | 12,9 | 20,0 | 100,0 |
| Κόστος εξυπηρέτησης | 51,6 | 17,4 | 20,0 | 86,7 |
| | p-value | <0,001 | | |

^α Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει «πολύ καλές» υπηρεσίες.

^β Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερο βαθμό «συμφωνίας».

Έλεγχος Friedman.

Στον **πίνακα 12** παρουσιάζονται οι συντελεστές συσχέτισης των βαθμολογιών ικανοποίησης και χρόνων αναμονής εξυπηρέτησης των 201 ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ως προς βασικά τους χαρακτηριστικά. Μεταξύ άλλων, οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς σε σχέση με τους νεότερους, έχουν υψηλότερη ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα ($r=0.214$, $p<0.01$) ή από τις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων ($r=0.199$, $p<0.01$), ενώ φαίνεται να διαφωνούν σε μεγαλύτερο βαθμό με το αυξημένο κόστος εξυπηρέτησης ($r=-0.166$, $p<0.05$). Αντίθετα, οι έχοντες υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν και σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα ($r=-0.180$, $p<0.05$), από τις διοικητικές υπηρεσίες ($r=-0.278$, $p<0.01$) ή από τις εγκαταστάσεις ($r=-0.210$, $p<0.01$). Σημειώνεται επίσης ότι το αυτοαναφερόμενο επίπεδο υγείας δεν σχετίζεται σημαντικά με τις βαθμολογίες των κλιμάκων ικανοποίησης (αποτελέσματα δεν παρουσιάζονται σε πίνακα).

Πίνακας 12. Συσχέτιση των βαθμολογιών ικανοποίησης και χρόνων αναμονής εξυπηρέτησης των 201 ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ως προς βασικά τους χαρακτηριστικά.

| | Ηλικία | Μορφωτικό επίπεδο | Μηνιαίο οικ. εισόδημα | Επισκεψιμότητα: Φορές/χρόνο |
|---|---------|-------------------|-----------------------|-----------------------------|
| Spearman's rho | | | | |
| Ιατρική Φροντίδα ^α | 0,133 | -0,014 | 0,077 | -0,053 |
| Νοσηλευτική φροντίδα ^α | 0,214** | -0,180* | -0,014 | 0,073 |
| Από Διοικητικές Υπηρεσίες ^α | 0,116 | -0,278** | -0,063 | -0,019 |
| Από τις εγκαταστάσεις των Εξωτερικών Ιατρείων ^α | 0,199** | -0,210** | 0,014 | 0,109 |
| Χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που δόθηκε ^β | 0,084 | 0,016 | 0,047 | 0,074 |
| Χρόνος που έκαναν από τον τόπο κατοικίας για να φθάσουν στο νοσοκομείο ^β | -0,003 | -0,047 | -0,076 | -0,008 |
| Χρόνος αναμονής από την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι που τους δέχτηκε ο γιατρός ^β | -0,089 | 0,007 | 0,083 | 0,163 |
| Κόστος εξυπηρέτησης ^γ | -0,166* | 0,103 | -0,045 | 0,027 |
| Συνολική από τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων ^α | 0,133 | 0,035 | 0,147* | -0,072 |
| Μελλοντική Χρήση Εξωτερικών Ιατρείων ^γ | 0,004 | 0,069 | 0,026 | 0,055 |

Η ηλικία αφορά χρόνια, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα τη διαβάθμιση του πίνακα 1 και οι φορές επισκεψιμότητας την αριθμητική συχνότητα του πίνακα 2.

^α Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει «πολύ καλές» υπηρεσίες.

^β Οι χρόνοι προσέλευσης & εξυπηρέτησης αφορούσαν αντίστοιχα μήνες και ώρες.

^γ Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερο βαθμό «συμφωνίας».

* p-value<0.05, **p-value<0.01

Τέλος από τον **πίνακα 13** και τη σύγκριση των βαθμολογιών ικανοποίησης και χρόνων αναμονής εξυπηρέτησης των 201 ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ως προς την αυτοαναφερόμενη υγεία τους, διαπιστώνεται η μη σημαντική διαφοροποίηση της βαθμολογίας (ικανοποίησης) και χρόνου αναμονής/εξυπηρέτησης ως προς το επίπεδο της υγείας των ασθενών ($p>0.05$). Η εκτίμηση αυτή οδηγεί στο συμπέρασμα ότι η κατάσταση της υγείας τους, όπως οι ίδιοι την προσδιορίζουν, δεν επηρεάζει την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων.

Πίνακας 11. Σύγκριση βαθμολογιών ικανοποίησης και χρόνων αναμονής εξυπηρέτησης των 201 ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, ως προς την αυτοαναφερόμενη υγεία τους.

| | Αυτοαναφερόμενη υγεία | | | | | | | | |
|---|-----------------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------|
| | Πολύ κακή ή κακή | | Μέτρια | | Καλή | | Πολύ καλή | | p-value |
| | Μέση τιμή | Τυπ. απόκλ. | Μέση τιμή | Τυπ. απόκλ. | Μέση τιμή | Τυπ. απόκλ. | Μέση τιμή | Τυπ. απόκλ. | |
| Ιατρική Φροντίδα ^α | 80,8 | 16,2 | 76,4 | 17,1 | 79,9 | 14,1 | 82,9 | 13,6 | 0,321 |
| Νοσηλευτική φροντίδα ^α | 72,0 | 26,1 | 78,4 | 19,5 | 74,3 | 16,1 | 74,4 | 16,8 | 0,320 |
| Από Διοικητικές Υπηρεσίες ^α | 69,2 | 21,0 | 70,4 | 16,2 | 69,1 | 14,6 | 68,7 | 16,0 | 0,928 |
| Από τις εγκαταστάσεις των Εξωτερικών Ιατρείων ^α | 72,4 | 18,4 | 69,9 | 17,0 | 70,8 | 14,4 | 71,5 | 13,7 | 0,921 |
| Χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που δόθηκε ^β | 1,4 | 1,4 | 1,8 | 1,4 | 1,6 | 1,6 | 1,7 | 2,0 | 0,316 |
| Χρόνος που έκαναν από τον τόπο κατοικίας για να φθάσουν στο νοσοκομείο ^β | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,5 | 0,6 | 0,5 | 0,5 | 0,3 | 0,340 |
| Χρόνος αναμονής από την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι που τους δέχτηκε ο γιατρός ^β | 1,5 | 1,1 | 1,6 | 1,0 | 2,0 | 1,6 | 1,9 | 1,5 | 0,601 |
| Κόστος εξυπηρέτησης ^γ | 58,6 | 16,6 | 50,5 | 17,5 | 49,1 | 16,1 | 55,3 | 19,4 | 0,063 |
| Συνολική από τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων ^α | 70,3 | 14,1 | 72,8 | 15,1 | 73,7 | 14,1 | 77,3 | 15,7 | 0,301 |
| Μελλοντική Χρήση Εξωτερικών Ιατρείων ^γ | 65,3 | 12,1 | 69,5 | 15,9 | 66,4 | 10,8 | 69,3 | 14,7 | 0,402 |

^α Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει «πολύ καλές» υπηρεσίες.

^β Οι χρόνοι προσέλευσης & εξυπηρέτησης αφορούσαν αντίστοιχα μήνες και ώρες.

^γ Υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει υψηλότερο βαθμό «συμφωνίας».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ ΕΒΔΟΜΟ

ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΚΑΙ ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

7.1 Συζήτηση

Διαπιστώθηκε ήδη στο εισαγωγικό μέρος της παρούσας εργασίας, πόσο σημαντικό είναι ο κάθε ασθενής που επισκέπτεται το νοσοκομείο για να βρει τη λύση για το πρόβλημα υγείας του, να λαμβάνει την αντίστοιχη φροντίδα υγείας. Το βασικότερο είναι, όλοι οι επαγγελματίες υγείας να συγκεντρώνονται στον βασικό τους στόχο και να αποδίδουν όσο το δυνατόν καλύτερα με σκοπό την μέγιστη ικανοποίηση των ασθενών. Παρακάτω θα πραγματοποιηθεί σύγκριση των αποτελεσμάτων της δικής μας έρευνας με αποτελέσματα άλλων μελετών.

Από την ανάλυση των αποτελεσμάτων παρατηρήθηκε πλειοψηφία του γυναικείου φύλο με ποσοστό 74,6% που επισκέφθηκε το νοσοκομείο του Ηρακλείου ομοίως με ίδια περίπου ποσοστά του νοσοκομείου Πάτρας (Κεσουλίδου 2017).

Αναφορικά με τα δημογραφικά στοιχεία είναι ενδιαφέρον να αναφερθεί ότι στα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας παρουσιάστηκε σχετικά μικρός μέσος όρος ηλικίας των ατόμων που συμμετείχαν, όπως αντίστοιχα σε παρόμοια έρευνα που διεκπεραιώθηκε σε νοσοκομείο της Ινδίας παρατηρήθηκε ότι το 40% από το δείγμα 120 ατόμων ήταν 30-45 ετών, ενώ ένα μικρό ποσοστό περίπου 6% αποτελούσαν ασθενείς άνω των 60 ετών (Mohd & Chakravarty 2014).

Αντίστοιχα σε σχετική έρευνα που πραγματοποιήθηκε στον ελλαδικό χώρο, σε δείγμα 415 ατόμων οι ασθενείς, οι οποίοι είχαν υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας, τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό όσο και από το διοικητικό προσωπικό (Φωτεινογιαννοπούλου 2013). Στην έρευνα των Γαβριήλ και συν (2012), που πραγματοποιήθηκε σε δείγμα 761 ασθενών στην Κύπρο, διαπιστώθηκε ότι 4 στους 10 ασθενείς δεν είχαν μόρφωση ή είχαν τελειώσει το δημοτικό, ενώ μόνο το 18% είχε ανώτερο μορφωτικό επίπεδο είτε πανεπιστημίου ή μεταπτυχιακού. Επισημαίνεται λοιπόν ότι δεν συμβαίνει το ίδιο με

το δείγμα του Ηρακλείου όπου το χαμηλότερο ποσοστό 11,9% ήταν δημοτικής εκπαίδευσης αντίθετα με το 39,8% που ήταν απόφοιτοι λυκείου ή κάποιας σχολής.

Ενδιαφέρον εύρημα ήταν ότι ενώ οι περισσότεροι ασθενείς θεωρούσαν την υγεία τους πολύ καλή σημειώθηκε, ότι το 56,2% επισκέπτονταν αρκετά συχνά τα εξωτερικά ιατρεία του ΠΑΓΝΗ, αντίθετα με έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε επτά νοσοκομεία όπου διαπιστώθηκε ότι το 62,6% δεν πήγαιναν τόσο συχνά στο νοσοκομείο (Πιερράκος και συν. 2015).

Επιπλέον βρέθηκε από την παρούσα έρευνα, ότι η πλειοψηφία των ασθενών επισκέπτονταν το αιματολογικό ιατρείο με 17,4% και ακολουθούσε το μαιευτικό με 16,4%, σε αντίθεση με μελέτη που πραγματοποιήθηκε επίσης στην Ελλάδα στο Νοσοκομείο Αττικών που διαπιστώθηκε μεγάλη επισκεψιμότητα στο παθολογικό με 19% και στη συνέχεια ακολούθησε το ορθοπεδικό με 13,8% (research 2009).

Σε νοσοκομείο της Αττικής ένα δείγμα από 218 συνοδούς χαρακτήρισε ικανοποιητική την ταχύτητα εξυπηρέτησης, καθώς το 49% έμεινε αρκετά ικανοποιημένο από τις διαδικασίες εισαγωγής. Παρατηρήθηκαν λοιπόν ότι τα ποσοστά σχετικά με τις διαδικασίες εισιτηρίου και εξιτηρίου ήταν σε μεγάλο βαθμό ικανοποιητικά (Παπαγιαννοπούλου και συν. 2008).

Προς την ίδια κατεύθυνση η Καραμέτου (2016) πραγματοποίησε μελέτη, στην οποία παρατηρήθηκε ότι μεγάλο ποσοστό των ατόμων που συμμετείχαν σε αυτές εξέφρασαν αρκετά ικανοποιημένοι από το σύνολο της ιατρικής φροντίδας και γενικότερα αναφέρθηκαν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης και για την ιατρική τους περίθαλψη.

Σε παρόμοια έρευνα σε Νοσοκομείο του Πειραιά οι ασθενείς με ποσοστό 86,0% εκτίμησαν και αξιολόγησαν αρκετό τον χρόνο που τους αφιέρωσε το ιατρικό προσωπικό για την ολοκλήρωση της εξέτασης τους, απεναντίας με το 3,0% που εξέφρασε παράπονα σχετικά με τους ιατρούς. Ωστόσο επιλέχθηκαν να αξιολογήσουν και το νοσηλευτικό προσωπικό σημειώνοντας υψηλή βαθμολογία και συνεπώς μεγάλη ικανοποίηση από την ευγενική συμπεριφορά φτάνοντας σε ποσοστό 89,0%. Βεβαίως το κυριότερο ήταν κατά την αναμονή τους έξω από τα ιατρεία ήταν άνετοι τονίζοντας, ότι το 94% βρήκε θέση να καθίσει και δήλωσε ότι η θερμοκρασία του

χώρου ήταν η κατάλληλη (Πίνη και συν 2012). Επιπρόσθετα σε προηγούμενη έρευνα παρουσιάστηκε ότι το (70-82)% των ασθενών ήταν ικανοποιημένοι γενικότερα με την ευγένεια του προσωπικού και όχι μόνο των νοσηλευτών. Επιπλέον αξίζει να σημειωθεί ότι ήταν πλήρως ενημερωμένοι και ευχαριστημένοι από τις επεξηγήσεις και τις απαραίτητες οδηγίες που τους δόθηκαν για τα φάρμακα και την θεραπεία που έπρεπε να ακολουθήσουν (Mohd & Chakravarty 2014).

Άλλη μια σημαντική κατηγορία στην έρευνας μας ήταν η κατάσταση υγείας όπου σε παρόμοιες έρευνες στην πλειοψηφία των ασθενών 52% η γενική κατάσταση της υγείας τους ήταν καλή και το 45,5% δήλωσαν ότι η υγεία τους βελτιώθηκε σε ικανοποιητικό βαθμό (Πιερράκος και συν 2015).

Ομοίως με τα αποτελέσματα της έρευνας μας στο νοσοκομείο της Ουγκάντα μέσω μιας έρευνας με δείγμα 210 ασθενείς παρατηρήσαν ότι ο σημαντικότερος παράγοντας που σχετιζόταν με τη χαμηλή βαθμολογία ικανοποίησης ήταν ο χρόνος αναμονής έξω από τα ιατρεία έως ότου φτάσει η ώρα εξέτασης τους. Ο χρόνος παραμονής κυμαινόταν στις 2-4 ώρες (Nabbuye–Sekandi 2011).

Ενδιαφέρον ήταν επίσης σε έρευνα της Νιγηρίας ότι η συνολική ικανοποίηση και η ηλικία των 100 συμμετεχόντων έδειξαν θετική συσχέτιση ($p=0,31$), γεγονός που οδήγησε στο συμπέρασμα ότι όσο μεγαλύτερη ήταν η ηλικία ενός ατόμου τόσο λιγότερες προσδοκίες είχε, επομένως και υψηλότερη ικανοποίηση. Παράλληλα σημειώθηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης 65% από την καθαριότητα των χώρων και αναφορικά με τον χρόνο αναμονής αποδείχθηκε σε γενικές γραμμές, ότι όσοι περίμεναν πάνω από 3 ώρες εξέφρασαν δυσαρέσκεια, η οποία φάνηκε στις ερωτήσεις που επιλέχθηκαν να απαντήσουν, σε αντίθεση με εκείνους που η αναμονή τους ήταν πιο σύντομη (Adamu & Oche 2014).

Σε έρευνα παρόμοια με την παρούσα αξίζει να αναφερθεί ότι οι διοικητικές υπηρεσίες έφεραν ποσοστά 69,3% με τη χαμηλότερη ικανοποίηση σε σύγκριση με τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Συνεπώς αξίζει να επισημανθούν τα ικανοποιητικά ποσοστά που συγκεντρώθηκαν όσον αφορά τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, οι οποίες άφησαν ικανοποιημένους τους ασθενείς με την κατανόηση, την

περιοίηση, την ευγενική συμπεριφορά και γενικότερα το ενδιαφέρον και την στήριξη που προσφέρουν (Πιερράκος και συν 2013).

Καταλήγουμε λοιπόν στο γεγονός ότι η πλειοψηφία των ασθενών έμειναν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με κάποιες διαφορές μεταξύ ιατρικού, νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού. Παρόλα αυτά οι περισσότεροι αξιολόγησαν αρκετά καλά το προσωπικό ως προς την συμπεριφορά, την ευγένεια και τον επαγγελματισμό του προσωπικού. Με άλλα λόγια το πιο σημαντικό είναι ο ασθενής να νιώθει πλήρης από το εύρος των υπηρεσιών που του προσφέρονται.

7.2 Συμπεράσματα

Από την έρευνα της παρούσας πτυχιακής εργασίας και τη σύνοψη των αποτελεσμάτων των δεδομένων της, προέκυψαν τα εξής συμπεράσματα:

- Ο μέσος ρυθμός επισκεψιμότητας ανέρχεται περίπου μια φορά στο δίμηνο χρόνο (7 φορές περίπου/χρόνο).
- Το Αιματολογικό ιατρείο έχει την υψηλότερη συχνότητα επίσκεψης.
- Από όλες τις ενότητες και ερωτήσεις ικανοποίησης, οι οδηγίες που έλαβαν σχετικά με τη λήψη φαρμάκων («Τις οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων που πρέπει να πάρετε») συγκέντρωσε την υψηλότερη ικανοποίηση («καλές έως πολύ καλές»).
- Ο μέσος χρόνος αναμονής για την ολοκλήρωση του ραντεβού εξέτασης των ασθενών εκτιμήθηκε σε λιγότερο από δύο μήνες.
- Η υψηλότερη μέση βαθμολογία ικανοποίησης (υψηλότερη βαθμολογία υποδηλώνει «πολύ καλές» υπηρεσίες) αφορούσε την ιατρική φροντίδα και η χαμηλότερη τις διοικητικές υπηρεσίες.
- Οι μεγαλύτεροι σε ηλικία ασθενείς σε σχέση με τους νεότερους, έχουν υψηλότερη ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα ή τις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων.
- Οι έχοντες υψηλό εκπαιδευτικό επίπεδο έχουν και σημαντικά χαμηλότερη ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα, από τις διοικητικές υπηρεσίες ή από τις εγκαταστάσεις των εξωτερικών ιατρείων.

- Η κατάσταση της υγείας των ασθενών, όπως οι ίδιοι την προσδιορίζουν, δεν επηρεάζει σημαντικά την ικανοποίησή τους και το χρόνο αναμονής/εξυπηρέτησης από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων.

7.3 Προτάσεις για βελτίωση

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των 201 ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρείχαν τα εξωτερικά ιατρεία. Με λίγα λόγια να ερευνηθεί κατά πόσο οι ασθενείς έμεναν ή όχι ικανοποιημένοι από το προσωπικό και το χώρο του νοσοκομείου παρατηρώντας διάφορα στοιχεία, τα οποία βοήθησαν στην διεκπεραίωση της εργασίας. Ωστόσο υπάρχουν προτάσεις, οι οποίες στοχεύουν στην καλύτερη λειτουργία και βελτίωση του συστήματος υγείας:

- Να πραγματοποιούνται τακτικές έρευνες για την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, έτσι ώστε να αξιολογούνται οι ανάγκες τους αλλά και οι υπηρεσίες που προσφέρονται από το προσωπικό, με στόχο τη βελτίωσή τους.
- Το σύστημα υγείας θα πρέπει να σταθεί κοντά στον κάθε ασθενή δημιουργώντας ένα αίσθημα εμπιστοσύνης με στόχο την ασφάλεια και την σιγουριά που θα νιώσει ο ασθενής.
- Η διοίκηση και το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό να δίνουν επαρκή χρόνο για κάθε περιστατικό, έτσι ώστε ο ασθενής να μην θεωρεί ότι επειδή στο δημόσιο δεν υπάρχει κόστος δεν θα λάβει την απαραίτητη φροντίδα.
- Πρόσληψη μόνιμου ιατρικού νοσηλευτικού και διοικητικού προσωπικού με άριστη συμπεριφορά, επικοινωνία και απαραίτητες γνώσεις.
- Διαχείριση των προβλημάτων ανάλογα με την σοβαρότητα που απαιτεί το καθένα και σωστή εξυπηρέτηση αποφεύγοντας τις υπερβολικές αναμονές δίχως αποτέλεσμα που οδηγούν σε σύγχυση και δυσανασχέτηση.
- Προγράμματα συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό, με σκοπό να εμπλουτίσουν τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις τους και να εκπαιδευτούν σε νέους χειρισμούς.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αγγελακοπούλου Χ. (2013). Ικανοποίηση ασθενών-χρηστών υπηρεσιών υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία του πανεπιστημιακού νοσοκομείου Λάρισας. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Θεσσαλίας.
2. Αλεξιάδης Α.Δ. (2000). Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 17(1):101-108.
3. Αλεξιάδου Ε.Α. (2017). Παράγοντες ικανοποίησης των καταναλωτών υγείας στο πλαίσιο της λειτουργίας ενός νοσοκομείου: Η περίπτωση του Γ.Ν.Θ. Παπαγεωργίου. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
4. Αντεριώτη Π. & Αντωνίου Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική νοσηλευτική*. 1(1):62-68.
5. Γαβριήλ Ε., Middleton Ν. & Θεοδώρου Μ. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 29(6):720-730.
6. Γαλάτου Ν. (2014). Διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών, ελληνικού επαρχιακού νοσοκομείου, σε σχέση με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου.
7. Δολιανίτη Ε. & Καλφακάτου Χ. (2009). Μελέτη ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου Καλαμάτας. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.
8. Ζήκου Α. (2013). Κριτήρια επιλογής δημόσιου ή ιδιωτικού φορέα υγείας και ικανοποίηση ασθενών. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
9. Καλογεροπούλου Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών. Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 28(5):667-673.
10. Καραγιάννη Π., Σκορδούλη Α. & Ταμπακάκη Μ. (2014). Διερεύνηση της σχέσης ποιότητας υγείας και περιβάλλοντος στον ενήλικο πληθυσμό της περιφερειακής ενότητας Ηρακλείου. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό

Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.

11. Καραμέτου Α. (2016). Συγκριτική μελέτη ικανοποίησης ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας στρατιωτικού και πολιτικού νοσοκομείου των Αθηνών. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
12. Καρασούλος Χ. (2014). Σύγχρονη προσέγγιση της λειτουργίας ενός νοσοκομείου. Το βήμα του Ασκληπιού. 13(1):1-19.
13. Κασωτάκη Κ. (2004). Η ικανοποίηση των χρηστών/νοσηλευόμενων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του Π.Α.Γ.Ν.Η. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας.
14. Κεσουλίδου Ι. (2017). Συγκριτική ικανοποίηση των ληπτών υπηρεσιών υγείας στα πρωινά και απογευματινά εξωτερικά ιατρεία του πανεπιστημιακού γενικού νοσοκομείου Πατρών. Διπλωματική εργασία, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.
15. Κορωνιώτης Γ. (2016). Διαχωρισμός πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας από δευτεροβάθμια φροντίδα υγείας- Ο ρόλος των μονάδων ημερήσιας νοσηλείας (Μ.Η.Ν.) στην καρδιολογία.
16. Κοτσαγιώργη Ι. & Γκέκα Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Το βήμα του Ασκληπιού. 9(4):398-408.
17. Κωνσταντινίδης Θ. (2013). Συμπληρωματικές Σημειώσεις του μαθήματος. «Εισαγωγή στην νοσηλευτική επιστήμη». Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
18. Μαρουφίδου Μ. & Παπάζογλου Χ. (2011). Αξιολόγηση του μετεγχειρητικού πόνου και της ικανοποίησης των ασθενών στην παρεχόμενη φροντίδα. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καβάλας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
19. Μερκούρης Α.Β. (1996). Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών. Διδακτορική διατριβή, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών.

20. Μπασδάνη Γ. & Νιάρχου Α. (2004). Διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στον ιδιωτικό και δημόσιο τομέα: Μελέτη περίπτωσης του διαβαλκανικού Θεσσαλονίκης και του Π.Α.Γ.Ν.Η. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.
21. Ντζούφρα Β., Ξενάκη Δ. & Παντελή Α. (2015). Η ικανοποίηση των ασθενών με την παρεχόμενη φροντίδα σε δημόσια νοσοκομεία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
22. Ξημεράκη Κ. & Ρούφας Κ. (2015). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών σε δημόσιο νοσοκομείο. Ανώτατο Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Κρήτης, Σχολή Διοίκησης και Οικονομίας, Τμήμα Διοίκηση Επιχειρήσεων.
23. Παπαγιαννοπούλου Β., Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ. & Υφαντόπουλος Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 25(1):73-82.
24. Παπακωστίδη Α. & Τσουκαλάς Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγηση της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 29(4):480-488.
25. Παπανικολάου Β. (1994). Ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα. Διδακτορική διατριβή, Πάντειο Πανεπιστήμιο Αθηνών.
26. Περγλέγκος Β.Π. (2004). Η διοίκηση ανθρώπινων πόρων στις μονάδες υγείας. Πανεπιστήμιο Πειραιώς, Τμήμα Οργάνωσης και Διοίκησης Επιχειρήσεων.
27. Πεχλιβανίδου Π. (2017). Δημόσια υγεία, εθνικό σύστημα υγείας στην Ελλάδα. Προβλήματα και προοπτικές. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.
28. Πιερράκος Γ., Λάτσου Δ., Γούλα Α., Σταμούλη Μ., Δημάκου Σ. & Υφαντόπουλος Ι. (2015). Συγκριτική ανάλυση ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών και της προθυμίας πληρωμής. Ενδεχόμενη μελέτης. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 32(5):629-635.
29. Πιερράκος Γ., Σαρρής Μ., Σούλης Σ., Γούλα Α., Λάτσου Δ., Πατέρας Ι., Βουρλιώτου Κ. & Γιαννουλάτος Π. (2013). Συγκριτική ανάλυση δυο ερευνών μέτρησης της ικανοποίησης των εξωτερικών ασθενών στην πρωτοβάθμια περίθαλψη. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. 30(3):316-324.

30. Πίνη Α., Σαράφης Π., Μαλλιαρού Μ., Μπαμίδης Π. & Νιάκας Δ. (2012). Μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*.
31. Πισσάκη Α. (2010). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας δημόσιου τομέα βάση των προσδοκιών του χρήστη. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.
32. Στάγιας Ν. (2011). Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών εργαλείων και των μελετών ικανοποίησης ασθενών στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.
33. Σταυρόπουλος Ν.Α. (2009). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας: Μελέτη ικανοποίησης ασθενών δημόσιου νοσοκομείου. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιά.
34. Σπυροπούλου Δ.ΣΠ. (2012). Οι πολιτικές για την προαγωγή της υγείας: Η περίπτωση του πανεπιστημίου σε διεθνές και εθνικό δίκτυο. Πανεπιστήμιο Πατρών, Σχολή Ανθρωπιστικών και Κοινωνικών Επιστημών, Τμήμα Επιστημών της Εκπαίδευσης και της Αγωγής στην Προσχολική Ηλικία.
35. Τάγκα Μ. (2013). Εθελοντισμός και υγεία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Καλαμάτας, Σχολή Διοίκησης Οικονομίας, Τμήμα Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας.
36. Φυλάκη Ξ. (2016). Η ψυχολογία του ασθενή στο νοσοκομείο και νοσηλευτικές παρεμβάσεις. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Ηπείρου.
37. Φωτεινογιαννοπούλου Σ. (2013). Η ποιότητα υπηρεσιών υγείας στα εξωτερικά ιατρεία του γενικού νοσοκομείου Αθηνών “Γ. Γεννηματάς” διερεύνηση ικανοποίησης ασθενών. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.
38. Χαρλά Κ. (2014). Διερεύνηση και αποτύπωση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την παροχή ανακουφιστικής φροντίδας στην Ελλάδα: Αποτελέσματα έρευνας σε ιδιωτικό νοσοκομείο. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

39. Χρυσοπούλου Ε.Α. (2012). Ποιότητα υπηρεσιών υγείας: Μέτρηση ικανοποίησης των επισκεπτών των ιατρείων του δήμου Παλαιού Φαλήρου. Διπλωματική εργασία, Πανεπιστήμιο Πειραιώς.

Ξενόγλωσση

1. Adamu H. & Oche M.O. (2014). Patient Satisfaction with Services at a General Outpatient Clinic of a Tertiary Hospital in Nigeria. *British Journal of Medicine & Medical Research*. 4(11):2181-2202.
2. Ewles L. & Simnett I. (2003). Προάγοντας την υγεία. 5^η έκδοση. Π.Χ. Πασχαλίδης.
3. Fry S. & Johnstone M.J. (2002). Ζητήματα ηθικής στην νοσηλευτική πρακτική. Ένας οδηγός για τη λήψη ηθικώς αποδεκτών αποφάσεων. 2^η έκδοση. Π.Χ. Πασχαλίδης.
4. Marquis B.L. & Huston C.J. (2009). Διοίκηση και Ηγεσία: Θεωρία και εφαρμογή στις νοσηλευτικές υπηρεσίες. 6^η έκδοση. Λαγός Δημήτριος
5. Mohd A. & Chakravarty A. (2014). Patient satisfaction with services of the outpatient department. *Medical Journal Armed Forces India*. 70(3):237-242.
6. Nabbuye-Sekandi J., Makumbi F.E., Kasangaki A., Kizza I.B., Tugumisirize J. Nshimye E., Mbabali S. & Peters D.H. (2011). Patient satisfaction with services in outpatient clinics at Mulago hospital, Uganda. *International Journal for Quality in health care*. 23(5):516-523.
7. Nettleton S. (1995). Κοινωνιολογία της υγείας και της ασθένειας. 1^η έκδοση. Τυπωθήτω-Γιώργος Δάρδανος.
8. Nies M.A. & McEwen M. (2011). Κοινωνική νοσηλευτική. Νοσηλευτική δημόσιας υγείας. 5^η έκδοση. Λαγός Δημήτριος.
9. Osborn K.S., Wraa Cheryl. E. & Watson A.B. (2010). Παθολογική-Χειρουργική νοσηλευτική. Προετοιμασία για τη νοσηλευτική πρακτική. 1^η έκδοση. Π.Χ. ΠΑΣΧΑΛΙΔΗΣ.
10. Perry G.A. & Potter P.A. (2007). Βασική νοσηλευτική και κλινικές δεξιότητες. 7^η έκδοση. Π.Χ. Πασχαλίδης.
11. Pierrakos G., Yiovannis A., Latou D., Goula A., Pateras J. & Sarris M. (2015). Measurement of the Satisfaction in Greece Outpatients Departments of Public

Hospitals. 4TH *International Conference in Quantitative and Qualitative Methodologies in the Economic and Administrative Sciences (I.C.Q.Q.M.E.A.S. 2015)*.

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

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

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

Ιστοσελίδες

- Ανώνυμο 1. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
www.evangelismos-hosp.gr/index.php/gia-ton-politi/autoteles-grafeio-prostasias-dikaiomaton-lipton-ygeias Προσπελάστηκε 02/10/2017.
- Ανώνυμο 2. Επαγγελματικά δικαιώματα νοσηλευτών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://enne.gr/wp-content/uploads/2017/02/epaggelmatika-dikaiwmata-nosileftwn.pdf> Προσπελάστηκε στις 13/10/2017.
- Ανώνυμο 3. Δικαιώματα & Υποχρεώσεις Ασθενών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.zante-hospital.gr/astheneis/dikaiomata-yprochreoseis-asthenon>
Προσπελάστηκε στις 21/10/2017.
- Anonymous 4. Available on the website:
<http://www.differencebetween.com/difference-between-private-hospitals-and-vs-public-hospitals/> Was accessed at 21/10/2017.
- Ανώνυμο 5. Ικανοποίηση από υπηρεσίες υγείας. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
https://www.researchgate.net/profile/Georgia_Kost/publication/259082220_research/data/0deec529f11b8e6c8e000000/research.docx Προσπελάστηκε στις 30/10/2017.
- Anonymous 6. Available on the website:
<https://www.slideshare.net/ShaharulSohan/hospital-administration-role-in-quality-patient-care-58724063> Was accessed at 06/11/2017.

- Ανώνυμο 7. Νομική Φύση της Σχέσης του Νοσηλευτή με τον Ασθενή. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://repository.edulll.gr/edulll/bitstream/10795/2107/2/2107_%CE%9D%CE%BF%CE%BC%CE%B9%CE%BA%CE%AE%20%CE%A3%CF%87%CE%AD%CF%83%CE%B7%20POWER%20POINT.pdf Προσπελάστηκε στις 30/11/2017.
- Ανώνυμο 8. Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://www.bestrong.org.gr/el/living_with_cancer/therightsofcancerpatients/protecti-onofrights/ Προσπελάστηκε στις 30/11/2017.
- Ανώνυμο 9. Δικαιώματα – Υποχρεώσεις. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
http://kavalahospital.gr/pub/Patients/dikaiomata_as.aspx Προσπελάστηκε στις 30/11/2017.
- Ανώνυμο 10. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://www.onmed.gr/tags/tag/66224/epitroph-elegxoy-prostasias-dikaiomaton-asthenon> Προσπελάστηκε στις 30/11/2017.
- UNIVERSITY OF UTAH. Patient Rights and Responsibilities. Available on the website:
<https://healthcare.utah.edu/hospital/rights.php> Was accessed at 02/10/2017.
- ΠΑ.ΣΥ.Ν.Ο. Επαγγελματικά Δικαιώματα Νοσηλευτών ΤΕ-ΠΕ. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <http://pasyno.gr/298> Προσπελάστηκε στις 14/10/2017.
- MedlinePlus. Patient Rights. Available on the website:
<https://medlineplus.gov/patientrights.html> Was accessed at 14/10/2017.
- Βακάλης. Διάλεξη 3η. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα:
<http://eclass.teipat.gr/eclass/modules/document/file.php/649116/%CE%B4%CE%B9%CE%AC%CE%BB%CE%B5%CE%BE%CE%B7%203.rptx> Προσπελάστηκε στις 1/11/2017.
- Δυοβουνιώτης. Υγεία-Ασθένεια. Διαθέσιμο στην ιστοσελίδα: <https://e-class.teilar.gr/modules/document/file.php/NO152/%CE%9C%CE%AC%CE%B8%CE%B7%CE%BC%CE%B1%201%20%CE%A5%CE%93%CE%95%CE%99%CE%91-%CE%91%CE%A3%CE%98%CE%95%CE%9D%CE%95%CE%99%CE%91.ppt>
Προσπελάστηκε στις 01/11/2017.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ Ι

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ

ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΤΙΤΛΟΣ: «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία τριτοβάθμιου νοσοκομείου»

Σπουδάστριες: Αθανασοπούλου Αικατερίνη, Αλατζελί Μαριάμ, Καλακώνα Μαρία

Αγαπητή κύριε-α

Το παρόν ανώνυμο ερωτηματολόγιο διερευνά τον βαθμό της ικανοποίησης του κάθε ασθενή από τις υπηρεσίες που παρέχονται στα εξωτερικά ιατρεία του ΠΑΓΝΗ. Αποτελεί μεθοδολογικό εργαλείο σχετικής μελέτης που πραγματοποιούμε στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας. Η συμμετοχή σας απαιτεί τη διάθεση χρόνου 15 περίπου λεπτών για να απαντήσετε με ειλικρίνεια τις ερωτήσεις που ακολουθούν. Θα θέλαμε να τονίσουμε ότι το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο. Όλα τα στοιχεία που θα σας ζητηθούν θα είναι εμπιστευτικά και θα είναι σε γνώση μόνο των ερευνητών και του επιστημονικού υπευθύνου από τη σχολή. Τα επεξεργασμένα στοιχεία θα χρησιμοποιηθούν συλλογικά και ανώνυμα.

Πολλές απαντήσεις ερωτήσεων εκφράζονται με ένα αριθμό που κυμαίνεται από το 1 έως το 5 και κάθε αριθμός ορίζει μια απάντηση. Σε αυτές τις ερωτήσεις κυκλώστε την απάντηση που θεωρείτε ως καλύτερη για τη συγκεκριμένη ερώτηση. Επίσης οι ερευνητές θα μπορούν να σας απαντήσουν σε όποιες άλλες απορίες έχετε.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τον χρόνο που θα μας διαθέσετε.

Εάν συμφωνείτε παρακαλώ υπογράψτε/μονογράψτε παρακάτω:

(Το παρόν φύλλο θα αποκολληθεί από το ερωτηματολόγιο πριν την επεξεργασία των ερωτηματολογίων για να διαφυλαχτεί η ανωνυμία των συμμετεχόντων).

Υπογραφή/Μονογραφή.....

Ημερομηνία.....

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Δημογραφικά στοιχεία

| |
|--|
| 1. Φύλο: Άνδρας <input type="checkbox"/> Γυναίκα <input type="checkbox"/> |
| 2. Ηλικία _____ |
| 3. Υπηκοότητα: Ελληνική <input type="checkbox"/> Αλβανική <input type="checkbox"/> Βουλγάρικη <input type="checkbox"/> Ρουμάνικη <input type="checkbox"/> Άλλη <input type="checkbox"/> |
| 3α. Τόπος κατοικίας: Ηράκλειο <input type="checkbox"/> Ρέθυμνο <input type="checkbox"/> Χανιά <input type="checkbox"/> Λασιθι <input type="checkbox"/> Άλλο <input type="checkbox"/> |
| 4. Οικογενειακή κατάσταση: Έγγαμος/η <input type="checkbox"/> Άγαμος/η <input type="checkbox"/> Συζώ με σύντροφο <input type="checkbox"/> Διαζευγμένος/η <input type="checkbox"/> Σε χηρεία <input type="checkbox"/> Αριθμός μελών οικογένειας: _____ |
| 5. Εκπαίδευση: Δημοτικό <input type="checkbox"/> Γυμνάσιο <input type="checkbox"/> Λύκειο <input type="checkbox"/> ΤΕΙ, Πανεπιστήμιο <input type="checkbox"/> Μεταπτυχιακό <input type="checkbox"/> |
| 5α. Επάγγελμα _____ |
| 6. Μηνιαίο εισόδημα του νοικοκυριού σας είναι _____ |
| 7. Νοσοκομείο: ΠΑΓΝΗ <input type="checkbox"/> |
| 7α. Επίσκεψη σε: Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (πρωινά) <input type="checkbox"/> Τακτικά Ιατρεία Ολοήμερης Λειτουργίας (απογευματινά ιατρεία <input type="checkbox"/> |
| 8. Επισκέπτεστε συχνά τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου Ναι <input type="checkbox"/> Όχι <input type="checkbox"/> Πόσο συχνά _____ τον τελευταίο χρόνο |
| 9. Εξωτερικό Ιατρείο που επισκεφθήκατε: _____ |

| | | | | | |
|--|-----------------------|------------------|--------------------|------------------|-----------------------|
| 10. Η γενική σας υγεία νομίζετε ότι είναι | Πολύ κακή 1 | Κακή 2 | Μέτρια 3 | Καλή 4 | Πολύ καλή 5 |
|--|-----------------------|------------------|--------------------|------------------|-----------------------|

| A. αξιολογείστε τις υπηρεσίες της Ιατρικής Φροντίδας σχετικά με: | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ Καλές |
|---|-------------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|
| 11. Το χρόνο που διαθέτουν οι γιατροί για την πραγματοποίηση της εξέτασης | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Την ακρίβεια με την οποία οι γιατροί σας πληροφορούν για την ασθένειά σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Τις οδηγίες για τη λήψη των φαρμάκων που πρέπει να πάρετε | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Τις οδηγίες για τον τρόπο ζωής που πρέπει να ακολουθήσετε | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Την ευγενική συμπεριφορά των γιατρών | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Την επικοινωνία που είχατε με τους γιατρούς | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Την εμπιστοσύνη που αισθανθήκατε με τους γιατρούς | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Το ενδιαφέρον των γιατρών για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Β. Αξιολογείστε τις υπηρεσίες της Νοσηλευτικής φροντίδας σχετικά με: | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ καλές |
|---|-------------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|
| 19. Την προθυμία των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Τη συμπαράσταση των νοσηλευτριών/των στην οικογένεια σας και το περιβάλλον σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Την ευγενική συμπεριφορά των νοσηλευτριών/των | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Την επικοινωνία που είχατε με τις νοσηλεύτριες/τες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Την εμπιστοσύνη που αισθανθήκατε με τις νοσηλεύτριες/τες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Την στήριξη που σας παρείχαν οι νοσηλεύτριες/τες για την αντιμετώπιση των προβλημάτων σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Την ταχύτητα με την οποία εκτέλεσαν τα καθήκοντά τους | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Το ενδιαφέρον των νοσηλευτριών/των για την αντιμετώπιση των προβλημάτων της υγείας σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Γ. Αξιολογείστε τις Διοικητικές Υπηρεσίες σχετικά με: | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ καλές |
|---|------------|-------|---------|-------|------------|
| 27. Τις διαδικασίες εισαγωγής | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Τις διαδικασίες εξόδου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Την ταχύτητα με την οποία το διοικητικό προσωπικό εκτελεί τα καθήκοντα του | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. Την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. Την διευκόλυνση για την τήρηση του χρόνου αναμονής σας στο ελάχιστο | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 32. Τη συνέπεια στην τήρηση του προγραμματισμού(ραντεβού) για την εξέτασή σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. Το ενδιαφέρον του διοικητικού προσωπικού για την ομαλή τήρηση των διαδικασιών | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. Την επικοινωνία που είχατε με το διοικητικό προσωπικό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Δ. Αξιολογήστε τις Εγκαταστάσεις των Εξωτερικών Ιατρείων σχετικά με: | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ καλές |
|--|-------------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|
| 34. Την καθαριότητα των χώρων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 35. Την καθαριότητα στις τουαλέτες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. Την άνεση στις αίθουσες αναμονής | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. Την επάρκεια των χώρων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. Τη θερμοκρασία των χώρων | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 39. Τη διευκόλυνση πρόσβασης σε άτομα με ειδικές ανάγκες | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 40. Την ευκολία προσανατολισμού σας(ταμπέλες, γραμμές κατεύθυνσης, σηματοδότησης) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 41. Την ανταπόκριση των ωραρίων λειτουργίας στις ανάγκες σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Ε. Χρόνος Προσέλευσης και Εξυπηρέτησης

42. Σημειώστε το χρονικό διάστημα μεταξύ της τηλεφωνικής σας επικοινωνίας και της ημερομηνίας του ραντεβού που σας δόθηκε _____

43. Σημειώστε το χρόνο που κάνατε από τον τόπο κατοικίας σας για να φθάσετε στο νοσοκομείο _____

44. Σημειώστε το χρόνο αναμονής από την προγραμματισμένη ώρα του ραντεβού μέχρι να σας δεχτεί ο γιατρός _____

| Z. Κόστος εξυπηρέτησης | Διαφωνώ Πολύ | Διαφωνώ αρκετά | Ούτε Διαφωνώ Ούτε Συμφωνώ | Συμφωνώ Αρκετά | Συμφωνώ Πολύ |
|---|-------------------------|---------------------------|--|---------------------------|---------------------|
| 45. Το εισιτήριο εξέτασης στα εξωτερικά ιατρεία είναι υψηλό | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 46. Η συμμετοχή στο κόστος των εξετάσεων είναι υψηλή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

47. Πιστεύετε ότι αν δίνετε 10 ευρώ επιπλέον στα Εξωτερικά Ιατρεία θα είχατε καλύτερες υπηρεσίες;

1.Ναι 2.Οχι 3.Ισως

| Η. Αξιολογήστε συνολικά τις υπηρεσίες των Εξωτερικών Ιατρείων σχετικά με: | Πολύ κακές | Κακές | Μέτριες | Καλές | Πολύ καλές |
|--|-------------------|--------------|----------------|--------------|-------------------|
| 48. Το χρηματικό κόστος που πληρώσατε | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 49. Την βελτίωση της υγείας σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 50. Την ικανοποίηση σας από τις υπηρεσίες μετά την εξέταση σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 51. Την ικανοποίηση σας που περιμένατε να έχετε πριν την εξέτάσή σας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| Θ. Μελλοντική Χρήση Εξωτερικών Ιατρείων | Διαφωνώ Πολύ | Διαφωνώ Αρκετά | Ούτε Διαφωνώ Ούτε Συμφωνώ | Συμφωνώ Αρκετά | Συμφωνώ Πολύ |
|--|---------------------|-----------------------|----------------------------------|-----------------------|---------------------|
| 52. Θα επιθυμούσατε να επισκεφθείτε ξανά τα ίδια εξωτερικά ιατρεία | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 53. Θα συστήνατε σε άλλους τα ίδια εξωτερικά ιατρεία που επισκεφθήκατε | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 54. Θα προτιμούσατε να επισκεφθείτε ιδιωτικά εξωτερικά ιατρεία | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Σας Ευχαριστούμε για το χρόνο που διαθέσατε



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

Σχολή Σ.Ε.Υ.Π.
Τμήμα Νοσηλευτικής

Πληροφ.: Ευαγγ. Γωνιανάκη
Τηλέφ.: 2810-379538
Τ.Θ. 1939, Ηράκλειο Κρήτης

ΑΤΕΛΩΣ
(άρθρο 13 Ν.2579/98)

Ηράκλειο, 12/6/2017

Αρ. Πρωτ.: 930

ΠΡΟΣ:
Καλακώνα Μαρία
Αθανασοπούλου Αικατερίνη
Αλατζελί Μαριάμ

Κοιν.: Επιβλέπων καθηγητής
Κωνσταντινίδης Θεοχάρης

ΘΕΜΑ: Ανάθεση εκπόνηση Πτυχιακής Εργασίας.

Ανατίθεται κατόπιν πρότασης του Προέδρου του Τμήματος Νοσηλευτικής η εκπόνηση Πτυχιακής εργασίας, στους:

ΥΝ6452 Καλακώνα Μαρία
ΥΝ6526 Αθανασοπούλου Αικατερίνη
ΥΝ6445 Αλατζελί Μαριάμ

με θέμα: «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου».

Ο εκπαιδευτικός που θα επιβλέπει την Πτυχιακή Εργασία θα είναι ο/η κ. Κωνσταντινίδης Θεοχάρης.

Παρατηρήσεις:

ΣΗΜΕΙΩΣΗ: Η υποβολή της Πτυχιακής Εργασίας πρέπει να γίνεται στις καθορισμένες από το Τμήμα ημ/νίες. Η παρουσίαση της Π.Ε θα γίνεται σε προφορική περίληψη & ΟΧΙ ανάγνωση. Η αίτηση για την υποβολή της Π.Ε. πρέπει να συνοδεύεται από 4 αντίτυπα, 2 CD & από την απόφαση για ανάθεση εκπόνησης Π.Ε.

Ο Πρόεδρος του Τμήματος

Χρήστος Μελός
Επικ. Καθηγητής



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
7^Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΚΡΗΤΗΣ
ΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΟΥ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΠΑΡΟΧΗΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΕΡΕΥΝΑΣ & ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ
Ταχ. Δ/ση: 3^ο χλμ Ε.Ο. Ηρακλείου – Μοιρών, 71500,
Εσταυρωμένος, Ηράκλειο Κρήτης
Πληροφορίες: Πατεράκη Μαριάνθη
Τηλ: 2813 404411
Fax: 2810 331570
Email: mpateraki@hc-crete.gr,
dprogram@hc-crete.gr

Ηράκλειο, 28/8/2017
Αρ. Πρωτ.: 15139
Φάκελος: ΕΡΕΥΝΑ

ΠΡΟΣ: κες Καλακώνα Μαρία, Αθανασπούλου
Αικατερίνη, Αλατζελί Μαριάμ, σπουδάστριες
στο Τμήμα Νοσηλευτικής, ΑΤΕΙ Κρήτης

ΚΟΙΝ:

1. Διοικήτή του ΠΑΓΝΗ
2. Επιστημονικό Συμβούλιο

ΘΕΜΑ: «Έγκριση έρευνας στα πλαίσια εκπόνησης Πτυχιακής Εργασίας»

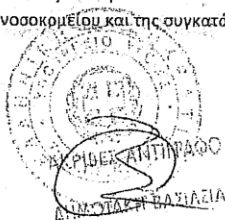
ΣΧΕΤΙΚΑ: Η με υπ' αρ. πρωτ. 9170/24-07-2017 έγκριση του Επιστημονικού Συμβουλίου του ΠΑΓΝΗ.

Σας ενημερώνουμε ότι, λαμβάνοντας υπόψη το ανώτερο σχετικό έγγραφο, εγκρίνουμε τη διεξαγωγή έρευνας στο ΠΑΓΝΗ και συγκεκριμένα τη διανομή ερωτηματολογίου στους ασθενείς των τακτικών εξωτερικών ιατρείων ΠΑΓΝΗ, από τις σπουδάστριες του τμήματος Νοσηλευτικής ΑΤΕΙ Κρήτης κες Καλακώνα Μαρία, Αθανασπούλου Αικατερίνη και Αλατζελί Μαριάμ, στο πλαίσιο εκπόνησης Πτυχιακής εργασίας με θέμα: «Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία Τριτοβάθμιου Νοσοκομείου», υπό την επίβλεψη του Καθηγητή Κωνσταντίνου Θεοχάρη, Καθηγητή Εφαρμογών του Τμήματος Νοσηλευτικής.

Η Έγκριση δίνεται με τις ακόλουθες προϋποθέσεις:

α) με τη δέσμευση ότι πριν την παρουσίαση της εργασίας θα προσκομιστεί περίληψη των αποτελεσμάτων της έρευνας στην Διοίκηση 7^{ης} Υ.ΠΕ Κρήτης και στο Επιστημονικό Συμβούλιο του ΠΑΓΝΗ. Η υποβολή της περιλήψης θα πρέπει να γίνει με τη χρήση της επισυναπτόμενης φόρμας περιλήψης αποτελεσμάτων για την 7^η ΥΠΕ, η οποία μπορεί να αναζητηθεί και ηλεκτρονικά στον ακόλουθο σύνδεσμο www.hc-crete.gr/tmp/researchForm.docx. Η δέσμευση αυτή απευθύνεται στους ερευνητές ή στον επιβλέποντα καθηγητή είτε στο φορέα όπου ανήκουν τα πνευματικά δικαιώματα της μελέτης, μετά την ολοκλήρωση της έρευνας.

β) με την προϋπόθεση της τήρησης όλων των κανόνων ηθικής και δεοντολογίας καθώς και της προστασίας των προσωπικών δεδομένων, της τήρησης της ανωνυμίας, της μη οικονομικής επιβάρυνσης του νοσοκομείου και της συγκατάθεσης των συμμετεχόντων στην έρευνα.



Η ΔΙΟΙΚΗΤΡΙΑ

ΜΑΥΡΟΜΜΑΘΗ ΕΛΕΝΗ

Συνημμένα: φόρμας περιλήψης αποτελεσμάτων ερευνητικής εργασίας
Εσωτερική Διανομή: Γραφείο Διοίκησης