

ΕΛΛΗΝΙΚΟ ΜΕΣΟΓΕΙΑΚΟ ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ

ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ - ΤΜΗΜΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ



ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΠΡΟΗΓΜΕΝΗ ΚΛΙΝΙΚΗ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΣΤΙΣ ΕΠΙΣΤΗΜΕΣ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Θέμα: «Η ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας στα χειρουργεία μιας ημέρας ενός δημόσιου νοσοκομείου»

Μεταπτυχιακή Φοιτήτρια: Γλυκερία Ντάρδα

Επιβλέπων Καθηγητής: Δρ. Μιχαήλ Ζωγραφάκης - Σφακιανάκης

Ηράκλειο 2019

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	5
SUMMARY.....	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	12
1.1. Ορισμός της ικανοποίησης ασθενούς.....	12
1.2. Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας.....	12
1.3. Η ικανοποίηση αναγκών των ασθενών	14
1.2.1. Προσδιοριστικοί παράγοντες βαθμού ικανοποίησης των ασθενών	15
1.2.2. Προσδοκίες.....	15
1.2.3. Ηλικία.....	17
1.2.4. Επίπεδο εκπαίδευσης.....	18
1.2.5. Κοινωνική Θέση.....	18
1.2.6. Φύλο.....	19
1.2.7. Εθνικότητα.....	19
1.2.8. Ψυχολογικοί παράγοντες.....	20
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	22
2.1. Χειρουργεία ημέρας.....	22
2.2. Οργάνωση και λειτουργία των χειρουργείων ημέρας.....	23
2.3. Πλεονεκτήματα των χειρουργείων ημέρας.....	25
2.4. Μειονεκτήματα των χειρουργείων ημέρας.....	26
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ	28
3.1. Διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας και αξιολόγηση αυτών από τους ασθενείς.....	28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ	32
4.1. Σκοπός.....	32
4.2. Ερευνητικά ερωτήματα.....	32

4.3. Υλικό-Μέθοδος.....	32
4.4. Μεθοδολογία.....	33
4.5. Συλλογή δεδομένων-Ερευνητικό εργαλείο.....	33
4.6. Θέματα Ηθικής και δεοντολογίας.....	34
4.7. Στατιστική ανάλυση.....	35
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	36
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	80
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ.....	85
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1: Ερευνητικό εργαλείο.....	93
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2: Έντυπο συγκατάθεση ασθενών.....	97
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3: Έγκριση επιστημονικού συμβουλίου.....	98

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τα μέλη της τριμελούς επιτροπής, τον επιβλέποντα καθηγητή και σύμμαχό μου Δρ Μιχαήλ Ζωγραφάκη-Σφακιανάκη και όσους βοήθησαν στη συλλογή δεδομένων της ερευνητικής μου εργασίας.

Αφιερωμένη, στην οικογένεια μου για την αγάπη και την υπομονή.....

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Εισαγωγή: Ο βασικότερος δείκτης αποτίμησης του επιπέδου υπηρεσιών υγείας, είναι η συνολική αντίληψη των ασθενών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, οριζόμενη ως ικανοποίηση των ασθενών. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον της έρευνας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι καθοριστικής σημασίας καθώς παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση και βοηθά στον εντοπισμό λαθών, παραλείψεων και συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας.

Σκοπός: Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών που προσέρχονται στα χειρουργεία μίας ημέρας και η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που τους παρέχονται.

Υλικό και Μέθοδος: Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν $n=200$ ασθενείς στο τμήμα ημερήσιων χειρουργείων του νοσοκομείου ΚΑΤ Αθηνών. Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που εφαρμόζεται στις Υ.Π.Ε. και εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία. Η επεξεργασία των δεδομένων της μελέτης πραγματοποιήθηκε με το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0.

Αποτελέσματα: Η έρευνα κατέδειξε ότι η «ηλικία» και το «επίπεδο εκπαίδευσης» επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών, από τα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας. Αντίθετα, οι μεταβλητές «είδος επεμβάσεων» και «φύλο» αποδείχθηκε ότι δεν είχαν στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, δεν βρέθηκε σημαντική διαφορά ανάμεσα στα «είδη των επεμβάσεων» και στο «χρόνο αναμονής» ($p=0.076$). Επιπρόσθετα, δεν παρατηρήθηκε σημαντική συσχέτιση της «ηλικίας» και «χρόνου αναμονής» ($p=0.118$), στον «χρόνο από το ραντεβού μέχρι την προσέλευση στο χειρουργείο» και τα «είδη επεμβάσεων» ($p=0.534$) καθώς και μεταξύ «ηλικίας» και «χρόνου από το ραντεβού μέχρι την προσέλευση στο χειρουργείο» ($p=0.063$). Επίσης δεν υπήρχε σημαντική διαφορά του «φύλου» με «το είδος των επεμβάσεων» ($p=0.531$) καθώς και κάποια σημαντική διαφοροποίηση «φύλου» σε σχέση με τον «βαθμό συζήτησης φόβων και ανησυχιών» των ασθενών ($p=0.870$).

Σύμφωνα με την έρευνα, παρατηρείται σημαντική διαφορά, στο «βαθμό αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας από το τμήμα του νοσοκομείου», μεταξύ των «ειδών επεμβάσεων», με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ($p=0.003$). Όσοι ερωτώμενοι προέρχονταν από την κατηγορία επέμβασης γενικής χειρουργικής, αξιολόγησαν τη συνολική εμπειρία του τμήματος με μεγαλύτερο βαθμό, σε σχέση με όσους προέρχονταν από την κατηγορία πλαστικής χειρουργικής. Επίσης,

βρέθηκε σημαντική συσχέτιση της «ηλικίας» αναφορικά με το «βαθμό αξιολόγησης των χειρουργείων ημέρας» ($p=0.002$). Αντίθετα, το «φύλο» δεν συσχετίζεται σημαντικά με την «αξιολόγηση των υπηρεσιών των χειρουργείων ημέρας» ($p=0.673$). Η μεταβλητή που αφορά στο «επίπεδο εκπαίδευσης» βρέθηκε ότι έχει σημαντική συσχέτιση με την «κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας, την επέμβαση ως την θεραπεία», καθώς και όσον αφορά στη «συνολική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα χειρουργεία ημέρας» ($p<0.001$). Επίσης, διερευνήθηκε ο «τόπος εκτίμησης» σε σχέση με τα «είδη των επεμβάσεων» και διαπιστώθηκε σημαντική διαφοροποίηση ($p=0.013$).

Συμπεράσματα: Η έρευνα κατέδειξε ότι, οι ασθενείς που εισάγονται σε ειδική νοσηλευτική μονάδα παραμένουν εκεί, για σύντομο χρονικό διάστημα προκειμένου να υποβληθούν σε κάποια προγραμματισμένη ή μη χειρουργική επέμβαση (μέχρι την πλήρη ανάνηψη και έξοδο προς το σπίτι) παρουσιάζουν αυξημένα ποσοστά ικανοποίησης. Από την παρούσα μελέτη προκύπτει ότι οι μεταβλητές «ηλικία» και «επίπεδο εκπαίδευσης» επηρεάζουν την ικανοποίηση των χρηστών. Στην ερώτηση «Χρόνος αναμονής στα χειρουργεία μίας ημέρας σε (λεπτά)» προέκυψε ότι ο χρόνος αναμονής είναι πάνω από 40 λεπτά ποσοστό (50,5%), αυτό μπορεί να οφείλεται στην σοβαρή έλλειψη του έμψυχου δυναμικού. Οι χρήστες απάντησαν στην ερώτηση «Πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως θεραπεία», ποσοστό (95,5%). Στην ερώτηση «Συζήτηση ανησυχιών και φόβων ασθενών με νοσηλευτές» οι απαντήσεις φτάνουν (94,5%). Συνεπώς, τα χειρουργεία μιας ημέρας (one day clinic or one day surgery), αποτελούν μία εναλλακτική δομή νοσοκομειακής περίθαλψης. Άλλωστε η αξιολόγηση και η ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας και ανατροφοδότησης των συστημάτων υγείας.

Είναι απαραίτητο οι ασθενείς να αντιμετωπίζονται ως ενιαία βίο-ψυχοκοινωνικό-πνευματική οντότητα. Η προσέγγιση αυτή τονίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης, της αξιολόγησης, των αναγκών των ασθενών στο θεραπευτικό πρόγραμμα των χειρουργείων μιας ημέρας, με παράλληλο προβληματισμό για το κόστος των χειρουργημένων ασθενών αφού ταλανίζει τόσο τις διοικήσεις των Νοσοκομείων, όσο και την ίδια την πολιτεία ειδικά τώρα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύουμε.

SUMMARY

Introduction: The principal index of measuring the level of health services is the patients' overall perception of those delivered services, also known as patient satisfaction. For decades, patients' needs and their level of satisfaction with the healthcare provided have increasingly become the main focal point.

Aim: The objective of this study was the investigation of the patient's satisfaction who were treated at one-day surgery department and the evaluation of the quality of the services they received.

Materials and Methods: Sample size of the study was n=200 patients who have been treated in the One-day Surgery Unit at 'KAT' General Hospital, Athens. The tool for data collection was a questionnaire used in the National Health Service focusing on patients' satisfaction at the Outpatient Surgical Department. Statistical analysis for the processing of the findings was performed by IBM SPSS 20.0.

Results: It was found that *"age"* and *"level of education"* affect patient satisfaction significantly. In contrast, the variables *"operation type"* and *"gender"* do not seem to be significantly correlated. Based on this study's results, there was no statistically significant difference between *"operation types"* and *"waiting time"* (p=0.076). No correlation is observed between *"age"* and *"time between appointment time and admission at the operating theater"* (p=0.063). There is no statistically significant difference between *"gender"* and *"operation type"* (p=0.531). Also, no statistically significant difference between *"gender"* and the degree of discussion of patients' *"fears and apprehensions"* (p. 0.870) was found. However, there is a statistically significant difference between *"the level of evaluation of the total experience from the hospital's one-day surgery unit"* and *"operation types"*, with a significance level of (p=0.003). This is mainly applied for patients undergoing general surgical procedures comparing to patients who had plastic surgery procedures, respectively. In addition, a statistically significant correlation between *"age"* and *"evaluation grade of one-day surgery"* (p=0.002) was found. The *"education level"* was found to be significantly correlated with the *"comprehensible information from the medical personnel regarding the health issue and the operation until therapy"*. The *"total evaluation of the provided services at the one-day surgical unit"* with the *"education level"* was found to have a statistically significant correlation

($p < 0.001$). Moreover, the investigation of the relationship between “*place of examination/evaluation*” and “*operation types*” yields a statistically significant difference ($p = 0.013$).

Conclusions: One-day Clinic or One-day Surgery Unit, where patients are admitted to remain for a short time period to undergo a scheduled or urgent surgical procedure until complete recovery and discharge home, constitutes an alternative concept of medical care. Patients’ evaluation and satisfaction are the final assessment stage for high-quality medical provision. Patient should be treated as a unique bio-psychosocial-spiritual entity. This approach emphasizes the importance of integrating and evaluating patients’ needs in the therapeutic program of one-day surgery units, while also considering the financial cost of operated patients’ needs to bear.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Ο βασικότερος δείκτης αποτίμησης του επιπέδου υπηρεσιών υγείας, είναι η συνολική αντίληψη των ασθενών για τις υπηρεσίες που λαμβάνουν, οριζόμενη ως ικανοποίηση ασθενών. Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, το ενδιαφέρον των επιστημόνων υγείας εστιάζεται ολοένα και περισσότερο στις ανάγκες των ασθενών και στο βαθμό ικανοποίησής τους από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, καθώς αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας σε κάθε νοσοκομειακή υπηρεσία.

Δεδομένου ότι το κόστος νοσηλείας, η ασφάλεια των ασθενών και γενικότερα η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας υγείας έχουν αποτελέσει αντικείμενο μελέτης πολλών ερευνών, εντούτοις έως σήμερα σε αρκετές χώρες του κόσμου δεν υπάρχει αξιολόγηση της ποιότητας φροντίδας, από το Εθνικό Σύστημα Υγείας και συνεπώς, ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών είναι δύσκολο να διερευνηθεί και να εκτιμηθεί (Ervin 2006, Anderson 2002, Robinson et al. 2008, Johansson et al. 2002)

Ωστόσο, μόλις προς τα τέλη της δεκαετίας του 1980, το ενδιαφέρον των επιστημών υγείας, άρχισε να στρέφεται προς την εφαρμογή μέτρων στην καθημερινή κλινική πρακτική, για την αξιολόγηση των ιατρικών διαδικασιών, όπως επίσης και τη δημιουργία προτύπων για τη διασφάλιση ποιότητας. Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών υγείας, είναι ένα θέμα που ενδιαφέρει ιδιαίτερα σήμερα, τόσο τους ίδιους τους ασθενείς όσο και όλους τους εμπλεκόμενους στην παροχή υγειονομικών υπηρεσιών όπως τα υπουργεία υγείας, τους ασφαλιστικούς οργανισμούς, τα νοσηλευτικά ιδρύματα, τα κέντρα πρωτοβάθμιας περίθαλψης, τους γιατρούς και το νοσηλευτικό προσωπικό (Osterfeld 1994).

Ιδιαίτερα όμως θα πρέπει να ενδιαφέρει τους υπεύθυνους για τη χάραξη της πολιτικής υγείας της χώρας με σκοπό τον εντοπισμό και την αναγνώριση των παραγόντων εκείνων, που συμβάλουν στην έκφραση ικανοποίησης, με στόχο την βελτίωση της εικόνας που έχουν σχηματίσει οι ασθενείς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Osterfeld 1994).

Επιπρόσθετα, γίνεται ολοένα και περισσότερο επιτακτική ανάγκη, η διενέργεια συγκεκριμένων χειρουργικών ιατρικών πράξεων διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα εντός, ημερήσιου χρονικού πλαισίου (Ρουμελιώτης 2001). Τα χειρουργεία μιας ημέρας όπου ο ασθενής εισάγεται σε ειδική νοσηλευτική μονάδα και παραμένει για σύντομο χρονικό διάστημα, προκειμένου να υποβληθεί σε κάποια προγραμματισμένη ή μη χειρουργική επέμβαση (μέχρι την πλήρη ανάνηψη και έξοδο προς το σπίτι), αποτελούν μία εναλλακτική δομή νοσοκομειακής περίθαλψης (Αρβανίτη και συν. 2006).

Απώτερος σκοπός του θεσμού του χειρουργείου ημέρας, είναι η έγκαιρη επιστροφή του ασθενή στο σπίτι και στις καθημερινές του δραστηριότητες. Αλλά εξίσου σημαντικά οφέλη για τον ασθενή είναι, η μείωση του χρόνου αναμονής για μια επέμβαση, η μείωση του κόστους, η παροχή εξατομικευμένης φροντίδας, η αποφυγή της ψυχο-τραυματικής εμπειρίας της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο και ο προγραμματισμός της επέμβασης σε συγκεκριμένη ημερομηνία. Συνεπώς η μείωση του χρόνου απουσίας του από την εργασία ή άλλες δραστηριότητες αλλά και η προαγωγή της συμμετοχής του ασθενούς στη λήψη αποφάσεων συνιστούν απώτερο σκοπό του θεσμού (Αρβανίτη και συν. 2006, Tham et al. 2002, Markovic et al. 2002).

Η παρούσα μελέτη στοχεύει, στη διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, που προσέρχονται στα χειρουργεία ημέρας και στην αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

1.1. Ορισμός της ικανοποίησης ασθενών

Ο όρος ικανοποίηση των ασθενών χρησιμοποιείται ευρέως, όμως ελάχιστες δημοσιευμένες μελέτες αναφέρουν κάποιον ορισμό της ή βασίζονται σε κάποιο θεωρητικό μοντέλο για την ανάλυση και ερμηνεία των αποτελεσμάτων τους. Γενικά, ως ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο οι εμπειρίες των ασθενών συναντούν τις προσδοκίες τους» (Asadi-Lari et al. 2004) καθώς και η αξιολόγηση της νοσηλευτικής διαδικασίας και του αποτελέσματός της (Shikiar et al. 2004).

1.2. Ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας

Οι ασθενείς αισθάνονται ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες (Bond & Thoma 1992).

O Press (2005) τονίζει ότι με τον όρο ικανοποίηση εννοούμε το σύνολο της εμπειρίας από την επαφή με το σύστημα υγείας, ενώ οι Strasser et al. (2005) προσθέτουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι και πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια συνεχής διαδικασία και όχι ως ένα τελικό αποτέλεσμα.

Η Carr-Hill (1992) δεν θεωρεί απαραίτητα προβληματική την ύπαρξη, ή την ανυπαρξία, ενός κοινά αποδεκτού ορισμού και θεωρητικού μοντέλου, αλλά μετατοπίζει το βάρος των προσπαθειών από την ακαδημαϊκή προσέγγιση της εννοιολογικής ανάπτυξης του όρου στο ουσιαστικό ζητούμενο, που είναι η εστίαση στις εμπειρίες των ασθενών. Η ικανοποίηση είναι ιδιαίτερα πολυδιάστατο φαινόμενο, που δεν καθορίζεται μόνο από τις προσδοκίες, αλλά και σε σχέση με τις προηγούμενες εμπειρίες ή και τις μελλοντικές και το γενικότερο τρόπο ζωής των ασθενών (Carr-Hill 1992). Σε αυτό συνηγορεί και η Παπανικολάου (2005) η οποία σε εκτενή και ουσιαστική ανάλυση των υπηρεσιών υγείας από πλευράς των χρηστών, τεκμηριώνει, ότι η ικανοποίηση είναι, αντίδραση στα ερεθίσματα που δέχονται οι ασθενείς στο περιβάλλον του τομέα υγείας πριν, κατά την διάρκεια, και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο. Δηλαδή η ικανοποίηση είναι μια σύνθετη διαδικασία που προσδιορίζεται από την υποκειμενική αξιολόγηση των γνωστικών και συναισθηματικών αντιδράσεων των ασθενών σε σχέση με τις προσδοκίες τους, από τη νοσηλεία και την αντίληψη τους για το ιδανικό επίπεδο φροντίδας (Johansson et al. 2005). Η έκφραση της

ικανοποίησης συνεπώς, υπερβαίνει τα όρια της μονοδιάστατης αξιολόγησης ή του υγειονομικού αποτελέσματος και περιλαμβάνει πληθώρα ψυχοκοινωνικών μεταβλητών.

Πρωτοπόρος μελετητής της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας θεωρεί, ότι η ικανοποίηση του ασθενούς, είναι μια γνώμη, για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που έχουν σχέση κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενή (Donabedian 1985).

Ένα επιπλέον σημείο ισχυρής κριτικής του όρου της ικανοποίησης των ασθενών είναι ότι εστιάζει στην ικανοποίηση και όχι στη δυσαρέσκεια των ασθενών ή στα αρνητικά συμβάντα κατά τη νοσηλεία τους. Εικάζεται ότι με αυτόν τον τρόπο δημιουργείται πλαστά θετική προδιάθεση και άρα αμεροληψία στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Coyle et al. 1995).

Σύμφωνα με τους Wriglesworth et al. (1975) ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άτομο καθώς, άλλοι του προσδίδουν την έννοια της ευτυχίας, της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης ή της ευχαρίστησης και για το λόγο αυτό, οποιαδήποτε αξιολόγηση θεωρείται πολύ υποκειμενική. Η ικανοποίηση του ασθενή ορίστηκε βάσει των αντιλαμβανόμενων από τον ασθενή παραλείψεων στη φροντίδα υγείας (Adbellan et al. 1957).

Η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του τρόπου με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας (Petersen 1998). Άλλοι ερευνητές έχουν υποστηρίξει ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασή τους, με την φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την όποια θα λάβουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή (Guzman et al. 1998).

Ο Parcoe (1983) όρισε την ικανοποίηση των ασθενών, ως μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας τους από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή χαρακτηρίζεται ως εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με αλλαγές, που παρατηρούνται και συμβαίνουν στη συμπεριφορά των ασθενών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ο συνδυασμός των αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από την φροντίδα υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς (Smith 1992).

Σύμφωνα με την Linder-Pelz (1982) η ικανοποίηση των ασθενών είναι στάση, η οποία αναφέρεται στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς, ενώ καθορίζεται από την αξιολόγηση των υπηρεσιών που δέχεται. Είναι δύσκολο να προσδιοριστεί η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των προσδοκιών των πελατών. Αποτέλεσμα

αυτού είναι ότι η διαφορετικότητα κατά την μέτρηση αποτελεί σημαντική παράμετρο μέτρησης. (Tavana et al. 2003).

Από την ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας, προκύπτει ότι οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να συνεργαστούν και να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη, να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες ιατρικής φροντίδας (Asadi-Lari et al. 2003, Packham et al. 2004, Guldvog 1999, Donabedian 1997).

Η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει το σημείο, όπου οι γενικές και οι συγκεκριμένες ανάγκες υγείας των ασθενών ταυτίζονται και εξαρτώνται άμεσα από το κλινικό αποτέλεσμα. Επιπρόσθετα, οι επαγγελματίες υγείας, μπορούν να ωφεληθούν από τις έρευνες που προσδιορίζουν τις ανάγκες των ασθενών και το βαθμό ικανοποίησής τους διότι, είναι δυνατόν μέσω της αξιολόγησής τους, να επιτευχθεί βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αποτελεσματικότερη διαχείριση των δαπανών για την υγεία (Oldridge et al. 1998, Thompson et al. 1998).

1.3. Η ικανοποίηση αναγκών των ασθενών

Η εκπλήρωση αναγκών μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών, σε σχέση με την προσωπική εμπειρία. Σε κάθε υγειονομική παρέμβαση, οι προσδοκίες των ασθενών θα πρέπει να ταυτίζονται με τις προσδοκίες των επαγγελματιών υγείας. Όσο πιο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής τόσο πιο πιθανόν είναι να συνεργαστεί με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό, να αποδεχτεί την ιατρική περίθαλψη, να έχει πιο ενεργό ρολό στη πορεία της υγείας του και με αυτό τον τρόπο δείχνει περισσότερη εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται (Donabedian 1985).

Ωστόσο, υπάρχει έντονη κριτική αναφορικά με την ύπαρξη ανεξάρτητων και συγκεκριμένων ομάδων αναγκών, οι οποίες είναι δυνατό να ιεραρχηθούν και να ισχύουν για όλους τους ανθρώπους (Locke 1976)

Σύμφωνα με την θεωρία του Maslow, προτάθηκαν τρεις ανάγκες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών και είναι:

- Η ύπαρξη
- Η συγγένεια και
- Η ανάπτυξη

Βασιζόμενοι στην θεωρία του Maslow, οι Ross et al. (1986) πρότειναν ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη νοσηλευτική φροντίδα (Human Needs Model of Nursing), σύμφωνα με το οποίο οι ομάδες των αναγκών δεν είναι εξαρτημένες και ιεραρχημένες με απόλυτο τρόπο.

Ο Lawler (1975) κάνοντας βιβλιογραφική ανασκόπηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης και αμοιβής από την εργασία, διέκρινε τις ακόλουθες θεωρίες:

- Προσδοκίας-αξίας (Expectancy-Value theory)
- Ασυμφωνίας (Discrepancy theory)
- Ισότητας (equity theory)
- Πραγματοποίησης (Fulfillment theory)

Σύμφωνα με την θεωρία της αξίας, η προτίμηση ενός γεγονότος έρχεται σε συνάρτηση με την σπουδαιότητα του τελικού αποτελέσματος για το άτομο και την εκτίμηση της πιθανότητας να συμφωνεί αυτό το γεγονός ή το αποτέλεσμα.

Η θεωρία της ασυμφωνίας ή ικανοποίησης ορίζεται ως η διαφορά της προσδοκίας του ασθενή και αυτού που πραγματικά λαμβάνει.

Η θεωρία της πραγματοποίησης διαφέρει από την θεωρία της ασυμφωνίας και η διαφορά τους έγκειται στη σχέση ικανοποίησης με τις προσδοκίες ή στην μη ύπαρξη των προσδοκιών. Τέλος, η θεωρία της ισότητας δίνει έμφαση στην σύγκριση της ομάδας ή των ατόμων ως προς αυτά, τα οποία λαμβάνουν.

1.2.1. Προσδιοριστικοί παράγοντες βαθμού ικανοποίησης των ασθενών

1.2.2. Προσδοκίες

Ο βαθμός ικανοποίησης των ατόμων επηρεάζεται από διάφορες παραμέτρους, όπως οι προσδοκίες και οι προτιμήσεις τους. Αυτό σημαίνει ότι κάθε άτομο που εισέρχεται σε ένα χώρο παροχής υπηρεσιών, έχει υιοθετήσει από πριν μια συγκεκριμένη στάση και άποψη για το χώρο και την ποιότητα των υπηρεσιών, φέροντας μαζί του κάποιες προσδοκίες. Η εκπλήρωση των προσδοκιών αυτών συμβάλλει στην ευχαρίστηση του ατόμου και κατά συνέπεια στην ικανοποίησή του. Βέβαια δεν πρέπει να παραβλέπεται και το γεγονός ότι σε αρκετές των περιπτώσεων οι προτιμήσεις μπορεί να είναι ιδεατές και εξωπραγματικές και επομένως να είναι απίθανο να πραγματοποιηθούν.

Οι Stimson et al. (1975) ήταν ανάμεσα στους πρώτους που πρότειναν ότι, η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την αντίληψη για τα οφέλη της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και στην έκταση που τα παραπάνω οφέλη προσεγγίζουν τις προσδοκίες αυτών. Η στοιχειώδης σχέση των προσδοκιών με το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών αντανακλάται σε διάφορους προσδιορισμούς της έννοιας, όπως άλλωστε σημειώθηκε και προηγουμένως και υποστηρίζεται από τα ευρήματα πολλών ερευνών. Οι προσδοκίες κάνουν ακόμα πιο πολύπλοκη την έννοια της

ικανοποίησης ως εργαλείου αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Καθώς μάλιστα η ικανοποίηση αναγνωρίζεται ως ένα συστατικό της διασφάλισης ποιότητας, είναι ιδιαιτέρως ελκυστικό να εξισώσει κανείς υψηλά επίπεδα ικανοποίησης με υψηλά επίπεδα ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Αυτό όμως δεν είναι απόλυτα αληθές. Παρόλα αυτά, μελετώντας τα αποτελέσματα των ερευνών σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, είναι απαραίτητο οι εκφράσεις ικανοποίησης που αναγνωρίζονται να αναλύονται πάντα, μέσα στο πλαίσιο κατανόησης της λογικής που αποτελεί και τη βάση αυτών των εκφράσεων, παρά να λαμβάνονται ως αυτούσιες διατυπώσεις (Locker et al. 1978).

Τα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης, μπορεί να ανιχνεύουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, απ' ό,τι τα διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης ατόμων που είχαν την ίδια εμπειρία. Το ίδιο παρατηρείται και με την ιατρική φροντίδα (Bond & Thomas 1992).

Οι Larsen et al. (1976) εξέτασαν την ακρίβεια της υπόθεσης του Mechanic (1968) ότι, όσο περισσότερο η απόδοση ενός ιατρού απαντά τις προσδοκίες του ασθενούς, τόσο περισσότερο ικανοποιημένος θα είναι ο ασθενής από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Οι συγγραφείς κατέληξαν στο ίδιο συμπέρασμα. Κατοπινές έρευνες κατέδειξαν την εγκυρότητα των παραπάνω και μάλιστα το ότι ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες τείνουν να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι (Adramowitz et al. 1987).

Οι Stimson et al. (1975) υποστήριξαν ότι η προσδοκία ως έννοια, είναι και αυτή δύσκολο να αναλυθεί και όπως με την έννοια της ικανοποίησης, ελάχιστες προσπάθειες έχουν γίνει για τον ακριβή προσδιορισμό της. Η υπόθεση η οποία γίνεται συνήθως σχετικά με το ρόλο των προσδοκιών, είναι ότι οι προσδοκίες αναφέρονται σε κάποια προϋπάρχοντα πρότυπα ή φιλοδοξίες των ατόμων τα οποία και πρέπει να εκπληρωθούν προκειμένου να απαντηθούν οι προσδοκίες και έτσι να έχουμε εκφράσεις ικανοποίησης. Το θέμα βέβαια είναι το κατά πόσο αυτά τα πρότυπα υπάρχουν ή όχι και αν υπάρχουν κατά πόσο είναι σαφώς προσδιορισμένα. Αναγνώρισαν τρεις κατηγορίες προσδοκιών:

- τις προσδοκίες που βρίσκονται στο λεγόμενο σκοτεινό φόντο, και πρόκειται για ασαφείς προσδοκίες ως αποτέλεσμα συσσωρευμένης μάθησης από την πλευρά του ατόμου της διαδικασίας μιας θεραπείας
- τις προσδοκίες που σχετίζονται με τις αλληλεπιδράσεις των ασθενών μέσα στις υπηρεσίες υγείας (πχ. το βαθμό πληροφόρησης τους από τον θεράποντα ιατρό) και

- τις προσδοκίες σχετικά με τη δράση που μπορεί να αναλάβει ένας επαγγελματίας του χώρου σε σχέση με το πρόβλημα υγείας του ασθενούς

Οι παραπάνω συγγραφείς, θεωρούν ως περισσότερο σημαντικό τον δεύτερο τύπο προσδοκιών. Η θεωρία των προσδοκιών, αν και είναι η επικρατέστερη διεθνώς, δεν καλύπτει πλήρως την έννοια της ικανοποίησης. Ο βαθμός ικανοποίησης προσδιορίζεται από τις προσδοκίες, αλλά εξαρτάται και από τα βιώματα του ατόμου και το κατά πόσο αυτά απαντούν ή ξεπερνούν τις προσδοκίες του ή βρίσκονται πολύ μακριά από αυτές. Με άλλα λόγια το άτομο υφίσταται το βάρος κοινωνιολογικών και ψυχολογικών παραγόντων, αλλά και των ιδιαίτερων γνωρισμάτων του χαρακτήρα του, που επηρεάζουν τόσο τις προσδοκίες του όσο και τον τρόπο που βιώνει μια εμπειρία. Εκτός όμως από τους παράγοντες που αναφέρονται στη θεωρία των προσδοκιών, υπάρχουν και άλλοι παράγοντες που σχετίζονται και προφανώς επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Είναι γενικώς αποδεκτό ότι παράγοντες όπως η κοινωνική θέση, το φύλο, η ηλικία, η εθνικότητα κ.ά. διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά του ασθενούς.

1.2.3. Ηλικία

Ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει αποδεδειγμένα το βαθμό ικανοποίησης είναι η ηλικία του ασθενούς. Πληθώρα στοιχείων από ένα σημαντικό αριθμό μελετών από διάφορες χώρες, υποστηρίζει ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς τείνουν να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό (Langen et al. 2005). Αυτό οφείλεται κυρίως στο γεγονός ότι τα μεγαλύτερα σε ηλικία άτομα τείνουν να δείχνουν υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης, δεδομένης της χειρότερης πρότερης κατάστασης που έχουν βιώσει, της τάσης τους να ασκούν λιγότερη κριτική και του εγγενούς ενδιαφέροντος για το αποτέλεσμα παρά για τις διαδικασίες (πχ. για την καθαριότητα του ιατρείου) (Kalda et al. 2003).

Ο Marsal υποστηρίζει ότι η φροντίδα (caring) για τα ηλικιωμένα άτομα μπορεί να είναι πιο σημαντική από την θεραπεία (curing). Μία πιθανή εξήγηση είναι ότι οι ηλικιωμένοι αντιλαμβάνονται τη νοσηλεία σαν κάτι πιο συμβατό με την ηλικία τους, σαν κάτι το αναμενόμενο και προσαρμόζονται στη διαδικασία καλύτερα. Αντίθετα, οι νεότεροι μπορεί να εκφράζουν τη δυσθυμία τους για την κατάστασή τους μέσα από την αξιολόγηση της εμπειρίας τους για το νοσοκομείο. Οι μικρότεροι ηλικιακά ασθενείς ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι σε θέματα που αφορούσαν τις συσκέψεις του προσωπικού (πηγαδάκια) γύρω από μια μονάδα πρωτοβάθμιας περίθαλψης (Horton et al. 1993). Οι νεότεροι ασθενείς επίσης εμφανίζονται λιγότερο πρόθυμοι

να συμμορφωθούν με τις οδηγίες των ιατρών, ενώ τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένα από τη φροντίδα που τους παρέχεται, εκτιμώντας την περισσότερο (Williams et al. 1991)

Το θέμα φαίνεται ότι χρήζει περισσότερης διερεύνησης σχετικά με τους λόγους ύπαρξης αυτού, αν και η εμπειρία επαγγελματιών του χώρου έχει δείξει, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν περισσότερη ανάγκη για συμπαράσταση από οποιοδήποτε άλλο ασθενή, λόγω της κακής κατάστασης της υγείας τους, στις περισσότερες των περιπτώσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι πιο επιεικείς στις εκτιμήσεις τους, περιμένοντας πιο απλά πράγματα όπως, ένα χαμόγελο ή μια φράση συμπαράστασης από μέρος του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, σε αντίθεση με μικρότερους ηλικιακά ασθενείς που οι απαιτήσεις τους δεν περιορίζονται στα παραπάνω. Από τους ελάχιστους που έχουν καταλήξει σε αντίθετο αποτέλεσμα είναι οι Walker et al. (2003) και οι Plomondon et al. (2003) οι οποίοι δεν βρήκαν κάποια ισχυρή συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία.

1.2.4. Επίπεδο εκπαίδευσης

Το επίπεδο μόρφωσης έχει διαπιστωθεί, ότι επιδρά στο βαθμό ικανοποίησης ενός ατόμου και στη διαμόρφωση των απόψεων και προσδοκιών αυτού, όπως καταγράφεται στις έρευνες ικανοποίησης. Το επίπεδο εκπαίδευσης σχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την ικανοποίηση των ασθενών. Όσο λιγότερα τα χρόνια εκπαίδευσης, τόσο υψηλότερη είναι η ικανοποίηση. Ορισμένοι ερευνητές αναφέρουν ότι για τους ηλικιωμένους ασθενείς η συσχέτιση είναι θετική, και ως εκ τούτου η ικανοποίηση αυξάνεται ανάλογα με το μορφωτικό επίπεδο. Τα περισσότερα στοιχεία σε αυτή τη διαπίστωση προέρχονται κυρίως από μελέτες που εκπονηθήκαν στις ΗΠΑ, από όπου προέρχεται και η πληροφορία ότι άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης χρειάζονται περισσότερο χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων (Ware et al. 1983).

Τέλος, σε μια μελέτη ικανοποίησης ασθενών στην Ελβετία, συμπεραίνεται ότι οι περισσότερο μορφωμένοι έχουν αυξημένες προσδοκίες και για αυτόν το λόγο εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Etter et al. 1997).

1.2.5. Κοινωνική θέση

Οι Hall et al. (1990) διαπίστωσαν ότι η κοινωνική θέση επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων. Καθώς όμως υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σχετίζονταν με υψηλότερα κοινωνικά στρώματα, οι συγγραφείς προσέθεσαν ότι θα ήταν επισφαλές να υποστηρίξουν ότι τα

αποτελέσματα για την κοινωνική θέση και την μόρφωση κινούνταν σε αντίθετες κατευθύνσεις. Όπως υποστηρίζουν, τα άτομα υψηλού κοινωνικού επιπέδου λαμβάνουν καλύτερη μόρφωση συνήθως, αντιλαμβάνονται την φροντίδα υγείας με υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης, σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα, τα οποία είναι συνήθως και λιγότερο μορφωμένα.

1.2.6. Φύλο

Οι περισσότερες έρευνες συνηγορούν ότι οι γυναίκες, είναι λιγότερο ικανοποιημένες, από το επίπεδο φροντίδας που λαμβάνουν και ότι, τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται διαφορετικά την επαφή με το σύστημα υγείας.

Σε μια έρευνα των Weissman et al.(2001) στις ΗΠΑ, δεν παρουσιάστηκαν, αρχικά διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων. Μια πιο προσεκτική εκτίμηση των ερευνητών, όμως, αποκαλύπτει ότι το 18% των γυναικών, σε σχέση με το 9% των αντρών, άλλαξε ιατρό τα τελευταία 5 χρόνια. Οι γυναίκες προέβησαν σ' αυτή την αλλαγή κυρίως επειδή δεν έμειναν ικανοποιημένες από το επίπεδο επικοινωνίας που είχαν, ενώ για τους άνδρες, λόγοι όπως η απόσταση καθόρισαν την απόφασή τους για αλλαγή ιατρού.

Η Foss (2002) από τη μεριά της, παρουσίασε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων, κάνοντας ξεχωριστή ανάλυση για διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Κατέληξε στο ότι οι νεότερες γυναίκες, σε σχέση με τους νεότερους άντρες, ήταν σημαντικά πιο δυσαρεστημένες από τη νοσηλευτική φροντίδα, όχι όμως και από την ιατρική. Διάφορες εξηγήσεις γι' αυτό μπορούν να δοθούν από την κοινωνιολογική και φεμινιστική προσέγγιση, όπως ότι γυναίκες και άντρες αντιμετωπίζονται διαφορετικά από το σύστημα υγείας και ότι οι γυναίκες δε νοιώθουν ότι καλύπτουν τις απορίες τους και τους προβληματισμούς τους από τις εξηγήσεις που παίρνουν από το προσωπικό. Σύμφωνα με τη Foss (2002) σε ορισμένες μελέτες δεν παρουσιάζονται διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων, ενώ σε άλλες οι γυναίκες φαίνεται να είναι περισσότερο ικανοποιημένες από τη νοσηλεία τους (Hall et al. 1990, Sitzia et al. 1997).

1.2.7. Εθνικότητα

Η εθνικότητα ενός ατόμου που εισέρχεται στις υπηρεσίες υγείας, αποτελεί ένα από τα πιο πολύπλοκα χαρακτηριστικά που μπορεί να καθορίσουν και να επηρεάσουν το βαθμό της ικανοποίησής του. Πολλές άλλες έρευνες αποκαλύπτουν στον ερευνητή τις διαφορές που μπορεί να προκαλέσει η πολιτισμική ταυτότητα και η κουλτούρα ενός ατόμου τόσο στα επίπεδα

ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αλλά και στους προσδιοριστικούς παράγοντες αυτής, που είναι διαφορετικοί κατά περίπτωση.

Οι περισσότεροι ερευνητές που μελέτησαν την εθνικότητα ως μεταβλητή για την ικανοποίηση των ασθενών συμφωνούν ότι τα άτομα που ανήκουν σε μειονότητες παρουσιάζουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης (Haviland et al. 2005).

Οι Etter et al. (1997) σε μια έρευνα ικανοποίησης ασθενών στην Ελβετία, διαπίστωσαν ότι μη Ελβετοί ασθενείς παρουσίασαν αυξημένα επίπεδα δυσαρέσκειας, γεγονός που αποδόθηκε σε προβλήματα εξαιτίας της διαφορετικής γλώσσας και κουλτούρας, σε σχέση με τους Ελβετούς πολίτες, ενώ ο Garroutte (2004) τονίζει ότι οι μεγαλύτερες διαφοροποιήσεις εμφανίζονται σε όσους αυτοκαθορίζονται ως μειονοτικοί, και όχι σε όσους ανήκουν σε μια μειονότητα, βάση καταγωγής ή κοινωνικών χαρακτηριστικών.

Τα στοιχεία αυτά παραμένουν σταθερά ανεξάρτητα από τη χώρα διεξαγωγής της μελέτης (κυρίως Αγγλία, ΗΠΑ, Καναδάς, Αυστραλία). Διαφορετική ικανοποίηση καταγράφεται και μεταξύ των εθνικών μειονοτικών ομάδων (Garroute et al. 2004). Στις ΗΠΑ, οι λευκοί μη ισπανόφωνοι είναι πιο ικανοποιημένοι, ακολουθούμενοι από τους Αφρο-Αμερικανούς, τους Ασιάτες, τους Ισπανόφωνους και τελευταίους τους Ινδιάνους ιθαγενείς και τους ιθαγενείς από την Αλάσκα. Ανάλογες διακυμάνσεις παρουσιάζονται ανάμεσα σε άτομα της ίδιας εθνικής ομάδας (Haviland et al. 2005). Στον Καναδά, τα άτομα της κινέζικης μειονότητας είναι λιγότερο ικανοποιημένα από τους λευκούς Καναδούς. Λιγότερο ικανοποιημένοι όμως είναι και όσοι γεννήθηκαν στην Κίνα και ήρθαν σχετικά πρόσφατα στον Καναδά σε σχέση με τα άτομα που γεννήθηκαν εκεί (Liu et al. 2007). Το συγκεκριμένο εύρημα εγείρει ερωτήματα ως προς το κατά πόσο η επίδραση της εθνικότητας είναι υπερεκτιμημένη και αποτελεί συγχυτικό παράγοντα άλλων μεταβλητών, όπως για παράδειγμα η ποιότητα της επικοινωνίας μεταξύ ασθενών – προσωπικού (Dayton et al. 2006). Η τελευταία διαπίστωση δεν αναιρεί τις διαφοροποιήσεις που παρουσιάζονται μεταξύ εθνικών κρατών και αποδίδονται σε πολιτισμικούς παράγοντες.

1.2.8. Ψυχολογικοί παράγοντες

Η σχέση της ψυχολογικής κατάστασης ενός ατόμου και του βαθμού ικανοποίησης του, είναι πολύπλοκη. Ο τρόπος με τον οποίο η κακή διάθεση του ατόμου επηρεάζει τις λαμβανόμενες απαντήσεις, εξετάστηκε από τους (Horton et al. 1993). Συγκεκριμένες διαστάσεις κακής διάθεσης και στρες επηρεάζουν διαστάσεις της ικανοποίησης και οι θεωρίες οι οποίες υποστηρίζουν ότι οι άνθρωποι που βιώνουν τη ψυχολογική πίεση είναι και πιο επιρρεπείς στο να εμφανίζονται

δυσανεστημένοι γενικότερα, είναι μάλλον πολύ απλοϊκές. Άλλοι ερευνητές αναφέρουν ότι η βελτίωση των επικοινωνιακών ικανοτήτων του προσωπικού, μειώνει το βαθμό άγχους των ασθενών και συμβάλλει στην καταγραφή υψηλότερων επιπέδων ικανοποίησης. Ένας μεγάλος αριθμός από κοινωνικούς και ψυχολογικούς παράγοντες μπορεί να επηρεάσει τις εκφράσεις ικανοποίησης των ασθενών, με αποτέλεσμα την απόκτηση απαντήσεων που μπορεί να είναι μεροληπτικές από την πλευρά των ασθενών και να μην αποτυπώνουν την πραγματική άποψη και το βαθμό ικανοποίησης αυτών. Η μεροληψία λοιπόν μπορεί να εμφανίζεται σε μια έρευνα λόγω της παροχής κοινωνικά αποδεκτών απαντήσεων. Αυτό σημαίνει ότι οι ασθενείς, μπορεί να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης από αυτά που βιώνουν και αισθάνονται, επειδή πιστεύουν ότι τα θετικά σχόλια είναι πιο αρεστά και αποδεκτά από τα άτομα που πραγματοποιούν τις έρευνες ικανοποίησης προκειμένου, να γίνουν αρεστοί τόσο στους ερευνητές όσο και στο ιατρικό προσωπικό, ειδικά όταν μπορεί να υπάρχουν ή να έχουν αμφιβολίες για την ανωνυμία των απαντήσεων τους. Εκτός από την μεροληψία, σε ηλικιωμένα κυρίως άτομα είναι δυνατό να υπάρξει σύγχυση και να θεωρηθεί η συμμετοχή στην έρευνα ως πράξη ευγνωμοσύνης προς το ιατρικό προσωπικό, με αποτέλεσμα να αποκρύπτονται οι οποιοδήποτε φόβοι ή ανησυχίες (Harms et al. 2004).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΑ ΗΜΕΡΗΣΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ

2.1. Χειρουργεία ημέρας

Κατά τις τελευταίες δεκαετίες, γίνεται ολοένα και περισσότερο επιτακτική ανάγκη η διενέργεια συγκεκριμένων χειρουργικών ιατρικών πράξεων διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα εντός ημερήσιου χρονικού πλαισίου.

Η φιλοσοφία του θεσμού του χειρουργείου ημέρας δεν είναι τόσο η αύξηση της παραγωγικότητας στο χώρο της υγείας αλλά η αντιμετώπιση του υγειονομικού προβλήματος του ασθενούς και η επιστροφή στις καθημερινές δραστηριότητες, το συντομότερο δυνατόν (Ρουμελιώτη 2001).

Ως χειρουργείο ημέρας ορίζεται η διαδικασία εκείνη κατά την οποία, ο ασθενής εισάγεται σε ειδική νοσηλευτική μονάδα ή νοσοκομείο, για την πραγματοποίηση συγκεκριμένης ιατρικής διαγνωστικής ή χειρουργικής πράξης, υπό γενική, περιοχική ή τοπική αναισθησία. Είναι μια προκαθορισμένη διαδικασία εισαγωγής για μία ημέρα και παραμένει εκεί για σύντομο χρονικό διάστημα έως την πλήρη ανάνηψη από την επέμβαση (Beech et al. 1992). Παραμένει σε ειδικά διαρρυθμισμένη πτέρυγα νοσοκομείου όπου διαθέτει πλήρη αυτοδύναμο εξοπλισμό ανάνηψης (Παρασκευόπουλος 1998).

Η διαδικασία η οποία ακολουθείται ολοκληρώνεται σε μια ημέρα και συνήθως είναι η εξής: Άφιξη του ασθενή στο χώρο του χειρουργείου ημέρας, με συνοδεία ενός συγγενικού, φιλικού ή άλλου προσώπου και προ εγχειρητική εξέτασή του (λήψη ιατρικού ιστορικού, φυσική εξέταση, εργαστηριακός έλεγχος και αξιολόγηση από αναισθησιολόγο). Πραγματοποίηση της χειρουργικής επέμβασης την ίδια ημέρα με τον έλεγχο και για χρονικό διάστημα που δεν ξεπερνά τη μία ώρα (ανάλογα με το είδος της ιατρικής πράξης), παραμονή του ασθενή στο χώρο ανάνηψης μέχρι την επάνοδό του στο επίπεδο πλήρους συνείδησης και μέχρι την διαβεβαίωση του γιατρού ότι είναι υγιής και μπορεί να πάρει εξιτήριο. Στη συνέχεια ακολουθεί η διεκπεραίωση των γραφειοκρατικών και οικονομικών εκκρεμοτήτων από τον συνοδό και μεταφορά του ασθενή στο σπίτι.

Η ανάπτυξη νέων, λιγότερο επεμβατικών χειρουργικών μεθόδων, η ανάπτυξη των συστημάτων παρακολούθησης (monitoring) της κατάστασης του ασθενή, η χρήση αναισθητικών φαρμάκων τα οποία επιτρέπουν ταχεία ανάνηψη, η επέκταση του ρόλου του αναισθησιολόγου και η καθιέρωσή του ως περί-εγχειρητικού ιατρού, η χρήση αναλγητικών, αντιεμετικών και μυοχαλαρωτικών φαρμάκων νέας γενιάς, με ταχεία έναρξη και βραχεία διάρκεια διευκολύνουν τη γρήγορη επάνοδο του ασθενή στις φυσιολογικές του δραστηριότητες τους (Allison et al. 1991, Hoare 1992).

2.2. Οργάνωση και λειτουργία των χειρουργείων ημέρας

Η οργάνωση της χειρουργικής μονάδας ημερήσιας νοσηλείας εξαρτάται από τη μορφή της, η οποία μπορεί να ακολουθεί κάποιο οργανωτικό πρότυπο.

Ανεξάρτητη (free-standing) μονάδα που έχει στη διάθεσή της χώρο υποδοχής, αίθουσες χειρουργείου και ανάνηψης, θαλάμους νοσηλείας, υπηρεσίες προ εγχειρητικού ελέγχου και διοικητικές υπηρεσίες, οι οποίες είναι υπεύθυνες για τη διαχείριση της λίστας αναμονής και των εισαγωγών των ασθενών στη μονάδα. Αυτός ο τύπος οργάνωσης, ο οποίος θεωρείται ο πλέον κατάλληλος για την παροχή χειρουργικών υπηρεσιών ημέρας, δίνει τη δυνατότητα για ευέλικτο προγραμματισμό των περιστατικών, για ακριβείς ημερομηνίες εισαγωγής και για μείωση των γραφειοκρατικών διαδικασιών. Μονάδα που έχει στη διάθεσή της αίθουσες χειρουργείου και θαλάμους νοσηλείας. Αυτός ο τύπος οργάνωσης είναι αποδεκτός, αλλά όχι ο καταλληλότερος. Το χειρουργείο ημέρας είναι πιθανό να στελεχώνεται με προσωπικό των κύριων χειρουργείων του νοσοκομείου τα οποία δεν έχουν καμία προηγούμενη επαφή με τον ασθενή, αλλά και που μπορεί να αποσπαστούν από το έργο τους λόγω εκτάκτων αναγκών. Σε μονάδα που έχει στη διάθεσή της θαλάμους νοσηλείας, αλλά δεν διαθέτει αίθουσες χειρουργείου και ανάνηψης ή σε μονάδα που χρησιμοποιεί τους θαλάμους νοσηλείας των εσωτερικών ασθενών και τις κύριες αίθουσες χειρουργείου και ανάνηψης του νοσοκομείου δεν παρέχονται ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, καθώς συχνά οι εργαζόμενοι δίνουν την προσοχή τους σε περιστατικά που θα θεωρούν ως πιο σημαντικά λόγω της βαρύτητάς τους (Κουτίδου 2013).

Όταν πρόκειται για ανεξάρτητες (freestanding) μονάδες, οι κανονισμοί της λειτουργίας τους υποβάλλονται και εγκρίνονται από τις αρμόδιες αρχές. Οι μονάδες αυτές οφείλουν:

- Να υποβάλλουν στις αρχές κατάλογο, με τις υπηρεσίες που πρόκειται να προσφέρουν και τις διαδικασίες που διενεργούν.
- Να έχουν εξοπλισμό ασφαλείας για παροχή άμεσης και αποτελεσματικής βοήθειας σε ασθενείς με επιπλοκές.
- Να έχουν συνάψει γραπτή συμφωνία διακομιδής με γειτονικό νοσοκομείο, ώστε να μπορούν να εγγυηθούν, όταν χρειαστεί, τη νοσηλεία ασθενούς με επιπλοκές παρέχοντας ταυτόχρονα στο νοσοκομείο όλες τις απαραίτητες κλινικές πληροφορίες και
- Να εγγυώνται την πρόσβαση και τη χρήση τράπεζας αίματος και την ύπαρξη ιατρού σε 24ωρη εφημερία (Κουτίδου 2013).

Όσον αφορά το προσωπικό του χειρουργείου μιας ημέρας, αυτό αποτελείται από:

Διοικητικό προσωπικό: Το προσωπικό αυτό οφείλει, να οργανώνει τους προεγχειρητικούς ελέγχους, να διαμορφώνει το πρόγραμμα του χειρουργείου και να διαχειρίζεται τις λίστες αναμονής των ασθενών.

Εξειδικευμένο νοσηλευτικό προσωπικό: Πρέπει να είναι καλά εκπαιδευμένο, ώστε να είναι σε θέση να εναλλάσσεται στις διάφορες θέσεις της μονάδας. Απαραίτητες είναι οι κλινικές και κοινωνικές δεξιότητες για την παροχή φροντίδας σε τομείς όπως ο προεγχειρητικός έλεγχος, η προ και μετεγχειρητική φροντίδα στο θάλαμο νοσηλείας, η αναισθησία, η χειρουργική αίθουσα και η αίθουσα ανάνηψης.

Βοηθητικό προσωπικό: Οι εργαζόμενοι του βοηθητικού προσωπικού αποτελούν απαραίτητα μέλη της ομάδας του χειρουργείου ημέρας (βοήθεια στη χειρουργική αίθουσα, μεταφορά και τοποθέτηση του ασθενή, έλεγχος αποθεμάτων αποστειρωμένων υλικών και ιατρικών εφοδίων κ.ά).

Ιατρικό προσωπικό: Οι γιατροί κάθε ειδικότητας που περιλαμβάνεται στο πρόγραμμα του χειρουργείου οφείλουν να έχουν εμπειρία στο γνωστικό αντικείμενο με το οποίο θα ασχοληθούν, η οποία θα αποδεικνύεται από το γραπτό κατάλογο των χειρουργείων που έχουν διενεργήσει ως πρώτοι χειρουργοί. Ανάλογες προϋποθέσεις ισχύουν και για τους αναισθησιολόγους, ενώ στην περίπτωση χορήγησης γενικής αναισθησίας σε παιδιά, απαραίτητη είναι η προηγούμενη εξειδίκευσή τους στον τομέα αυτό.

Διοικητής: Είναι υπεύθυνος για την καθημερινή διοίκηση και διαχείριση της μονάδας και συχνά μπορεί να προέρχεται από το νοσηλευτικό κλάδο. Η θέση του στη διοικητική πυραμίδα της μονάδας εξαρτάται από τις ευθύνες που θα κληθεί να επωμιστεί και οι οποίες εξαρτώνται από το είδος και το μέγεθος της μονάδας, τον αριθμό του προσωπικού και την ευθύνη ή όχι της κατάρτισης του προϋπολογισμού της. Απαραίτητα προσόντα είναι η ικανότητα στη διοίκηση ανθρωπίνων πόρων, η ικανότητα επικοινωνίας, οι ηγετικές και οργανωτικές ικανότητες, η γνώση σε βάθος του θεσμού του χειρουργείου ημέρας.

Κλινικός Διευθυντής: Έχει τη γενική ευθύνη της λειτουργίας της μονάδας και συνήθως είναι ένας ειδικός χειρουργός ή αναισθησιολόγος. Στην περίπτωση που η μονάδα λειτουργεί στα πλαίσια ενός μεγαλύτερου νοσηλευτικού ιδρύματος, αποτελεί το συνδετικό κρίκο μεταξύ αυτής και της διοίκησης του ιδρύματος, ιδιαίτερα σε περιπτώσεις όπου επιδιώκεται η αύξηση των διαθέσιμων πόρων, εξοπλισμού, προσωπικού και χώρων.

Φυσιοθεραπευτές: Ο ρόλος τους είναι να συμβουλεύουν και να καθοδηγούν το προσωπικό της μονάδας, αλλά και τους ασθενείς και τους συνοδούς τους σε ζητήματα έγερσης και κινητοποίησης.

Φαρμακοποιοί: Ο ρόλος του φαρμακοποιού σε μια μονάδα έχει χαρακτήρα συμβουλευτικό και εκπαιδευτικό, σε ζητήματα φαρμάκων, τόσο για το προσωπικό όσο και για τους ασθενείς, για τους οποίους εξασφαλίζει την αποτελεσματικότερη μετεγχειρητική και αναλγητική αγωγή (<http://www.aagbi.or/sites/defa> 2014).

2.3. Πλεονεκτήματα των χειρουργείων ημέρας

Η ευελιξία στις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και η ταχύτητα προσφοράς τους, καταδεικνύουν πως ο θεσμός του χειρουργείου ημέρας, επιτρέπει την άμεση ανταπόκριση στις ανάγκες του ασθενή λειτουργώντας περισσότερο προς όφελος αυτού, παρά προς όφελος της επιχείρησης του νοσοκομείου.

Τα πλεονεκτήματα για το νοσοκομείο και την παραγωγικότητα είναι (Avis 1992):

- Η καταλληλότητα της εφαρμογής σε όλες σχεδόν τις χειρουργικές ειδικότητες και σε άλλες ιατρικές πράξεις, όπως η ανακούφιση του πόνου και ογκολογικές θεραπείες (Grainger, Griffiths 1994).
- Η αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και η απελευθέρωση νοσηλευτικών κλινών, ώστε να χρησιμοποιούνται για ασθενείς με περισσότερα σοβαρά προβλήματα (Beech et al. 1992, Θεοδώρου και συν. 2001).
- Ο μειωμένος χώρος που απαιτείται για τη λειτουργία τους και ο εργονομικός σχεδιασμός τους αυξάνει την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα (Charman 1991).
- Η στενή διασύνδεση με το νοσοκομείο στο οποίο ανήκει επιτρέπει την χρήση των πηγών και υπηρεσιών του όπως αποστείρωση, φαρμακείο αλλά και άμεση αντιμετώπιση μετεγχειρητικών επιπλοκών.
- Η ευκολία στην εξεύρεση και διατήρηση εξειδικευμένου προσωπικού καθώς το περιβάλλον του χειρουργείου ημέρας και το επιστημονικό επίπεδο είναι ιδιαίτερα ελκυστικοί παράγοντες για νέους ανθρώπους με γνώσεις και δεξιότητες υψηλού επιπέδου (Avis 1992).
- Η μείωση του κόστους των υπηρεσιών υγείας, κατά το ήμισυ, σύμφωνα με τις έρευνες, και η απελευθέρωση οικονομικών πόρων, χωρίς την έκπτωση στην ποιότητα, προκειμένου να καλυφθούν άλλες υγειονομικές ανάγκες όπως, η περίθαλψη ασθενών με σοβαρές ασθένειες (Beech & Morgan 1992).

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του χειρουργείου ημέρας για τον ασθενή είναι:

- Η μείωση της λίστας και του χρόνου αναμονής για την επέμβαση, είναι ιδιαίτερα σημαντικό για τον ασθενή τόσο για οικονομικούς όσο και για ψυχολογικούς λόγους (Ανίς 1992, Grainger et al. 1994, Beech et al. 1992, Θεοδώρου και συν. 2001).
- Η γρήγορη παροχή υπηρεσιών υψηλής ποιότητας επιτρέπει, τη σύντομη επιστροφή του ασθενούς στο σπίτι του, με αποτέλεσμα να διαταράσσεται ελάχιστα η οικογενειακή ζωή (Hoare 1992).
- Η παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών με βάση τις ανάγκες του ασθενή και η αποφυγή της τραυματικής εμπειρίας της εισαγωγής του ασθενούς στο νοσοκομείο, ιδιαίτερα για τα παιδιά και τους ηλικιωμένους (Ρουμελιώτης 2001, Avis 1992).
- Ο προσδιορισμός συγκεκριμένης ημερομηνίας για την πραγματοποίηση της επέμβασης και η ελαχιστοποίηση της πιθανότητας ακύρωσής της.
- Η μείωση της νοσηρότητας και της πιθανότητας εμφάνισης επιπλοκών μετά τη χειρουργική επέμβαση (Hempenstall 2001).
- Η μείωση του χρόνου απουσίας του ασθενούς από την εργασία του και η αποφυγή οικονομικής επιβάρυνσης του ίδιου και της οικογένειάς του (Θεοδώρου και συν. 2001).
- Η διαδικασία του χειρουργείου ημέρας επιτρέπει, τη συμμετοχή του στη λήψη αποφάσεων με αποτέλεσμα να αναπτύσσεται μια αμοιβαία σχέση εμπιστοσύνης μεταξύ των ασθενών και του προσωπικού (Ανίς 1992).

Τα σημαντικότερα πλεονεκτήματα του χειρουργείου για τους επαγγελματίες υγείας είναι:

- Η διαρκής συνεργασία πάντα με τους ίδιους συναδέλφους επιτρέπει στα μέλη της ομάδας υγείας να γνωρίζουν καλά ο ένας τις επαγγελματικές συνήθειες του άλλου κι έτσι να αποδίδουν καλύτερα (Hoare 1992).
- Η αποφυγή του κυκλικού ωραρίου που προβληματίζει τους νοσηλευτές και τους οδηγεί σε παραιτήσεις (Ρουμελιώτη 2001).
- Η στενή επαφή και συνεργασία μεταξύ νοσοκομείου και κοινότητας βοηθά στην ανταλλαγή γνώσεων και εμπειριών (Garraway et al. 1978).
- Η ενεργή συμμετοχή του γενικού ιατρού και του νοσηλευτή στη φροντίδα του ασθενή, προσφέρει ικανοποίηση από τον το χώρο εργασίας (Garraway et al. 1978).

2.4. Μειονεκτήματα των χειρουργείων ημέρας

- Η ανεπαρκής αντιμετώπιση του μετεγχειρητικού πόνου. Προτείνεται η ύπαρξη πρωτοκόλλου για την αντιμετώπισή του (Rudkin et al. 1993).
- Η αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης μετεγχειρητικών επιπλοκών και ο κίνδυνος επανεισαγωγής του ασθενή στο νοσοκομείο, με αποτέλεσμα να αυξάνεται και το οικονομικό κόστος (Hunters et al. 2000).
- Η εφαρμογή της μεθόδου, μόνο σε περιπτώσεις που απαιτούν σύντομη αναισθησία (Grainger et al. 1994).
- Η μη εξοικείωση του χειρουργού και των νοσηλευτών με τον ασθενή λόγω της σύντομης παραμονής.
- Η παραβίαση της τυχόν επιθυμίας του ασθενούς για ενδονοσοκομειακή περίθαλψη (Hunters et al. 2000).
- Η διενέργεια χειρουργείων ημέρας μόνο, σε ασθενείς που πληρούν συγκεκριμένα οργανικά, κοινωνικά και δημογραφικά κριτήρια.
- Η αύξηση του φόρτου εργασίας στο υγειονομικό δυναμικό της κοινότητας, για την μετεγχειρητική παρακολούθηση των ασθενών.
- Η αύξηση του φόρτου εργασίας στα χειρουργεία ημέρας που λειτουργούν ως αυτόνομες μονάδες υγείας.
- Η ανεπαρκής επικοινωνία μεταξύ χειρουργών και γενικών ιατρών για την μετεγχειρητική πορεία του ασθενή.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. Διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας και αξιολόγηση αυτών από τους ασθενείς

Αναφορικά με τις διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας, αυτό που προσπαθούν να κατανοήσουν οι έρευνες του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών είναι τα στοιχεία εκείνα που επηρεάζουν και διαμορφώνουν τις αξιολογήσεις των ασθενών. Οι Abdellah et al.(1957) προσπάθησαν σε μια πρώιμη φάση, να εντοπίσουν τα στοιχεία εκείνα, που αναγνωρίζονται και κρίνονται από τους ασθενείς, επηρεάζοντας έτσι το βαθμό ικανοποίησής τους.

Εντόπισαν τα εξής τέσσερα:

- Επάρκεια
- Καταλληλότητα των εγκαταστάσεων
- Αποτελεσματικότητα της δομής του οργανισμού
- Επαγγελματικά προσόντα του προσωπικού, ανταγωνιστικότητα αυτού και το αποτέλεσμα της φροντίδας στους καταναλωτές (Abdellah et al. 1957).

Ο Risser από την πλευρά του, ανασκοπώντας ερευνητικές μελέτες πάνω στην ικανοποίηση ασθενών από το 1957 έως το 1974, ανέφερε τα εξής στοιχεία:

- κόστος
- άνεση
- ευκολίες
- τα προσωπικά χαρακτηριστικά των παροχών υπηρεσιών υγείας
- τη φύση των διαπροσωπικών σχέσεων
- την επαγγελματική ανταγωνιστικότητα, της παροχής και

την αντιλαμβανόμενη από τον ασθενή ποιότητα φροντίδας που του παρέχεται (Risser 1975).

Μια άλλη ταξινόμηση με οκτώ διαστάσεις μας παρείχαν οι Ware et al. (1983)

- **Διαπροσωπικοί τρόποι:** περιλαμβάνουν τον τρόπο με τον οποίο η παροχή αλληλεπιδρά προσωπικά με τους ασθενείς (πχ. με σεβασμό, με ενδιαφέρον, με φιλικότητα , με αδιαφορία κ.ά.).
- **Τεχνική ποιότητα της φροντίδας υγείας:** αναφέρεται στον ανταγωνισμό και την προσπάθεια των παρεχόμενων υπηρεσιών, να διατηρήσουν υψηλά επίπεδα και πρότυπα διάγνωσης και φροντίδας (για παράδειγμα, πιο λεπτομερείς εξετάσεις, ακρίβεια στη διάγνωση, αποφυγή πραγματοποίησης λαθών).

- **Προσβασιμότητα, ευκολία:** παράγοντες που επηρεάζουν την προσπάθεια και τις παραμέτρους της διαδικασίας, την οποία πρέπει να ακολουθήσει ο ασθενής προκειμένου να λάβει υπηρεσίες υγείας (πχ. χρόνοι αναμονής, ευκολία προσέγγισης ενός ιατρού, το παρκάρισμα, την κάλυψη Α.Μ.Ε.Α για την πρόσβαση στους χώρους των ιατρείων, κλπ).
- **Οικονομικοί παράγοντες :** παράγοντες που εμπλέκονται, στην πληρωμή των υπηρεσιών υγείας που έλαβε ένα άτομο.
- **Αποτελεσματικότητα, κατάληξη φροντίδας υγείας:** τα κλινικά αποτελέσματα των υπηρεσιών που έλαβε το άτομο.
- **Συνέχεια της φροντίδας:** ύπαρξη ή μη σταθερότητας στην επιλογή παροχής υπηρεσιών υγείας.
- **Φυσικό περιβάλλον:** θέματα που αφορούν το χώρο, δηλαδή τις εγκαταστάσεις όπου παρέχονται οι υπηρεσίες υγείας (π.χ. η φιλικότητα της ατμόσφαιρας, διαθεσιμότητα, επάρκεια ανθρωπίνων και άλλων πόρων), προκειμένου να αντιμετωπίζεται κάθε πιθανό πρόβλημα υγείας, από τον εκάστοτε οργανισμό υγείας (Ware et al. 1983).

Ο Fitzpatrick πρότεινε παρόμοιες με τις παραπάνω διαστάσεις ως παράγοντες αξιολόγησης από τον ασθενή για τη Μεγάλη Βρετανία. Παρόλα αυτά και καθώς διάφορες έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών διεξάγονται σε συγκεκριμένα γενικά πλαίσια, γίνεται κατανοητό ότι καμιά κατηγοριοποίηση δεν μπορεί να θεωρηθεί στο σύνολο της ως πρότυπο (Fitzpatrick 1990).

Οι Pascoe et al. (1983) δίνουν τη δική τους εκδοχή για τις διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που είναι κρίσιμες για την ικανοποίηση των ασθενών:

- Συμπεριφορά ιατρονοσηλευτικού προσωπικού.
- Κλινικό αποτέλεσμα.
- Έκταση στην οποία οι λαμβανόμενες υπηρεσίες προσέφεραν αποτελέσματα αντίστοιχα με τις αντιληπτές από τον ασθενή ανάγκες.
- Συμπεριφορές βοηθητικού προσωπικού.
- Προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων.
- Χρόνος αναμονής (Pascoe et al. 1983).

Ο Baker (1991) αναγνώρισε με τη σειρά του, πέντε στοιχεία πάνω στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στη Μεγάλη Βρετανία:

- Την ύπαρξη συνέχειας στην φροντίδα.
- Την προσβασιμότητα του χειρουργείου.

- Την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας.
- Την κατάσταση και λειτουργικότητα των οικημάτων παροχής πρωτοβάθμιας περίθαλψης.
- Τη διαθεσιμότητα των ιατρών (Baker 1991).

Στον τομέα της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας ο McIver (1991) πρότεινε επίσης:

- Την προσβασιμότητα, τους χρόνους αναμονής, το περιβάλλον της αίθουσας αναμονής, τη στάση του προσωπικού και τη σωστή πληροφόρηση του ασθενούς.

Η λίστα που παρατέθηκε από τον Ware αντανακλά ιεραρχικά όπως επισημαίνει και ο ίδιος ο συγγραφέας, τη συχνότητα εμφάνισης των παραπάνω διαστάσεων, σε πρώιμες αμερικανικές μελέτες πάνω στην ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό σημαίνει ότι οι διαπροσωπικές σχέσεις αποτελούσαν το πιο συχνό αντικείμενο μελέτης, όχι όμως απαραίτητα και το πιο σημαντικό. Μια μελέτη η οποία σχεδιάστηκε με αποκλειστικό σκοπό να κατατάξει τα στοιχεία εκείνα που πρέπει να μελετώνται στις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών, παρουσιάστηκε στις ΗΠΑ. Τα αποτελέσματα κατέδειξαν ότι η πιο σημαντική διάσταση για τους ασθενείς ήταν η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού. Ακολουθούσαν τα κλινικά αποτελέσματα, η έκταση στην οποία κάποιες υπηρεσίες ικανοποιούσαν τις ανάγκες των ασθενών, οι στάσεις του προσωπικού απέναντι τους, η προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων και οι χρόνοι αναμονής.

Άλλοι ερευνητές κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι η επικοινωνία και οι διαπροσωπικές πλευρές των υπηρεσιών υγείας, αποτελούσαν τους σημαντικότερους παράγοντες για τους ασθενείς (Pascoe et al. 1983). Οι στατιστικές μελέτες έχουν καταγράψει υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών των χειρουργείων ημέρας, που φθάνουν σε ποσοστό (85%) (Bain et al. 1999).

Στην έρευνα που έκαναν στη Σκωτία *«ημέρα χειρουργικής επέμβασης: ικανοποίηση ασθενών και αποτελέσματα»* η ικανοποίηση προέρχεται από:

- Τη μικρή συχνότητα επιπλοκών του χειρουργικού τραύματος και την υψηλή ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και των άλλων παρεχομένων υπηρεσιών (Charman 1991).
- Το σεβασμό που δείχνει το προσωπικό, στα δικαιώματα του ασθενή (Avis 1992).
- Την επαρκή πληροφόρηση που παρέχεται, για ζητήματα που αφορούν την ίδια τη χειρουργική πράξη, τη μετέπειτα πορεία και την αντιμετώπιση πιθανών επιπλοκών (Hempenstall 2001).

Η δυσαρέσκεια προέρχεται από :

- Την ανεπαρκή πληροφόρηση, σχετικά με τη διαδικασία που θα ακολουθηθεί, κατά την χειρουργική επέμβαση και τις πιθανές επιπλοκές. Επίσης τον μεγάλο χρόνο αναμονής, προκειμένου να γίνει η εισαγωγή στο χειρουργείο ημέρας, για την πραγματοποίηση της επέμβασης, καθώς και ο χρόνος που μεσολαβεί μέχρι να δοθεί η άδεια εξόδου (Moore et al. 2002)

Τέλος, είναι σπουδαίο να τονισθεί ότι, η αξιολόγηση και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενιαία βιο-ψυχοκοινωνικό- πνευματική οντότητα. Η προσέγγιση αυτή τονίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης, της αξιολόγησης, των αναγκών των ασθενών στο θεραπευτικό πρόγραμμα συμπεριλαμβανομένων των χειρουργείων μιας ημέρας, με παράλληλο προβληματισμό για το κόστος των χειρουργημένων ασθενών αφού ταλανίζει, τόσο τις διοικήσεις των Νοσοκομείων, όσο και την ίδια την πολιτεία, ειδικά τώρα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύουμε (Πολυκανδριώτη και συν. 2013, Ντάνος και συν. 1999).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, που προσέρχονται στα χειρουργεία ημέρας και η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών που τους παρέχονται.

4.2. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Πόσο επηρεάζει η ηλικία τη γενική βαθμολογία του τμήματος;
2. Πόσο επηρεάζει το μορφωτικό επίπεδο, τη γενική βαθμολογία του τμήματος «χειρουργεία μιας ημέρας»;
3. Ποιά η άποψη των ασθενών όσον αφορά στην συμπεριφορά και στην ενημέρωση για την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία τους;
4. Ποιά η συνολική εμπειρία των ασθενών και η βαθμολόγηση από 1-10 στο γενικό σύνολο του τμήματος «χειρουργεία μίας ημέρας»;
5. Ποιά η άποψη των ασθενών, όσον αφορά στην συμπεριφορά, συζήτηση ανησυχιών και φόβων με τους νοσηλευτές;

4.3. Υλικό μέθοδος

Το δείγμα της μελέτης αποτέλεσαν 200 ασθενείς στο τμήμα ημερήσιων χειρουργείων του νοσοκομείου ΚΑΤ Αθηνών. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε από 15/10/18 έως 14/1/19 περίοδος τριών (3) μηνών, από τυχαίο δείγμα πληθυσμού “ασθενών χειρουργείων μιας ημέρας”. Ο χρόνος συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων από τους χρήστες, συγγενείς/συνοδούς ήταν 5-10 λεπτά.

Πριν τη συμπλήρωση του ερευνητικού εργαλείου, πραγματοποιήθηκε ενημέρωση από τον ερευνητή, για τον σκοπό της έρευνας. Μετά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης οι χρήστες υπηρεσιών υγείας, κλήθηκαν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, για το οποίο είχαν ενημερωθεί κατά την είσοδό τους. Η καταγραφή των ερωτηματολογίων υλοποιήθηκε μετά το τέλος της χειρουργικής επέμβασης. Αυτό συνέβη, διότι η ενέργεια αυτή θα τους έδινε μια ολοκληρωμένη εικόνα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Τα ερωτηματολόγια παραδόθηκαν, πριν την έξοδό τους από το τμήμα χειρουργεία μίας ημέρας.

Ωστόσο, σημαντική ήταν η προφορική και γραπτή συγκατάθεση των ασθενών στην διεξαγωγή της έρευνας.

4.4. Μεθοδολογία

Αρχικά, έγινε ανασκόπηση της βιβλιογραφίας σε θέματα που αφορούν, την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και ειδικότερα από το τμήμα ημερήσιων χειρουργείων, κυρίως στην ηλεκτρονική βάση «pubmed». Για τη συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκε ερωτηματολόγιο που εφαρμόζεται στην 5^η Υ.Π.Ε και εστιάζει στην ικανοποίηση των ασθενών στα εξωτερικά ιατρεία. Το ερωτηματολόγιο είναι ένα κύριο εργαλείο ποσοτικής έρευνας /συλλογής πληροφοριών, σχετικές με τους σκοπούς της έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο έχει ξανά χρησιμοποιηθεί από μια άλλη μεταπτυχιακή φοιτήτρια στη μεταπτυχιακή της εργασία, «Ανάπτυξη βαρομέτρου ικανοποίησης ασθενών σε νοσηλευτικούς οργανισμούς», στο Πολυτεχνείο Κρήτης, Σχολή Μηχανικών Παραγωγής και Διοίκησης. Καθώς και στην παρούσα έρευνα κατόπιν τροποποιήσεων σύμφωνα με τις ανάγκες (Ανδριανάκη 2017).

4.5. Συλλογή δεδομένων-ερευνητικό εργαλείο

Η έρευνα διεξήχθη με τη χορήγηση δομημένου ερωτηματολογίου, [Βλέπε παράρτημα 1] στους ασθενείς που προσέρχονται στο τμήμα ημερήσιων χειρουργείων, οι οποίοι ενημερώθηκαν για τους σκοπούς της μελέτης και τους ζητήθηκε προφορική και γραπτή συγκατάθεση για τη συμμετοχή τους. [Βλέπε Παράρτημα 2].

Η ικανοποίηση μετρήθηκε με τη χρήση της πεντάβαθμης κλίμακας Likert στην οποία το 1 αντιπροσώπευε το «κακές εντυπώσεις» και το 5 το «πολύ καλές εντυπώσεις». Παράλληλα, υποβλήθηκε μια ανοιχτή ερώτηση προκειμένου να καταγραφεί η γενικότερη άποψη των χρηστών για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Έγιναν κάποιες τροποποιήσεις σε κάποιες από τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου με σκοπό να προσαρμοστεί στο τμήμα "χειρουργεία μίας ημέρας."

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν από τους ίδιους τους ασθενείς ή συγγενείς /συνοδούς αυτών, κατά το πέρας της χειρουργικής επέμβασης και λίγο πριν την έξοδό τους από τα χειρουργεία μίας ημέρας. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου διαρκούσε 5 λεπτά.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει 34 ερωτήσεις και διαχωρίζεται σε τέσσερα μέρη.

Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις που αφορούσαν τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων στη μελέτη δηλαδή, το φύλο, την ηλικία, την υπηκοότητα και το επίπεδο εκπαίδευσης. Επίσης, περιελάμβανε τον τόπο εκτίμησης του περιστατικού, καθώς και το ποιος συμπλήρωνε το ερωτηματολόγιο (ο ίδιος ο ασθενής, ή συνοδός).

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου περιελάμβανε ερωτήσεις, όσον αφορά την αξιολόγηση των κάτωθι πεδίων:

- Υποδοχή περιβάλλον
- Ταχύτητα εξυπηρέτησης
- Εντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα
- Εντυπώσεις από τη νοσηλευτική φροντίδα
- Διοικητικές υπηρεσίες
- Γενική εξυπηρέτηση

Το τρίτο μέρος περιελάμβανε ανοιχτή ερώτηση, προκειμένου να καταγραφεί η γενικότερη άποψη των χρηστών για τις υπηρεσίες του νοσοκομείου και

Το τέταρτο μέρος περιελάμβανε πεδίο για τη συμπλήρωση τυχόν επισημάνσεων.

4.6. Θέματα ηθικής και δεοντολογίας

Η συλλογή των δεδομένων πραγματοποιήθηκε μετά από έγγραφη άδεια του Επιστημονικού Συμβουλίου Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Κ.Α.Τ. με αρ. πρωτ. 380/11-10-2018 [παρατίθεται στο παράρτημα 3]. Οι συμμετέχοντες πληροφορήθηκαν για το σκοπό της μελέτης, την εμπιστευτικότητα των δεδομένων και την εθελοντική φύση της συμμετοχής τους. Κατά τη διεξαγωγή της παρούσας μελέτης τηρήθηκαν όλες οι βασικές αρχές ηθικής και δεοντολογίας. Αν και η συγκεκριμένη μελέτη δεν περιλαμβάνει θεραπευτικές παρεμβάσεις, που μπορεί να εμπεριέχουν τον κίνδυνο σωματικής ή ψυχικής βλάβης από τους ερευνητές, δόθηκε ιδιαίτερη σημασία στην προστασία των συμμετεχόντων από πιθανή βλάβη, που μπορεί να προέκυπτε από την επιδείνωσή τους και εφόσον υπέπιπτε αυτή στην αντίληψη του ερευνητή. Από την αρχή της μελέτης εξασφαλίστηκε η έγκριση και η συναίνεση των φορέων στους οποίους υλοποιήθηκε η έρευνα. Το ερευνητικό πρωτόκολλο υποβλήθηκε για έγκριση στο Επιστημονικό Συμβούλιο του Γενικού Νοσοκομείου Αθηνών Κ.Α.Τ. και έλαβε την έγκρισή του με αρ. πρωτ. Ε.Σ . 380 11/10/2018 [Βλέπε Παράρτημα 3]. Η συμμετοχή των φυσικών προσώπων στην συγκεκριμένη έρευνα ήταν εθελοντική, αλλά και αναγκαία. Η συλλογή των δεδομένων έγινε από τους ίδιους τους χρήστες ή συνοδούς αυτών. Ήταν ανώνυμα και δεν περιείχαν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων, από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι πληροφορίες ήταν απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο ο ερευνητής είχε πρόσβαση σε αυτές. Οι πληροφορίες χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς. Καμία μεμονωμένη πληροφορία δεν θα δημοσιευθεί, παρά μόνο τα τελικά αποτελέσματα της

έρευνας. Η ανωνυμία των συμμετεχόντων και το προσωπικό απόρρητο θα τηρηθεί στο ακέραιο καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας, αλλά και μετά το πέρας αυτής, δεσμεύοντας τον ερευνητή.

4.7. Στατιστική ανάλυση

Αναφορικά με τη στατιστική ανάλυση που ακολουθεί, οι ποσοτικές μεταβλητές αναφέρονται με βάση τη μέση τους τιμή \pm τυπική απόκλιση ($mean \pm sd$), ενώ για τις ποιοτικές έχουμε τις αντίστοιχες συχνότητες και τα ποσοστά. Στην περίπτωση που δεν ικανοποιήθηκε η υπόθεση της κανονικότητας για τις ποσοτικές μεταβλητές, βάσει των κατάλληλων στατιστικών ή/και γραφικών ελέγχων, τότε γίνεται χρήση της διαμέσου και του ενδοτεταρτημοριακού εύρους ($median$, IQR) ως αντιπροσωπευτικά περιγραφικά μέτρα. Συγκεκριμένα, έγινε χρήση του στατιστικού ελέγχου Shapiro-Wilk για τον έλεγχο της κανονικότητας των ποσοτικών μεταβλητών της μελέτης. Η ύπαρξη κανονικότητας επιβεβαιώθηκε ή απορρίφθηκε και από την οπτική επισκόπηση των αντίστοιχων ιστογραμμάτων, normal Q-Q plots και box-plots των μεταβλητών.

Έγινε επίσης, χρήση των στατιστικών ελέγχων chi-square, t-test, Mann-Whitney, Kruskal Wallis και Jonckheere-Terpstra και του ελέγχου συσχέτισης Spearman. Σε όλες περιπτώσεις κρίθηκε αναγκαίο, έγινε χρήση exact tests ή Monte Carlo simulations (10000 samples). Για τους στατιστικούς ελέγχους, ορίστηκε το επίπεδο σημαντικότητας στο 0.05.

Για την ανάλυση των δεδομένων της μελέτης χρησιμοποιήθηκε το πρόγραμμα IBM SPSS 20.0

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Από τον πίνακα 1 προκύπτει σχετικά με την αναλογία του φύλου, συμμετείχαν 85 άνδρες και 115 γυναίκες, ενώ στο εκπαιδευτικό επίπεδο του δείγματος οι περισσότεροι είναι οι απόφοιτοι πανεπιστήμιου ή ΤΕΙ (40,7%), μετά οι τελειόφοιτοι λυκείου (33,7%) και έως την Γ' γυμνασίου (25,6%). Επίσης φαίνεται ότι η προσέλευση του δείγματος προέρχεται από τακτικά εξωτερικά ιατρεία (61%), από το τμήμα επειγόντων περιστατικών (ΤΕΠ) (23%), από τα απογευματινά ιατρεία (14,5%) και νοσηλεύόμενοι (1,5%). Η προσβασιμότητα είναι σε ποσοστό (98,5%) εύκολη και (1,5%) δύσκολη. Οι απαντήσεις του ερωτηματολογίου είναι από τους ίδιους τους χρήστες σε ποσοστό (95,0%) και από συγγενείς ή συνοδούς (5,0%). Έγινε επανακωδικοποίηση των επεμβάσεων ώστε να αναλύονται σε λιγότερες ομάδες, με τη μικροχειρουργική κλινική (ΜΧΧ) (47,5%), την πλαστική χειρουργική κλινική (ΠΛΧ) (28,5%), τη γενική χειρουργική κλινική (Γ/Χ) (7,5%), την ορθοπεδική χειρουργική κλινική (ΟΡΘ) (16,%) την καρδιολογική κλινική (Κ/Δ) (0,5%). Η ηλικία μέση τιμή $50,32 \pm 17,40$ τυπική απόκλιση. Η διάρκεια της επέμβασης είχε διάμεσο 27,5 λεπτά.

Πίνακας 1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των N=200 συμμετεχόντων στη μελέτη.

Χαρακτηριστικά		Σύνολο	Άνδρες	Γυναίκες	P-value
		n (%)		#	
Υπηκοότητα	ελληνική	192 (96.0)	83 (97.6)	109 (94.8)	0.471
	αλλοδαπός	8 (4.0)	2 (2.4)	6(5.2)	
Μορφωτικό επίπεδο	μέχρι 3η γυμνασίου	51 (25.6)	21 (25.0)	30 (26.1)	0.707
	Τελειόφοιτος λυκείου	67 (33.7)	31 (36.9)	36(31.3)	
	Πανεπιστήμιο-ΤΕΙ	81 (40.7)	32 (38.1)	49 (42.6)	
Τόπος εκτίμησης	επείγοντα ΤΕΠ	46 (23.0)	19 (22.4)	27 (23.5)	0.396
	τακτικά εξ. Ιατρεία	122 (61.0)	48 (56.5)	74 (64.3)	
	νοσηλεύόμενος/η	3 (1.5)	2 (2.4)	1 (0.9)	
	απογευματινά ιατρεία	29 (14.5)	16 (18.8)	13 (11.3)	
Προσβασιμότητα	εύκολη	197 (98.5)	84 (98.8)	113 (98.3)	>0.999
	δύσκολη	3 (1.5)	1 (1.2)	2 (1.7)	
Ερωτώμενος	ο ίδιος ο ασθενής	190 (95.0)	82 (96.5)	108 (93.9)	0.522
	συγγενής ή συνοδός	10 (5.0)	3 (3.5)	7 (6.1)	
Επανακωδικο-ποίηση επεμβάσεων	ΜΧΧ μικροχειρουργικές επεμβάσεις άκρας χειρός	95 (47.5)	42 (49.4)	53 (46.1)	0.562
	ΠΛΧ πλαστική χειρουργική	57 (28.5)	25 (29.4)	32 (27.8)	
	Γ/Χ γενική χειρουργική	15 (7.5)	4 (4.7)	11 (9.6)	
	ΟΡΘ ορθοπαιδική χειρουργική	32 (16.0)	13 (15.3)	19 (16.5)	
	Κ/Δ καρδιολογική χειρουργική	1 (0.5)	1 (1.2)	0 (0.0)	
Ηλικία	Mean ± std	50.32 ± 17.40	48.87 ± 18.03	51.38 ±16.93	0.316*
Χρόνος επέμβασης	Median, IQR	27.5, 15.0	30.0, 25.0	25.0, 15.0	

#Ελεγχουχ².

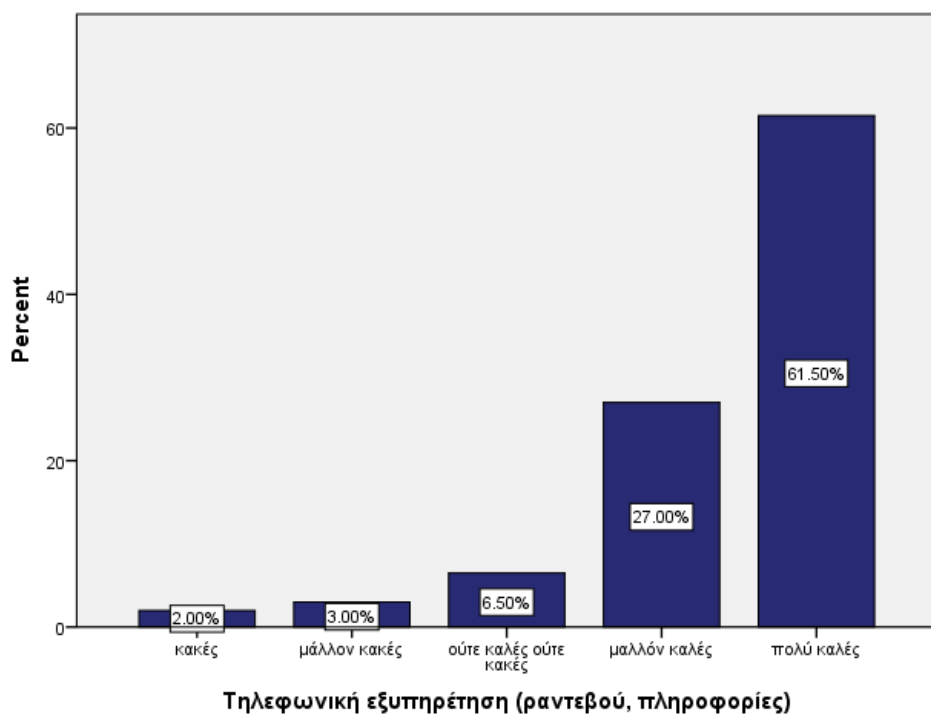
* t-test

** Mann-Whitney U test

Στη μελέτη συμμετείχαν 85 άνδρες (42.5%) και 115 γυναίκες (57.5%)

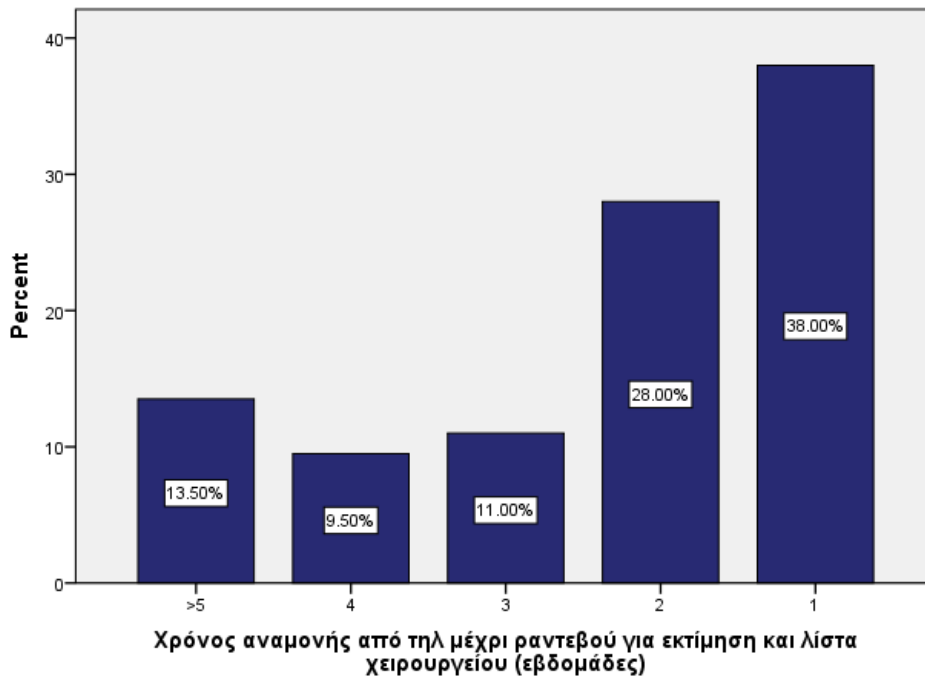
Ακολουθούν κάποια ιστογράμματα (bar-charts), αναφορικά με τα ποσοστά των απαντήσεων στο σύνολο του δείγματος, στις 34 ερωτήσεις του ερωτηματολογίου της μελέτης.

Γράφημα 1. Ερώτηση «Τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες)»



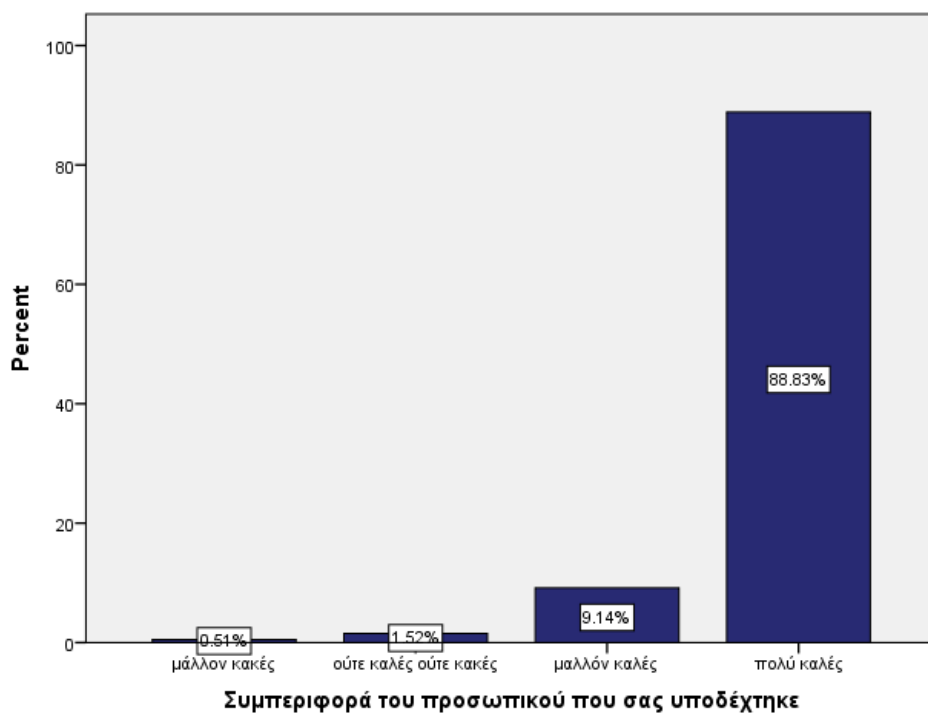
Οι απαντήσεις του δείγματος φαίνεται να είναι στο «πολύ καλές» (61,5%), στο «μάλλον καλές» (27%). Αθροίζοντας τις θετικές απόψεις του δείγματος το ποσοστό φτάνει (88,5%). Από το γράφημα 1 προκύπτει μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης του δείγματος σε αυτή την ερώτηση.

Γράφημα 2. Ερώτηση «χρόνος αναμονής από ραντεβού για εκτίμηση και λίστα χειρουργείου (εβδομ.)»



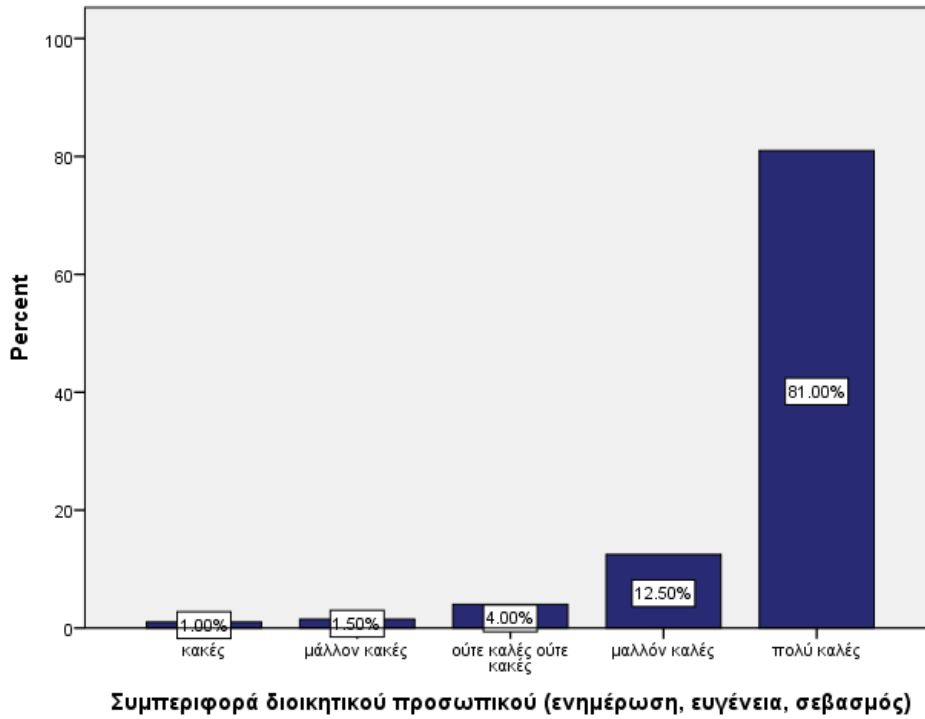
Από τις απαντήσεις του δείγματος προκύπτει, αναμονή μιας εβδομάδας, σε ποσοστό (38%). Αναμονή δύο εβδομάδων αναφέρεται σε ποσοστό (28%). Αθροίζοντας τα ποσοστά της μίας και των δύο εβδομάδων (θεωρητικά μικρός χρόνος αναμονής) το ποσοστό είναι (66%). Προκύπτει στο γράφημα 2 ότι ένα ικανοποιητικό ποσοστό του δείγματος, έχουν μικρό χρόνο αναμονής.

Γράφημα 3. Ερώτηση «συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε»



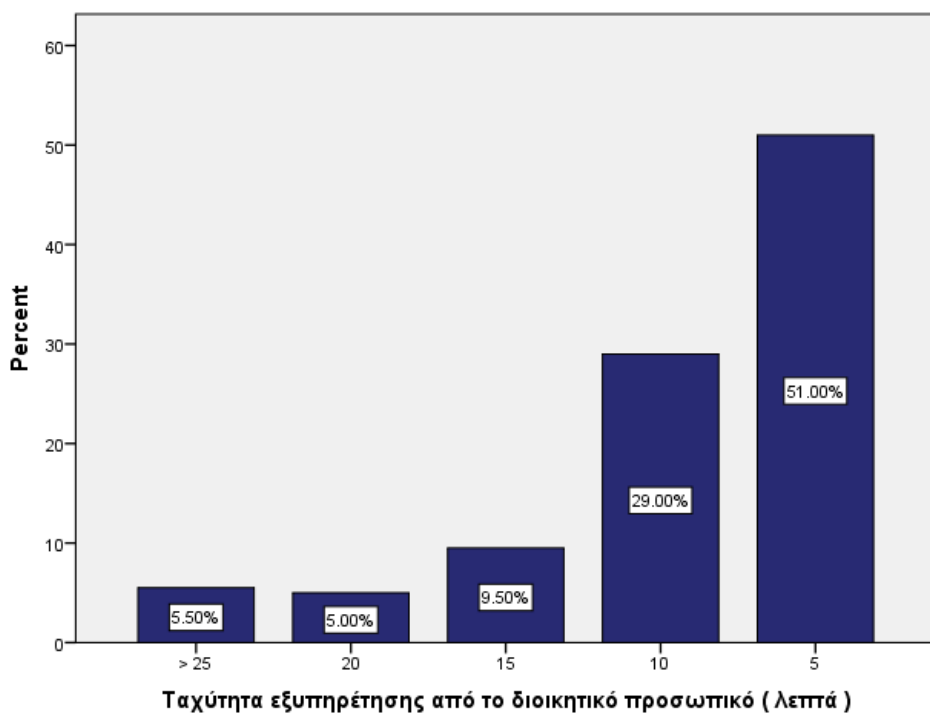
Παρατηρείται ότι οι απαντήσεις του δείγματος στο «πολύ καλές» είναι (88,83%), στο «μάλλον καλές» (9,14%). Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις του δείγματος το ποσοστό φτάνει (97,44%). Από το γράφημα 3 προκύπτει μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης του δείγματος.

Γράφημα 4. Ερώτηση «συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)».



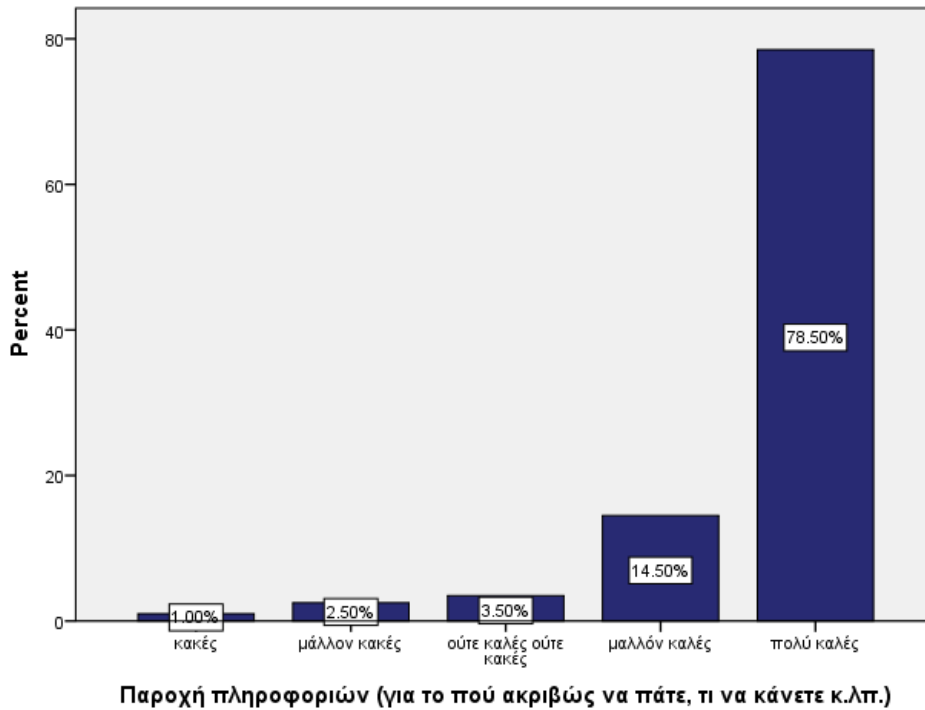
Παρατηρείται στο γράφημα 4 ότι οι απαντήσεις του δείγματος είναι στο «πολύ καλές» (81%) στο «μάλλον καλές» (12,5%). Αθροίζοντας τις δύο θετικές τιμές παρατηρείται, ποσοστό (93,5%) ικανοποίησης του δείγματος.

Γράφημα 5. Ερώτηση «ταχύτητα εξυπηρέτησης από το διοικητικό προσωπικό (λεπτά)»



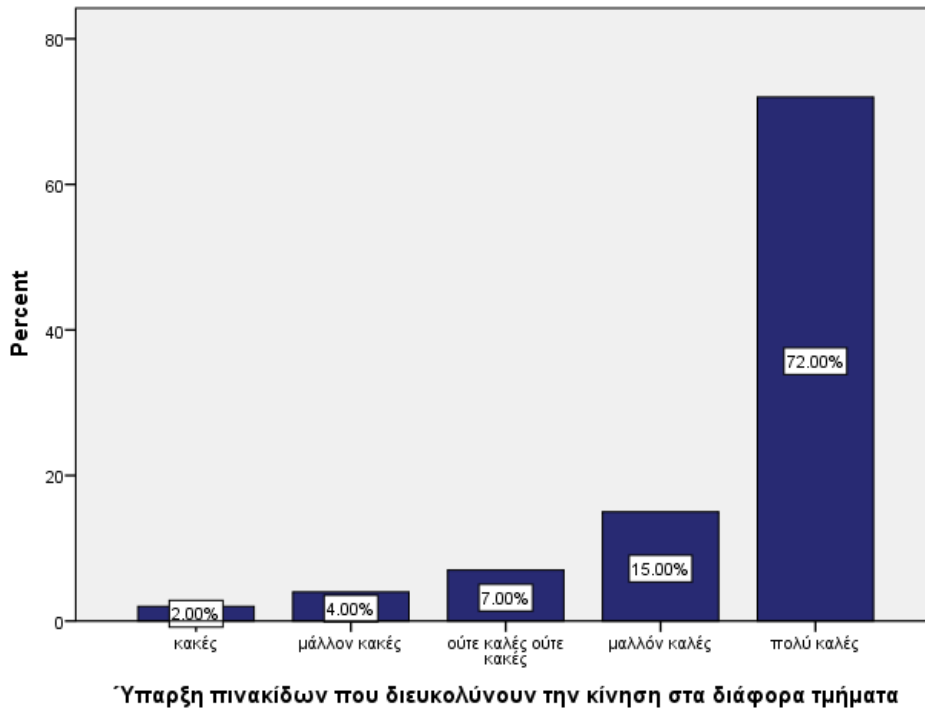
Παρατηρείται ότι η εξυπηρέτηση του δείγματος είναι σε 5 λεπτά (51%) και σε 10 λεπτά (29%). Αθροιστικά προκύπτει ότι σε ποσοστό (80%) έχει εξυπηρετηθεί σε 10 λεπτά. Η εξυπηρέτηση του δείγματος σε ελάχιστο χρόνο, έχει ως αποτέλεσμα μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης.

Γράφημα 6. Ερώτηση «παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε, τι να κάνετε κ.λ.π.)»



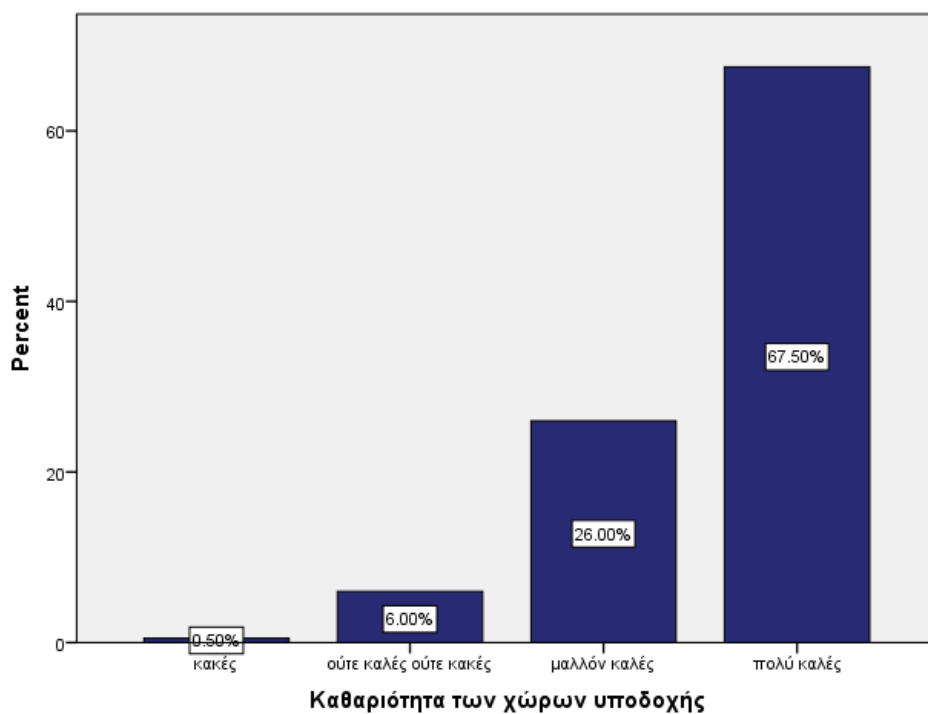
Παρατηρείται στο γράφημα 6 ότι οι απαντήσεις είναι στο «πολύ καλές» (78,5%). Στο «μάλλον καλές» (14,5%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά ποσοστά προκύπτει ότι το ποσοστό ικανοποίησης φτάνει (93%). Πρόκειται για μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης.

Γράφημα 7. Ερώτηση «ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα διάφορα τμήματα»



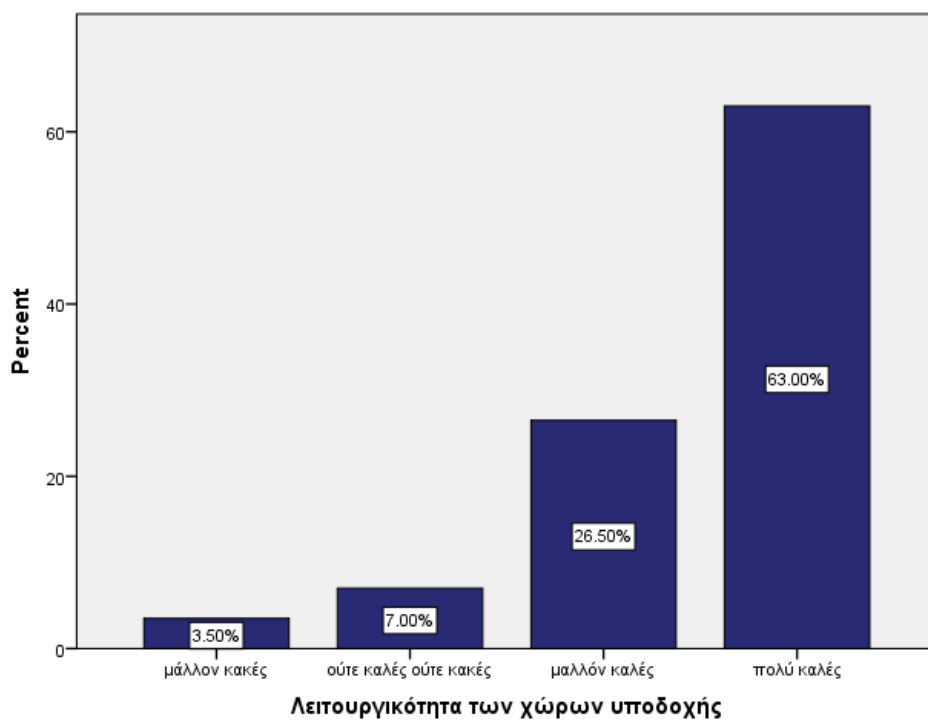
Από το γράφημα 7 προκύπτει ότι οι απαντήσεις του δείγματος είναι στο «πολύ καλές» (72%) στο «μάλλον καλές» (15%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά ποσοστά η ικανοποίηση φτάνει (87%). Προκύπτει μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης.

Γράφημα 8. Ερώτηση «καθαριότητα των χώρων υποδοχής»



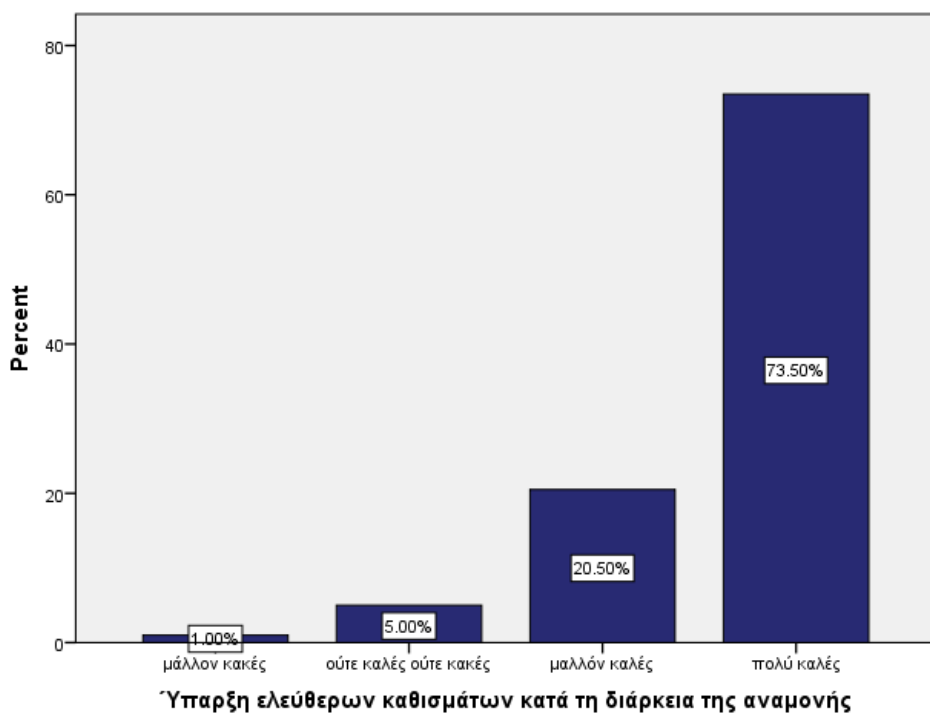
Φαίνεται στο γράφημα 8 οι απαντήσεις να είναι στο «πολύ καλές» (67,5%) στο «μάλλον καλές» (26%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα το ποσοστό ικανοποίησης φτάνει στο (93,5%). Προκύπτει μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης.

Γράφημα 9. Ερώτηση «λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής»



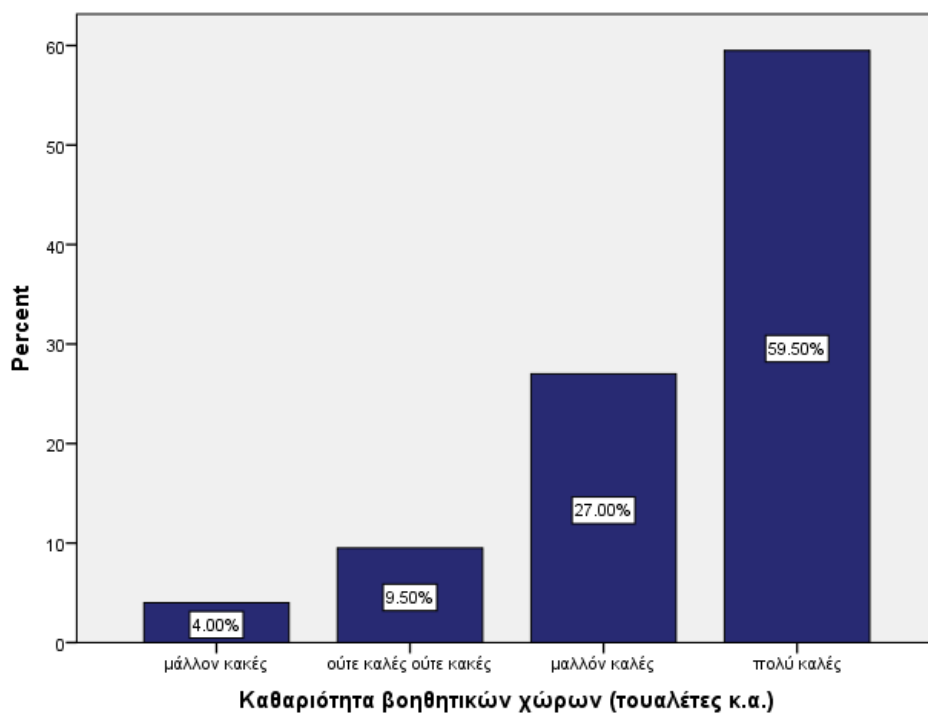
Φαίνεται στο γράφημα 9 ότι στο «πολύ καλές» είναι (63%). Στο «μάλλον καλές» είναι (26,5%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα προκύπτει ότι το ποσοστό ικανοποίησης σε αυτή την ερώτηση είναι (89,5%).

Γράφημα 10. Ερώτηση «Υπαρξη ελεύθερων καθισμάτων κατά τη διάρκεια της αναμονής»



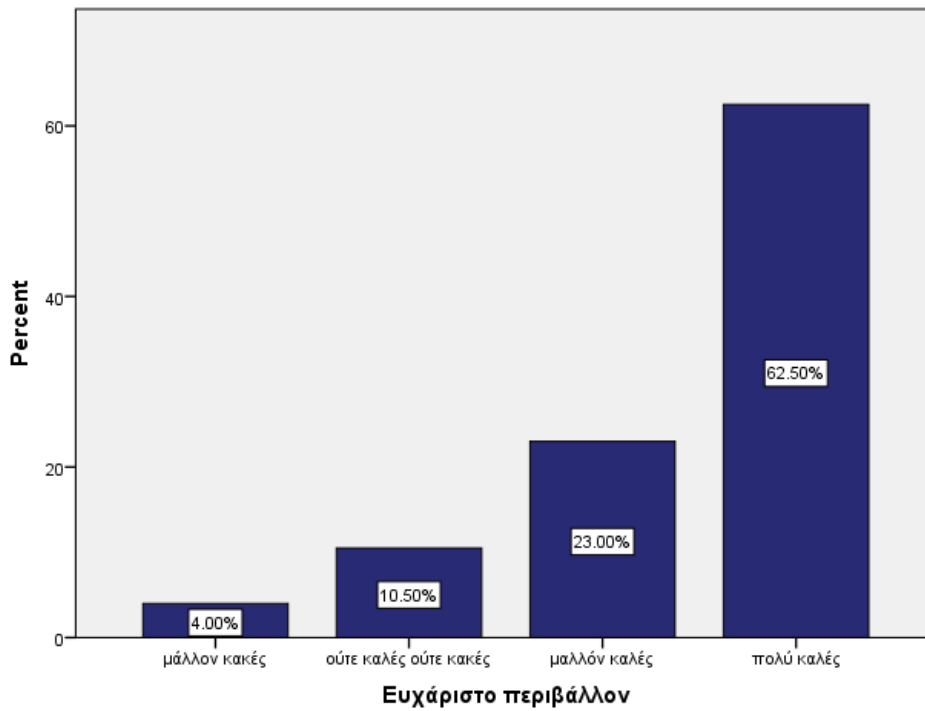
Φαίνεται στο γράφημα 10 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι σε ποσοστό (73,5%). Στο «μάλλον καλές» (20,5%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα προκύπτει, ότι η ικανοποίηση σε αυτή την ερώτηση είναι σε ποσοστό (94%).

Γράφημα 11. Ερώτηση «Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (τουαλέτες κ.ά.)»



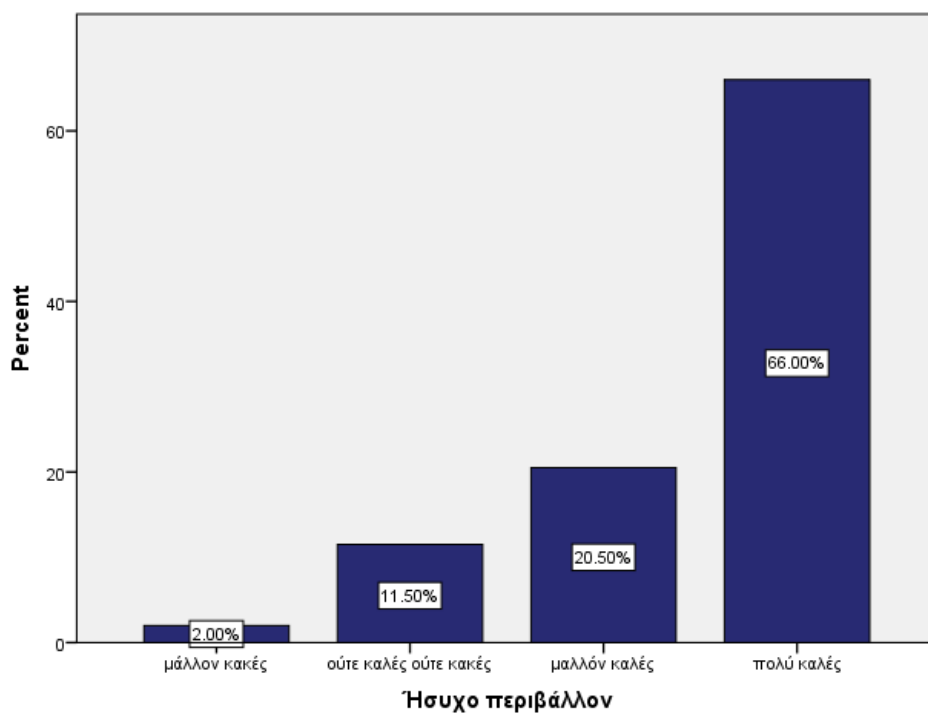
Παρατηρείται στο γράφημα 11 ότι οι απαντήσεις είναι στο «πολύ καλές» (59,5%), στο «μάλλον καλές» (27%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα, προκύπτει ποσοστό ικανοποίησης (86,5%).

Γράφημα 12. Ερώτηση «Ευχάριστο περιβάλλον»



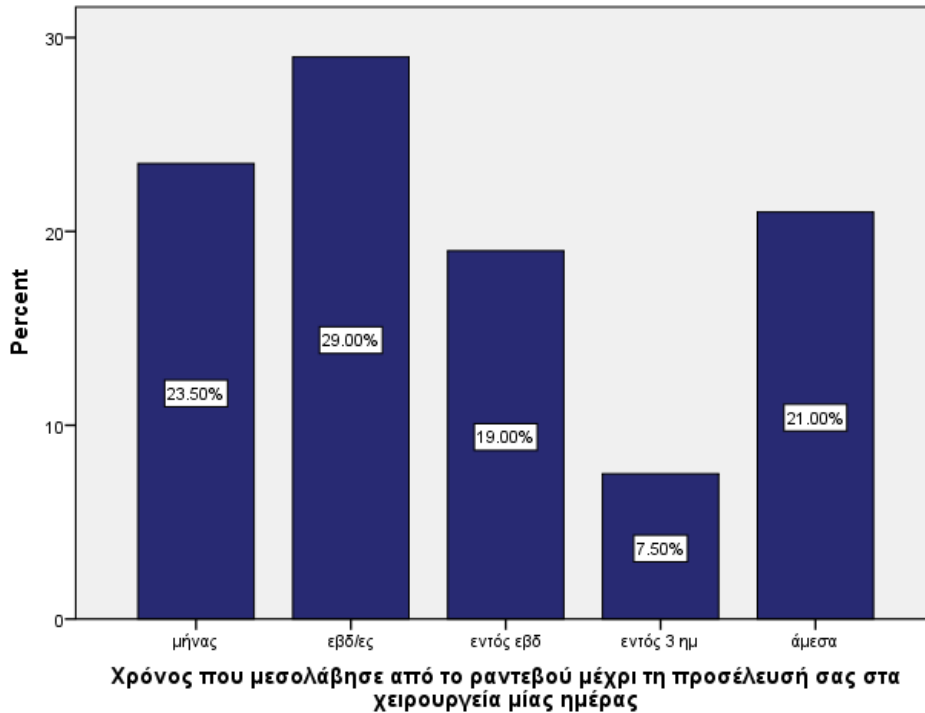
Φαίνεται στο γράφημα 12 ότι οι απαντήσεις είναι στο «πολύ καλές» (62,5%), στο «μάλλον καλές» (23%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα το ποσοστό ικανοποίησης είναι (85,5%).

Γράφημα 13. Ερώτηση «Ήσυχο περιβάλλον»



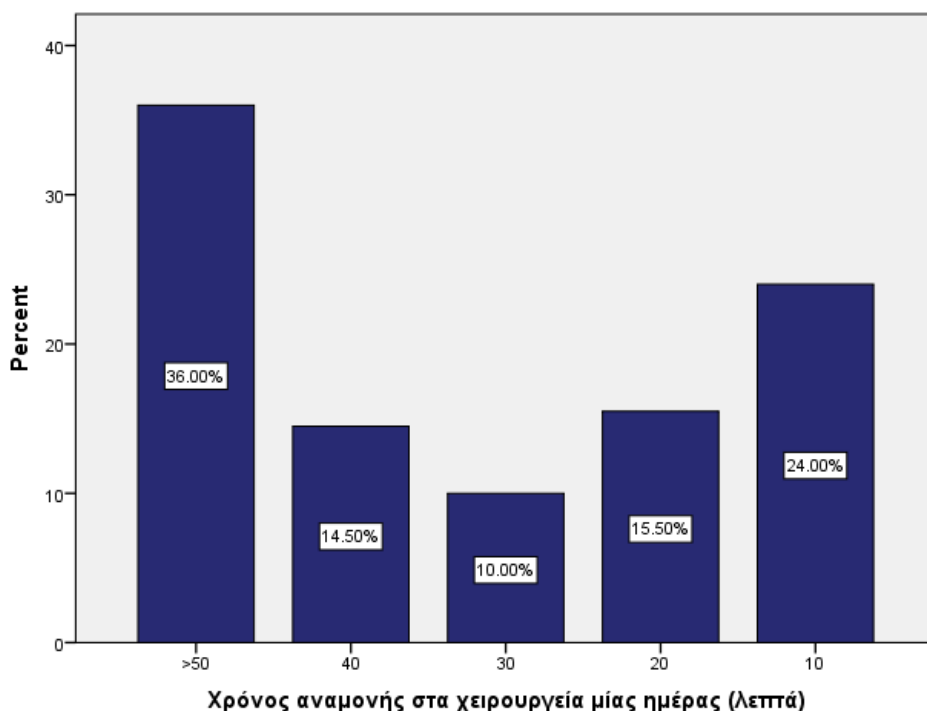
Φαίνεται στο γράφημα 13 ότι οι απαντήσεις είναι «πολύ καλές» σε ποσοστό (66%), στο «μάλλον καλές» (20,5%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα το ποσοστό ικανοποίησης φτάνει (86,5%).

Γράφημα 14. Ερώτηση «Χρόνος που μεσολάβησε από το ραντεβού μέχρι την προσέλευσή σας στα χειρουργεία μίας ημέρας (άμεσα, εντός τριών ημερών, εντός εβδομάδας, μία με τρεις εβδομάδες, σε ένα μήνα)»



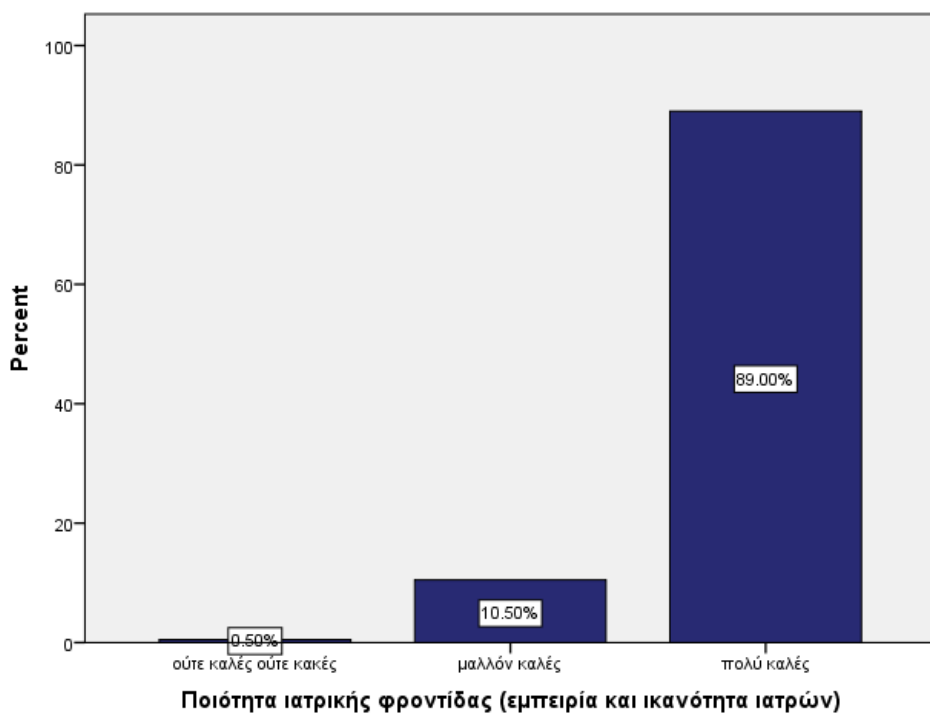
Φαίνεται στο γράφημα 14 ότι (21%) των ερωτηθέντων εξυπηρετήθηκαν άμεσα, (7,5%) σε 3 ημέρες, (19%) εντός εβδομάδος, (29%) τις επόμενες εβδομάδες (μία έως τρεις) και τέλος ποσοστό 23,5% σε ένα μήνα. Παρατηρείται ότι στους χρήστες των χειρουργείων μιας ημέρας σε ποσοστό (29%) ο χρόνος εξυπηρέτησής τους ήταν από μία έως τρεις εβδομάδες.

Γράφημα 15. Ερώτηση «Χρόνος αναμονής στα χειρουργεία μίας ημέρας σε (λεπτά)»



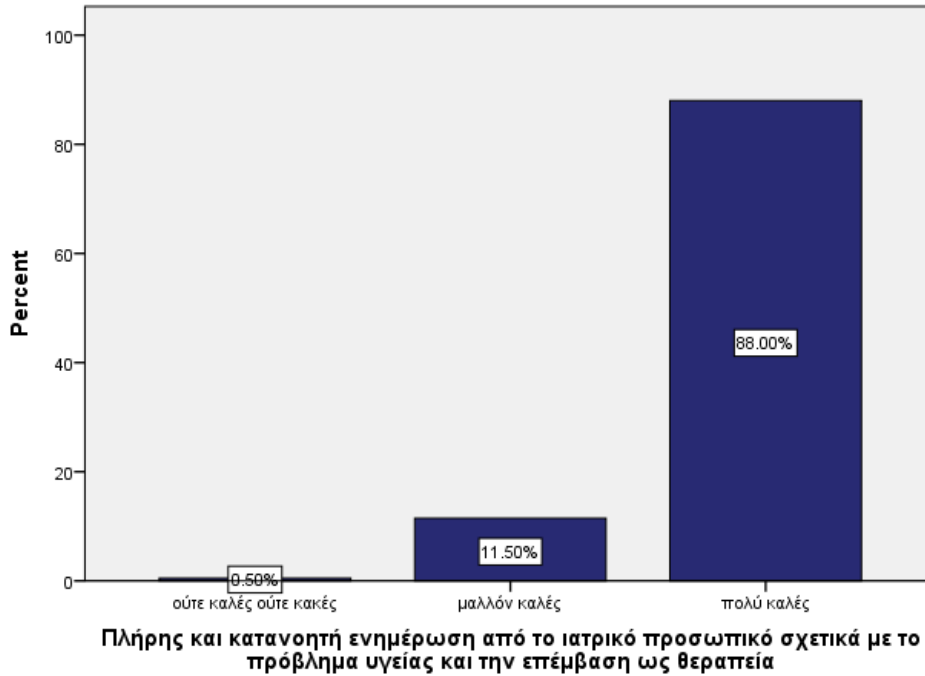
Στο γράφημα 15 φαίνεται ότι (24%) είχε χρόνο αναμονής 10 λεπτά, (15,5%) χρόνο αναμονής 20 λεπτά, (10%) χρόνο αναμονής 30 λεπτά, (14,5%) χρόνο αναμονή 40 λεπτά και τέλος (36%) περισσότερο από 50 λεπτά. Αθροίζοντας τους δύο μεγαλύτερους χρόνους αναμονής το ποσοστό των χρηστών είναι(50,5%).

Γράφημα 16. Ερώτηση «Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα ιατρών)»



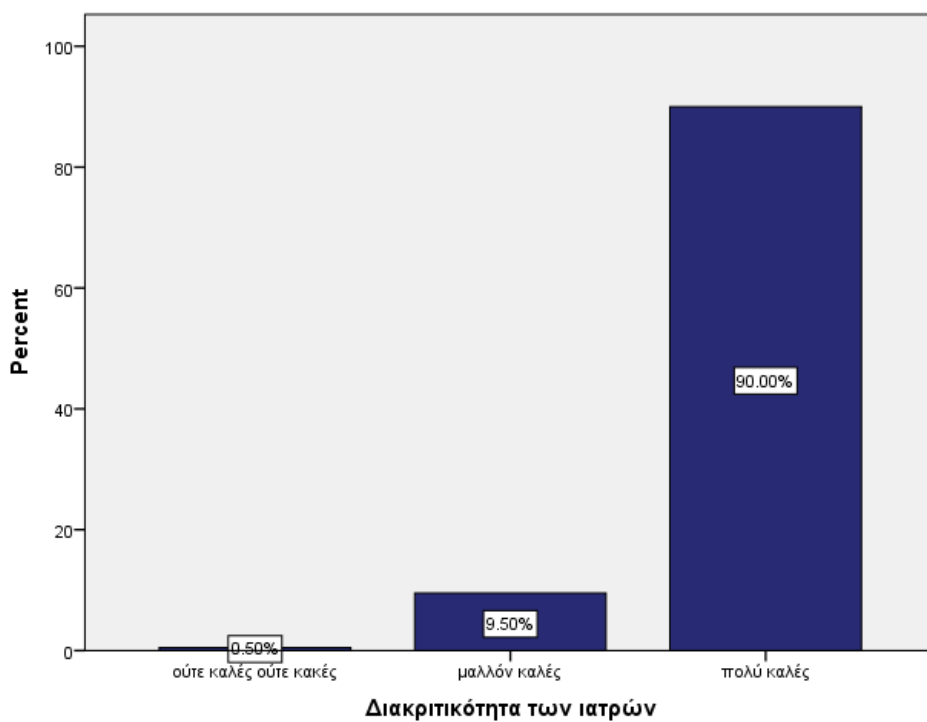
Παρατηρείται στο γράφημα 16 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (89%), στο «μάλλον καλές» (10,5%). Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις το ποσοστό ικανοποίησης σ' αυτή την ερώτηση είναι (99,5%).

Γράφημα 17. Ερώτηση «Πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως θεραπεία»



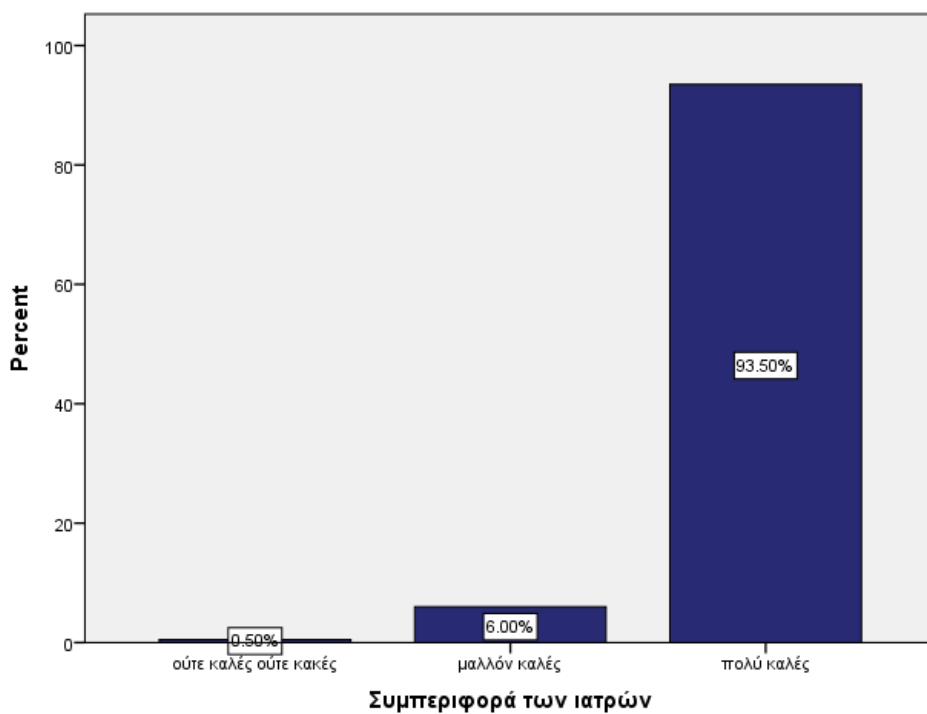
Φαίνεται στο γράφημα 17 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (88%), στο «μάλλον καλές» (11,5%). Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις προκύπτει ποσοστό ικανοποίησης (99,5%).

Γράφημα 18. Ερώτηση «διακριτικότητα των ιατρών»



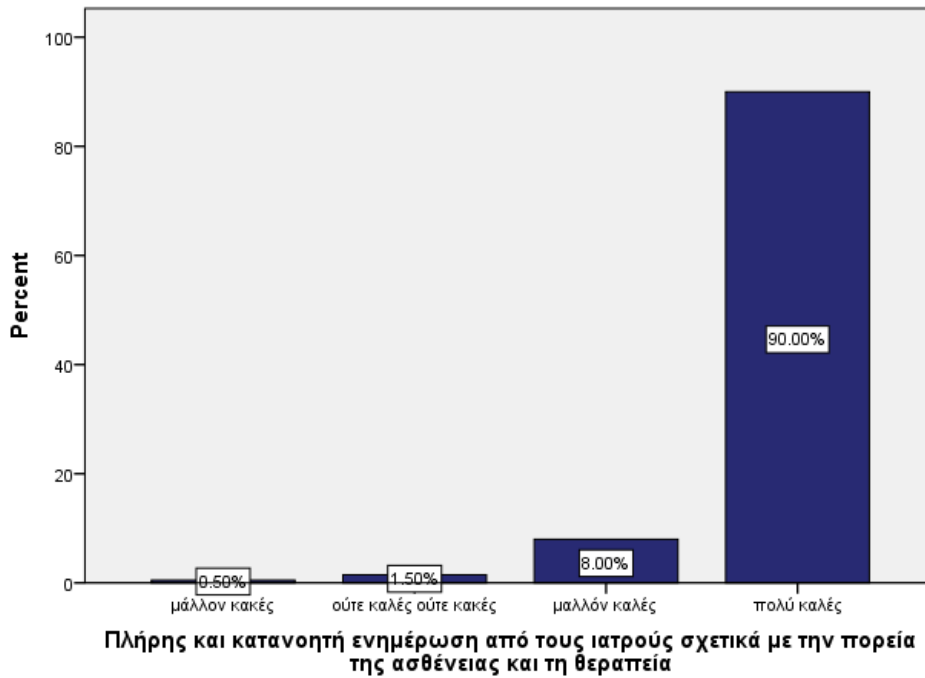
Φαίνεται στο γράφημα 18 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (90%), στο «μάλλον καλές» (9,5%). Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις το ποσοστό φτάνει (99,5%).

Γράφημα 19. Ερώτηση «Συμπεριφορά των ιατρών»



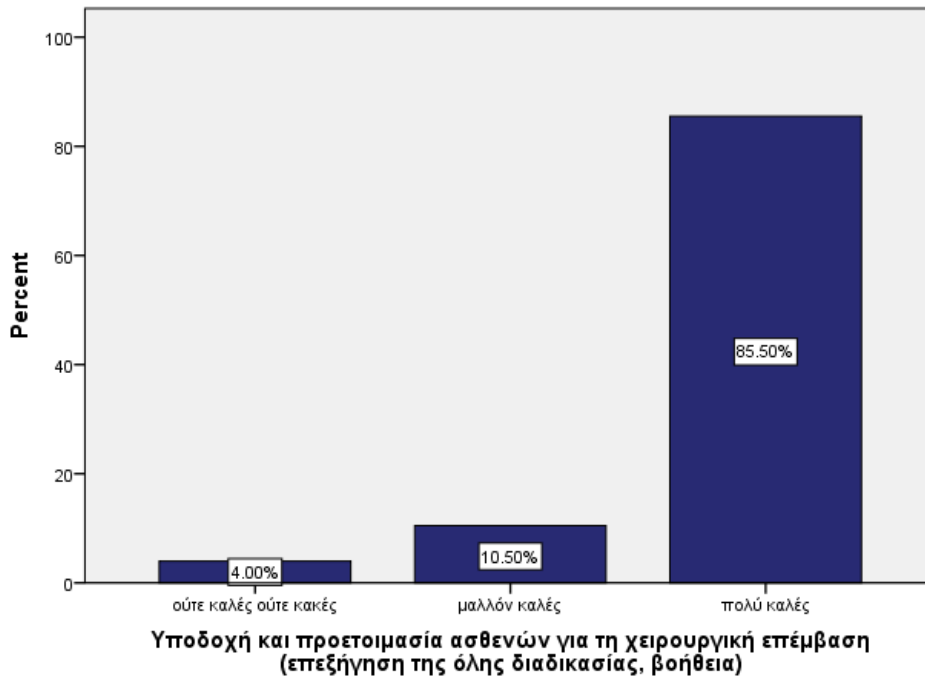
Φαίνεται στο γράφημα 19 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (93,5%), στο «μάλλον καλές» (6%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα προκύπτει ποσοστό ικανοποίησης (99,5%).

Γράφημα 20. Ερώτηση «Πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία»



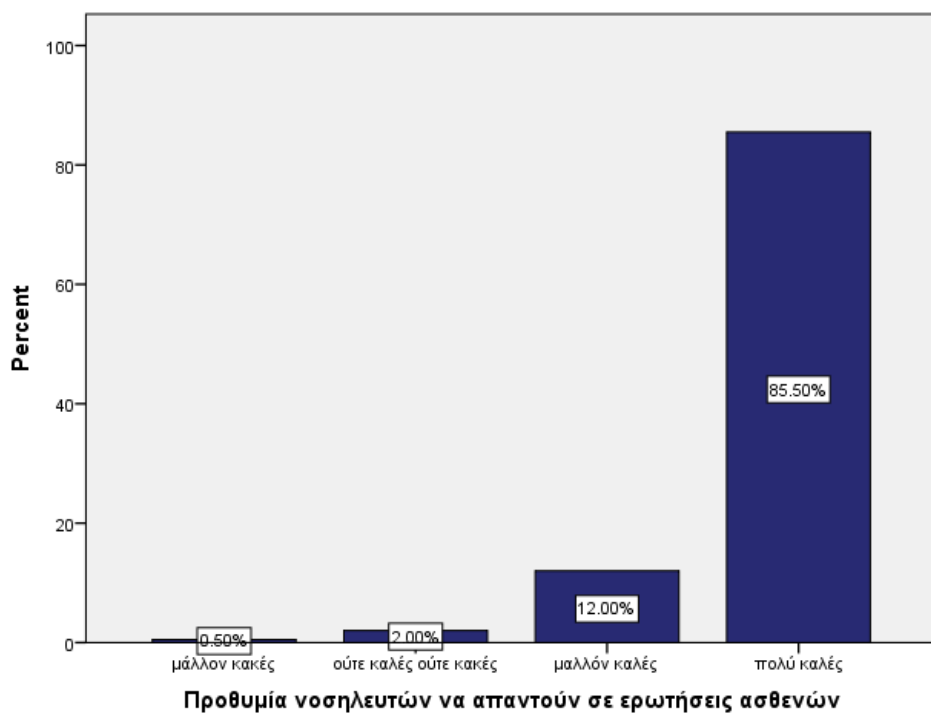
Φαίνεται στο γράφημα 20 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (90%), στο «μάλλον καλές» (8%). Αθροίζοντας τις θετικές απόψεις των ασθενών προκύπτει ποσοστό ικανοποίησης (98%).

Γράφημα 21. Ερώτηση «υποδοχή και προετοιμασία ασθενών για τη χειρουργική επέμβαση (επεξήγηση της όλης διαδικασίας, βοήθεια)»



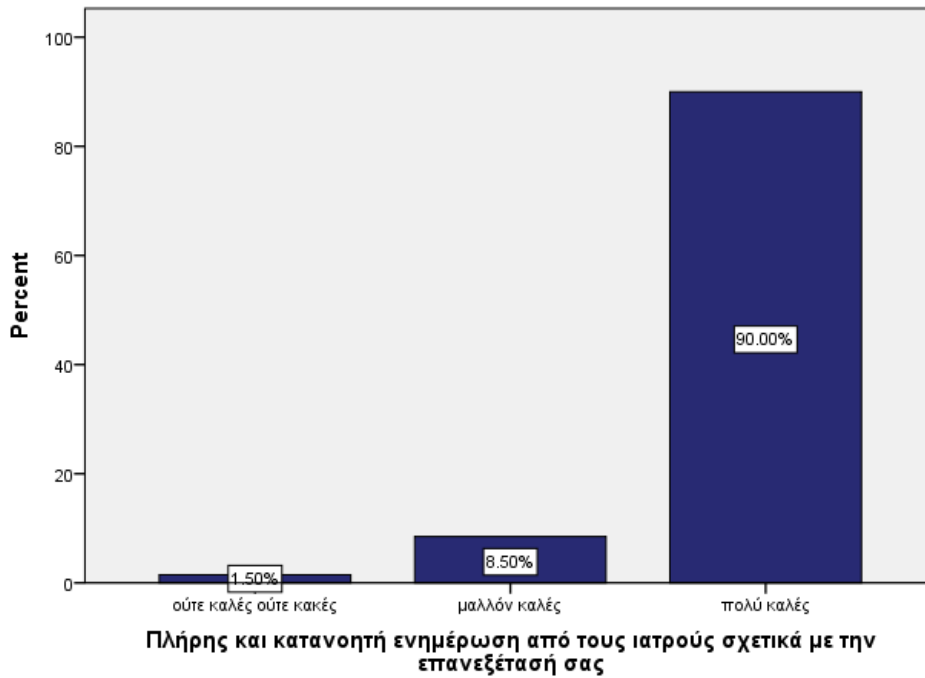
Παρατηρείται από το γράφημα 21 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» φτάνουν σε ποσοστό (85,5%), στο «μάλλον καλές» (10,5%). Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις το ποσοστό φτάνει (86%).

Γράφημα 22. Ερώτηση «Προθυμία νοσηλευτών να απαντούν σε ερωτήσεις ασθενών»



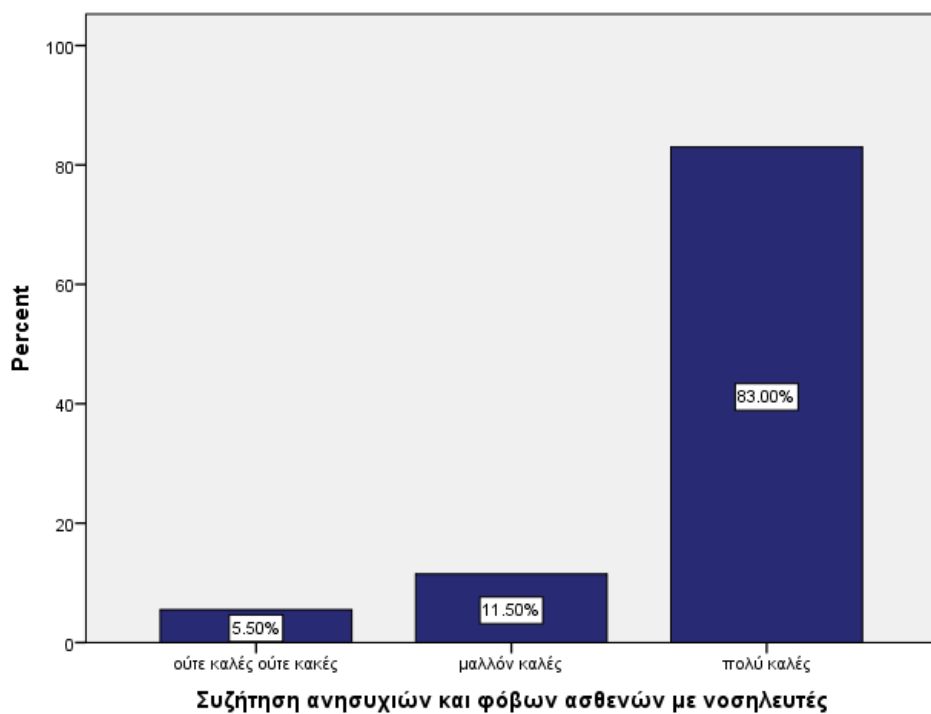
Φαίνεται στο γράφημα 22 ότι οι απαντήσεις των χρηστών είναι στο «πολύ καλές» (85,5%), στο «μάλλον καλές»(12%). Αθροίζοντας τις θετικές απόψεις προκύπτει ποσοστό ικανοποίησης (97,5%).

Γράφημα 23. Ερώτηση «Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την επανεξέτασή σας»



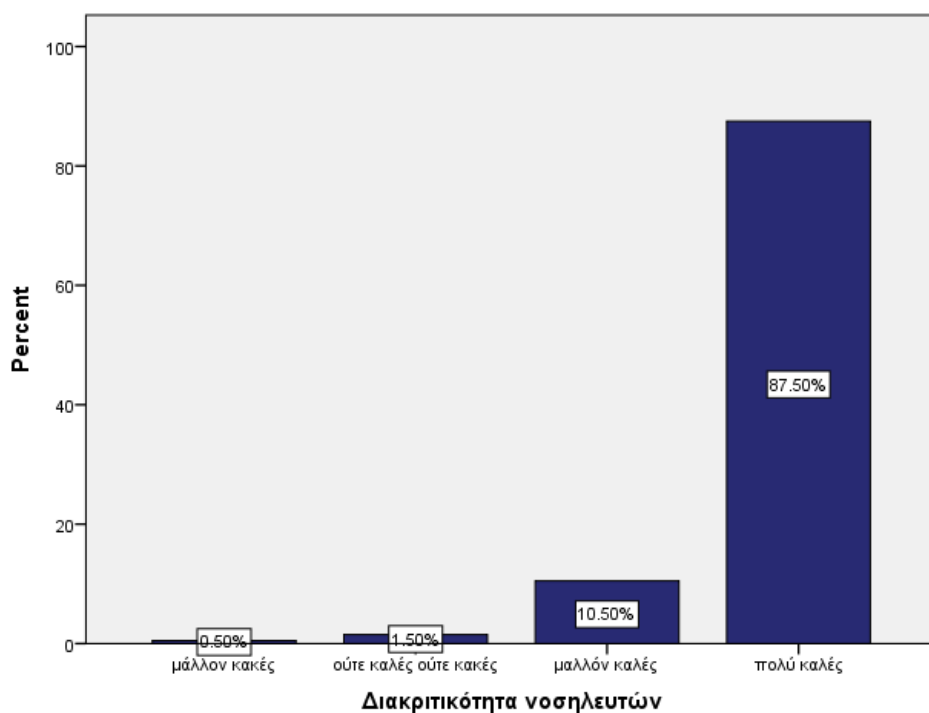
Φαίνεται στο γράφημα 23 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (90%), στο «μάλλον καλές» (8,5%). Αθροίζοντας τα δύο θετικά αποτελέσματα το ποσοστό ικανοποίησης φτάνει (98,5%).

Γράφημα 24. Ερώτηση «Συζήτηση ανησυχιών και φόβων ασθενών με νοσηλευτές»



Φαίνεται στο γράφημα 24 ότι οι απαντήσεις των χρηστών στο «πολύ καλές» είναι (83%), στο «μάλλον καλές» (11,5%). Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις το ποσοστό φτάνει (94,5%).

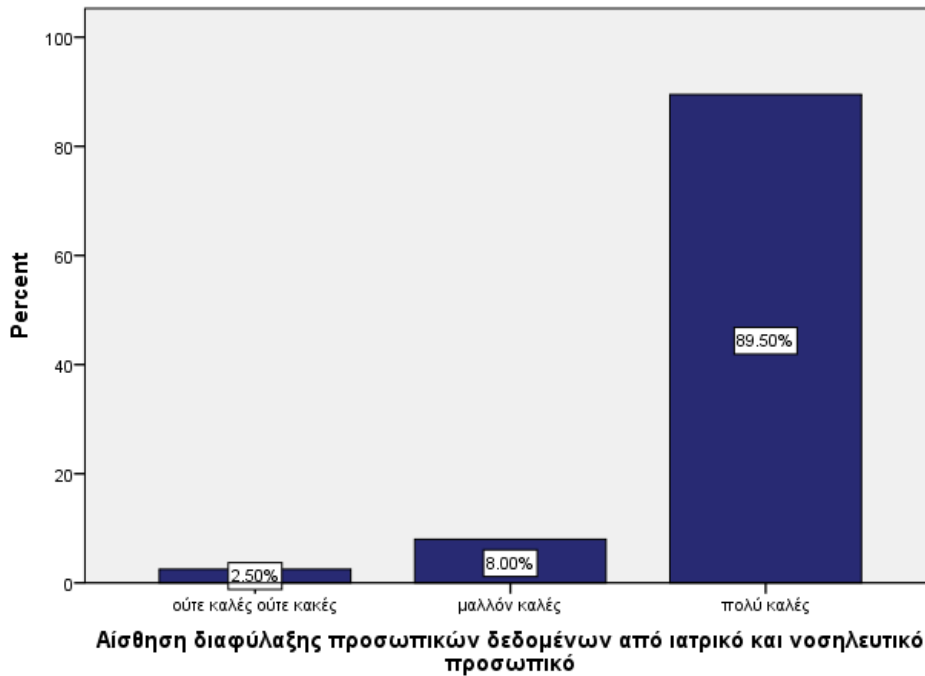
Γράφημα 25. Ερώτηση «Διακριτικότητα Νοσηλευτών».



Δ

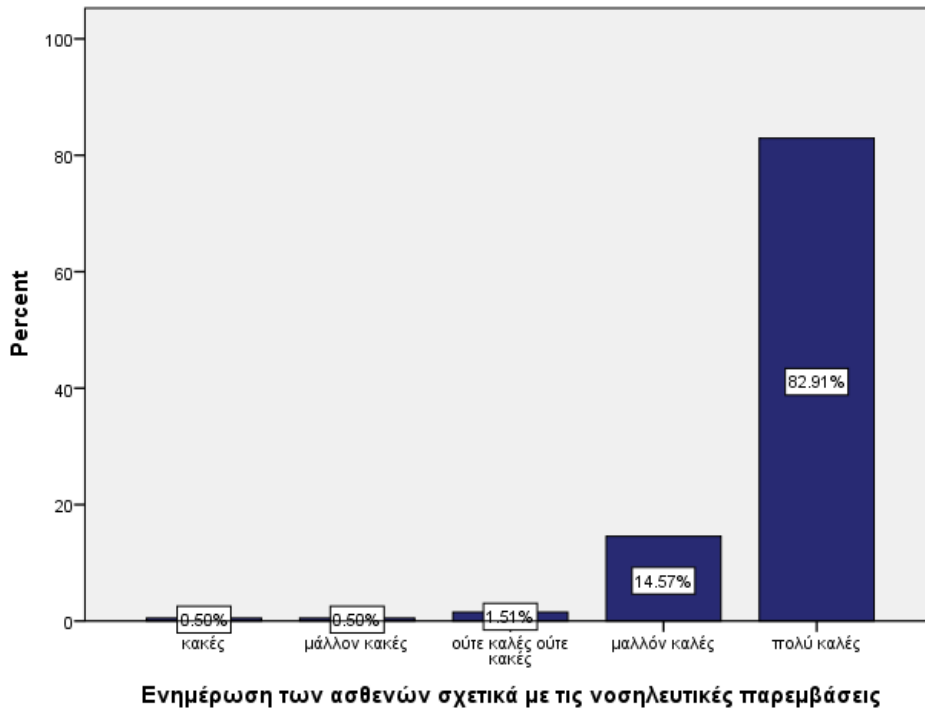
Φαίνεται στο γράφημα 25 ότι οι απαντήσεις είναι στο «πολύ καλές» (87,5%), στο «μάλλον καλές» (10,5%). Αθροίζοντας τα θετικά αποτελέσματα το ποσοστό ικανοποίησης είναι (98%).

Γράφημα 26. Ερώτηση «Αίσθηση διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό»



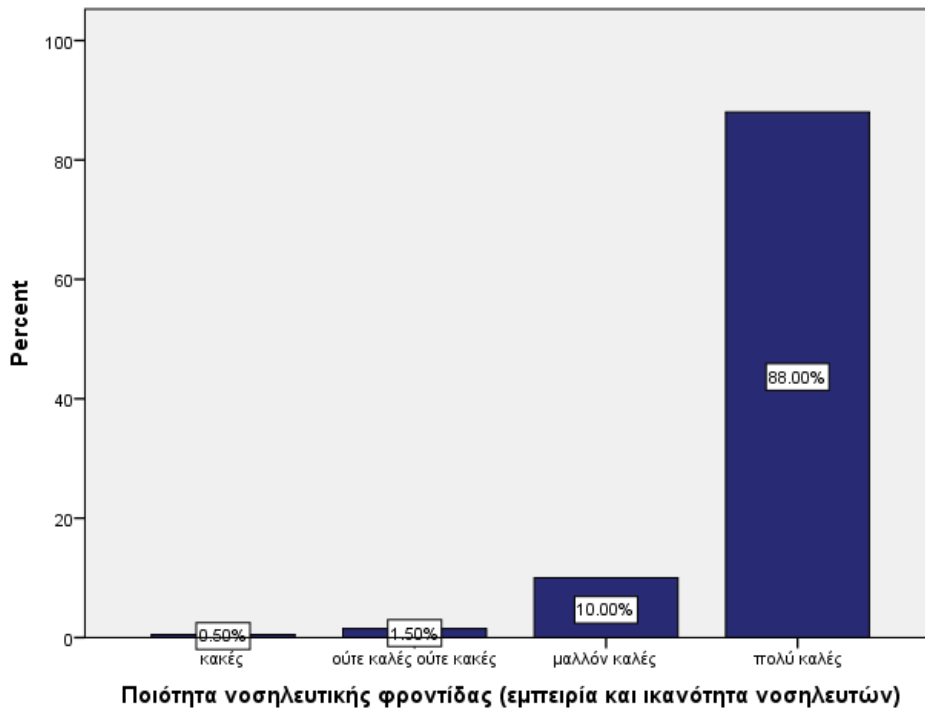
Φαίνεται στο γράφημα 26 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (89,5%), στο «μάλλον καλές» (8,%). Αθροίζοντας τα θετικά αποτελέσματα, η ικανοποίηση των ερωτηθέντων είναι (97,5%).

Γράφημα 27. Ερώτηση «Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις»



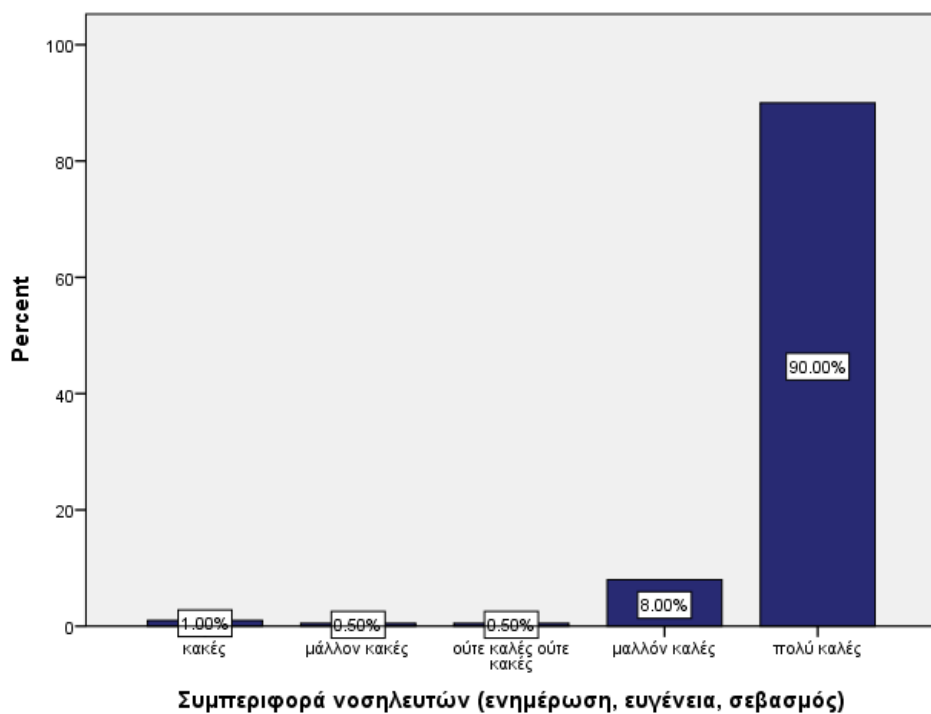
Φαίνεται στο γράφημα 27 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (82,91%). Στο «μάλλον καλές» είναι (14,57%). Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις προκύπτει ότι το ποσοστό ικανοποίησης των ερωτηθέντων είναι (97,48%).

Γράφημα 28. Ερώτηση «Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών)»



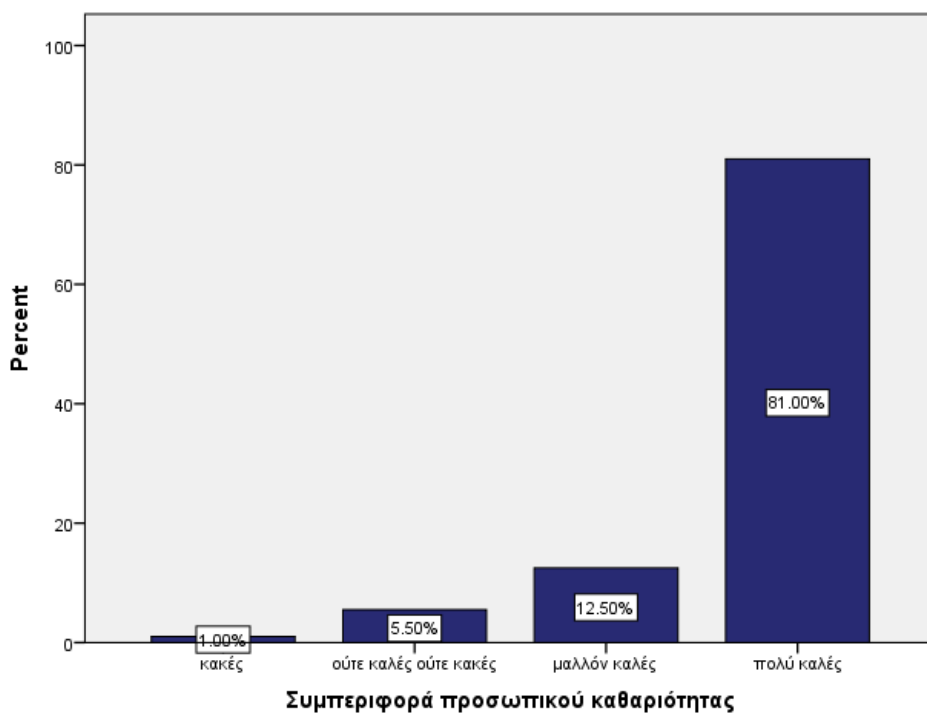
Φαίνεται στο γράφημα 28 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (88%), στο «μάλλον καλές» (10%). Αθροίζοντας τις θετικές απόψεις το ποσοστό φτάνει (98%).

Γράφημα 29. ερώτηση «Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)»



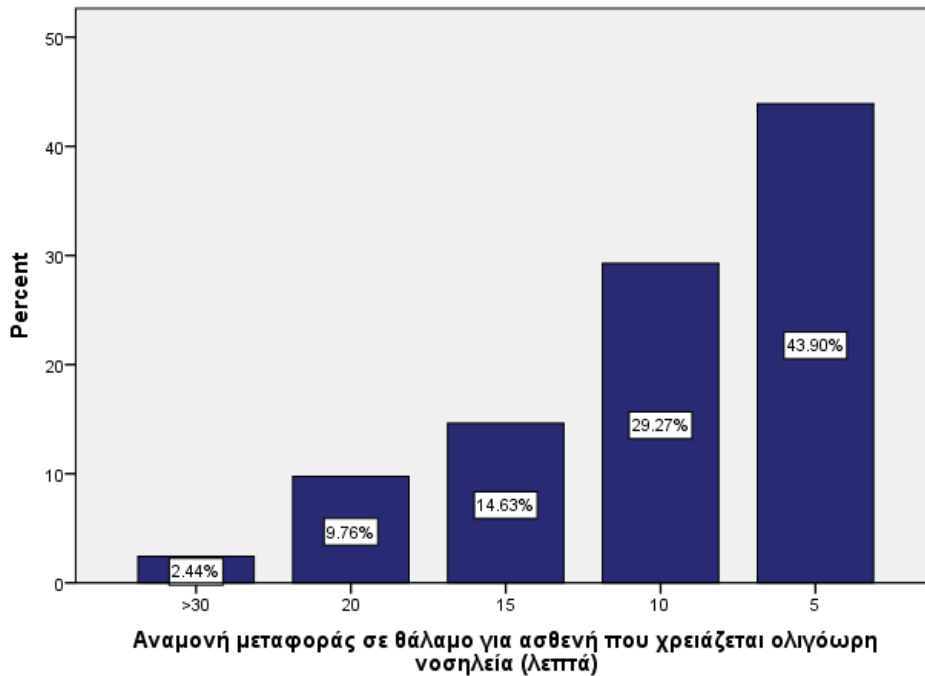
Φαίνεται στο γράφημα 29 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (90%), στο «μάλλον καλές» (8%). Αθροίζοντας τα θετικά αποτελέσματα το ποσοστό ικανοποίησης φτάνει (98%).

Γράφημα 30. Ερώτηση «Συμπεριφορά προσωπικού καθαριότητας»



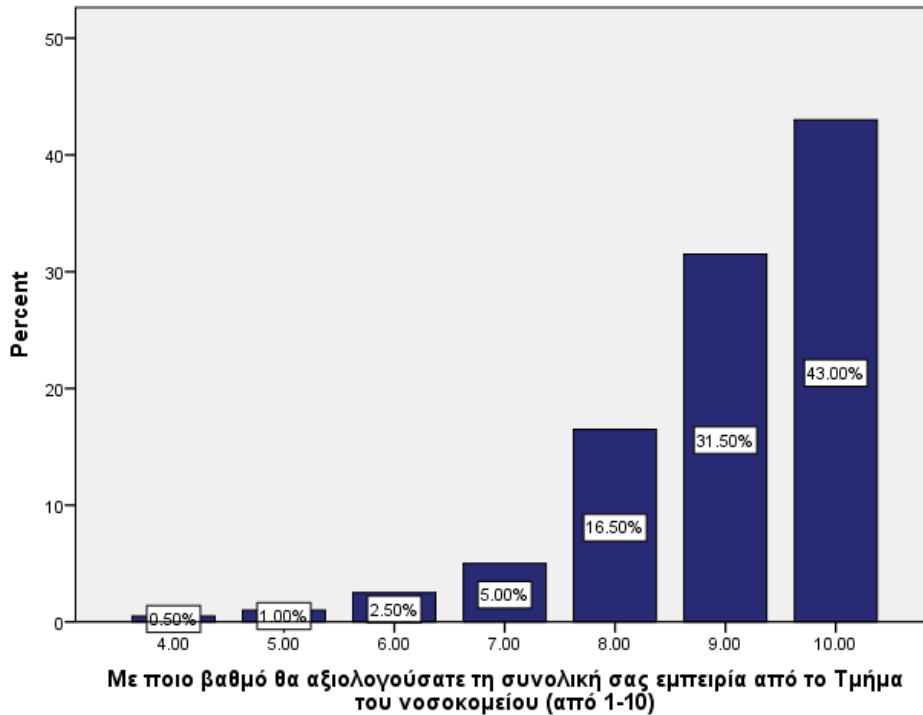
Φαίνεται στο γράφημα 30 ότι οι απαντήσεις στο «πολύ καλές» είναι (81%), στο «μάλλον καλές» (12,5%). Αθροίζοντας τις θετικές απόψεις των χρηστών το ποσοστό φτάνει(93,5%).

Γράφημα 31. Ερώτηση «Αναμονή μεταφοράς σε θάλαμο για ασθενή που χρειάζεται ολιγόωρη νοσηλεία (λεπτά)»



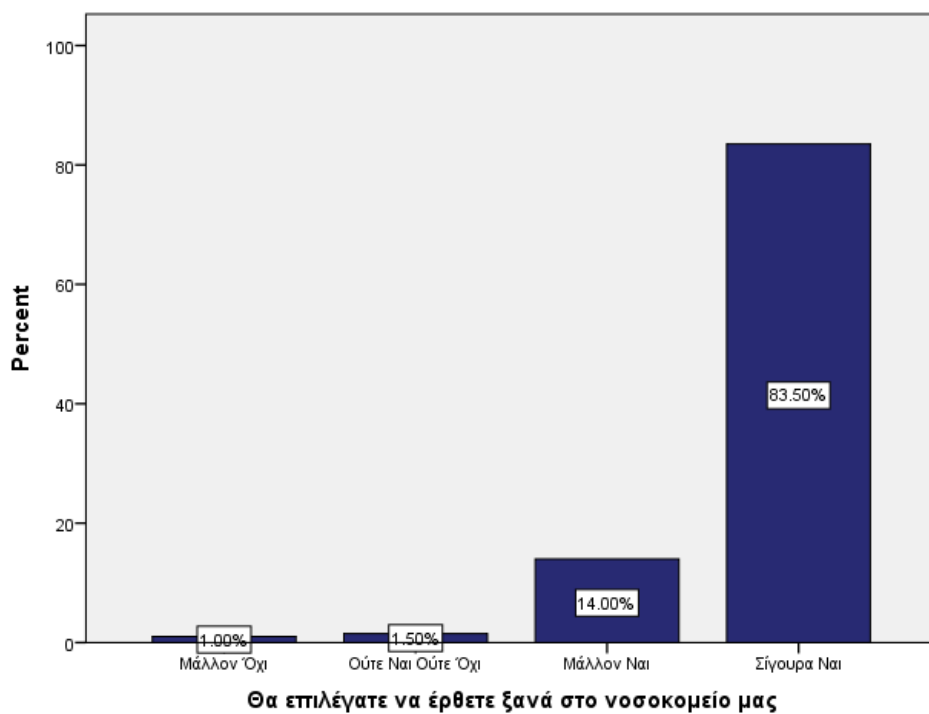
Παρατηρείται στο γράφημα 31 ότι (43,9%) ο χρόνος αναμονής ήταν 5 λεπτά, σε ποσοστό (29,27%) ο χρόνος αναμονής ήταν 10 λεπτά, σε ποσοστό (14,63%) 15 λεπτά, σε ποσοστό (9,76%) 20 λεπτά σε ποσοστό(2,44%) πάνω από 30 λεπτά. Φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτηθέντων (63,17%) μεταφέρθηκαν εντός 10 λεπτών.

Γράφημα 32. Ερώτηση «Με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το τμήμα του νοσοκομείου (από 1-10)»



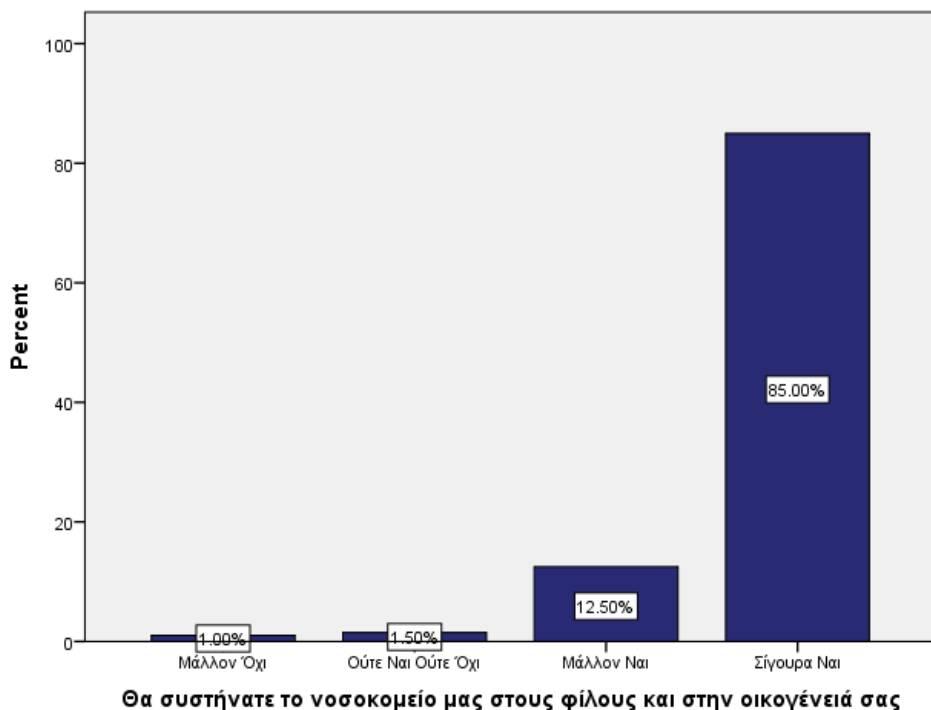
Παρατηρείται από το γράφημα 32 ότι (43%) των ερωτηθέντων βαθμολόγησαν τη συνολική τους εμπειρία από το τμήμα με βαθμό 10, (31,5%) με βαθμό 9, (16,5%) με βαθμό 8, (5%) με βαθμό 7, (2,5%) με βαθμό 6, (1%) με βαθμό 5 και (0,5%) με βαθμό 4. Αθροίζοντας τους δύο μεγαλύτερους βαθμούς αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας, προκύπτει ποσοστό ικανοποίησης (74,5%).

Γράφημα 33. Ερώτηση «Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο νοσοκομείο μας»



Φαίνεται από το γράφημα 33 ότι (83,5%) απάντησε «σίγουρα ναι» (14%) απάντησε «μάλλον ναι». Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις των ερωτηθέντων, το ποσοστό που θα επέλεγε να επέλθει ξανά στο νοσοκομείο είναι (98%).

Γράφημα 34. Ερώτηση «Θα συστήνατε το νοσοκομείο μας στους φίλους και στην οικογένειά σας»



Στο γράφημα 34 παρατηρείται ότι, ποσοστό (85%) των ερωτηθέντων απάντησε «Σίγουρα ναι» ενώ (12,5%) απάντησε «μάλλον ναι». Αθροίζοντας τις θετικές απαντήσεις σε ποσοστό (97,5%) θα σύστηναν το νοσοκομείο σε φίλους και στην οικογένεια τους.

Παρακάτω, στα είδη των επεμβάσεων (κατηγορική μεταβλητή) λόγω του ότι υπάρχει ένα μόνο άτομο από καρδιολογική χειρουργική, αυτό εξαιρέθηκε από όλες τις αναλύσεις. Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου θεωρήθηκαν ως διατάξιμες μεταβλητές στους σχετικούς ελέγχους.

Ακολουθούν έλεγχοι συσχέτισης ή/και έλεγχοι στατιστικά σημαντικής σχέσης, για τα εξής:

I) Τα είδη των επεμβάσεων και

II) την ηλικία, με ορισμένες ερωτήσεις που τέθηκαν στους ασθενείς.

Στον πίνακα 2 διερευνήθηκε εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση, του χρόνου αναμονής από το τηλέφωνο μέχρι το ραντεβού, σε σχέση με τα είδη των επεμβάσεων. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στον χρόνο αναμονής, μεταξύ των 4 κατηγοριών επέμβασης (Kruskal-Wallis

$H(3)=6.775$, $p=0.076$). Επίσης, δεν παρατηρείται σημαντική συσχέτιση μεταξύ του χρόνου αναμονής και της ηλικίας (Spearman $r=-0.111$, $p=0.118$).

Πίνακας 2. Διερεύνηση πιθανής συσχέτισης χρόνου αναμονής από το τηλέφωνο μέχρι ραντεβού σε σχέση με τις 4 κατηγορίες επέμβασης.

Ranks

	επανακωδικοποίηση_επεμβάσεων	N	Mean Rank
Χρόνος αναμονής από τηλ μέχρι ραντεβού για εκτίμηση και λίστα χειρουργείου (εβδομάδες)	ΜΧΧ μικροχειρουργικές επεμβάσεις άκρας χειρός	95	89,80
	ΠΛΧ πλαστική χειρουργική	57	111,08
	Γ/Χ γενική χειρουργική	15	114,90
	ΟΡΘ ορθοπεδική χειρουργική	32	103,56
	Total	199	

Στον Πίνακα 3 διερευνήθηκε εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση του χρόνου, από το ραντεβού μέχρι την ημέρα της επέμβασης σε σχέση με τις 4 κατηγορίες επέμβασης. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφορά στον χρόνο, από το ραντεβού μέχρι την προσέλευση στο χειρουργείο, μεταξύ των κατηγοριών επέμβασης (Kruskal-Wallis $H(3)=2.197$, $p=0.534$). Επίσης, δεν παρατηρείται κάποια συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και χρόνου από το ραντεβού μέχρι την προσέλευση στο χειρουργείο (Spearman $r= -0.132$, $p=0.063$).

Πίνακας 3. Διερεύνηση πιθανής συσχέτισης χρόνου, από το ραντεβού μέχρι την προσέλευση στα χειρουργεία μίας ημέρας σε σχέση με τις 4 κατηγορίες επέμβασης.

Ranks

	επανακωδικοποίηση_επεμβάσεων	N	Mean Rank
--	------------------------------	---	-----------

Χρόνος που μεσολάβησε από το ραντεβού μέχρι τη προσέλευσή σας στα χειρουργεία μίας ημέρας	MΧΧ μικροχειρουργικές επεμβάσεις άκρας χειρός	95	94,16
	ΠΛΧ πλαστική χειρουργική	57	105,86
	Γ/Χ γενική χειρουργική	15	110,20
	ΟΡΘ ορθοπεδική χειρουργική	32	102,11
	Total	199	

Στο Πίνακα 4 διερευνήθηκε εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση του βαθμού αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας, από το τμήμα του νοσοκομείου σε σχέση με τα 4 είδη/κατηγορία επέμβασης. Παρατηρείται **στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας από το τμήμα του νοσοκομείου, μεταξύ των ειδών επεμβάσεων (Kruskal-Wallis $H(3)=13.192$, $p=0.003$)**, με μεγαλύτερο βαθμό να αναφέρουν όσοι προήλθαν από την κατηγορία επέμβασης γενικής χειρουργικής και χαμηλότερο, όσοι προήλθαν από την κατηγορία επέμβασης πλαστικής χειρουργικής (βάσει των mean ranks). Η ηλικία επίσης παρουσιάζει σημαντική, χαμηλή όμως συσχέτιση με το βαθμό αξιολόγησης, (Spearman $r=0.218$, $p=0.002$).

Προκύπτει από τον πίνακα 4 ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και ο βαθμός αξιολόγησης.

Επίσης, διερευνήθηκε το είδος / κατηγορία των επεμβάσεων σε σχέση με το φύλο. Για το φύλο υπάρχουν τα σχετικά ποσοστά στον πίνακα με τα περιγραφικά. Βάσει του ελέγχου chi-square ($p=0.531$) δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών για το είδος της επέμβασης.

Πίνακας 4. Βαθμός αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας από τα χειρουργεία μίας ημέρας σε σχέση με τις 4 κατηγορίες επέμβασης.

Ranks

	επανακωδικοποίηση_επεμβάσεων	N	Mean Rank
Με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το Τμήμα του νοσοκομείου (από 1-10)	MXX μικροχειρουργικές επεμβάσεις άκρας χειρός	95	105,66
	ΠΛΧ πλαστική χειρουργική	57	79,28
	Γ/Χ γενική χειρουργική	15	124,20
	ΟΡΘ ορθοπεδική χειρουργική	32	108,75
	Total	199	

Στον πίνακα 5 διερευνήθηκε εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση της ενημέρωσης από το ιατρικό προσωπικό, σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως θεραπεία, σε σχέση με τις τρεις κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου. Παρατηρείται **στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό ενημέρωσης από το ιατρικό προσωπικό, στις διάφορες κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου (Kruskal-Wallis $H(2)=6.579$, $p=0.037$)**. Επίσης, βάσει του ελέγχου Jonckheere-Terpstra, υπάρχει στατιστικά σημαντική τάση μείωσης του βαθμού αυτού, με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου ($T_{JT} = 5851.00$, $z = -2.567$, $p = 0.010$). Η τάση μείωσης ερμηνεύεται ότι **όσο πιο μορφωμένος είναι κάποιος, τόσο λιγότερο ικανοποιημένος είναι από την ιατρική ενημέρωση**. Αυτό σημαίνει ότι, μάλλον απαιτεί περισσότερη ενημέρωση, που όμως δεν λαμβάνει.

Πίνακας 5. Διερεύνηση για την πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως θεραπεία σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

Ranks

	μορφωτικό_επίπεδο	N	Mean Rank
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως θεραπεία	μέχρι 3η γυμνασίου	51	108,12
	τελειόφοιτος λυκείου	67	101,66
	φοιτητής ή απόφοιτος ΠΑΝΕΠ.-ΤΕΙ	81	93,52
	Total	199	

Στον πίνακα 6 διερευνήθηκε εάν υπάρχει κάποια συσχέτιση σχετικά με την ενημέρωση των ασθενών για τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με τις τρεις κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου. Παρατηρείται **στατιστικά σημαντική διαφορά στο βαθμό ενημέρωσης των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, στις διάφορες κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου (Kruskal-Wallis $H(2)=12.688$, $p=0.002$)**. Επίσης, βάσει του ελέγχου Jonckheere-Terpstra, υπάρχει στατιστικά σημαντική τάση μείωσης του βαθμού αυτού, με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου ($T_{JT} = 5410.500$, $z = -3.564$, $p < 0.001$).

Η τάση μείωσης ερμηνεύεται ότι όσο πιο μορφωμένος είναι κάποιος, τόσο λιγότερο ικανοποιημένος είναι από την ενημέρωση. Με άλλα λόγια μάλλον απαιτεί περισσότερη ενημέρωση, που όμως δεν λαμβάνει.

Πίνακας 6. Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο.

Ranks

	μορφωτικό_επίπεδο	N	Mean Rank
Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις	μέχρι 3η γυμνασίου	51	112,72
	τελειόφοιτος λυκείου	67	101,81
	Φοιτητής απόφοιτος Πανεπιστ.-ΤΕΙ	80	89,14
	Total	198	

Η συζήτηση ανησυχιών κ φόβων ασθενών με νοσηλευτές διερευνήθηκε με την ηλικία και το φύλο των ασθενών. Η ηλικία παρουσιάζει οριακά σημαντική, χαμηλή όμως συσχέτιση με το βαθμό συζήτησης ανησυχιών κ φόβων ασθενών με νοσηλευτές, (Spearman $r= 0.144$, $p=0.43$). Όσο μεγαλώνει η ηλικία των ασθενών ανησυχούν περισσότερο. Έχουν περισσότερη ανάγκη για συμπαράσταση από οποιοδήποτε άλλο ασθενή, λόγω της κακής κατάστασης της υγείας τους, στις περισσότερες των περιπτώσεων.

Στον πίνακα 7 έγινε διερεύνηση κατά πόσο οι χρήστες υπηρεσιών υγείας συζητούν τις ανησυχίες και τους φόβους τους, με τους νοσηλευτές, μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναφορικά με το φύλο, δεν παρατηρείται κάποια στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, στο βαθμό συζήτησης ανησυχιών και φόβων, μεταξύ ανδρών και γυναικών (Mann-Whitney $U=4833.500$, $p=0.870$).

Πίνακας 7. Συζήτηση ανησυχιών και φόβων ασθενών με νοσηλευτές σε σχέση με το φύλο.

Ranks

	Φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Συζήτηση ανησυχιών και φόβων ασθενών με νοσηλευτές	Άνδρας	85	101,14	8596,50
	Γυναίκα	115	100,03	11503,50
	Total	200		

Στην συνέχεια διερευνήθηκε εάν επηρεάζεται η "συνολική αξιολόγηση του τμήματος νοσοκομείου (χειρουργεία μιας ημέρας) (0-10)" σε σχέση με το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία και το φύλο.

Στον πίνακα 8 διερευνήθηκε η συνολική εμπειρία των χρηστών υπηρεσιών υγείας, βαθμολογώντας το τμήμα του νοσοκομείου, χειρουργεία μίας ημέρας από το 1 έως το 10 σε σχέση με το μορφωτικό τους επίπεδο. Παρατηρείται ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική διαφορά στη συνολική αξιολόγηση του τμήματος νοσοκομείου, στις διάφορες κατηγορίες μορφωτικού επιπέδου. (Kruskal-Wallis $H(2)=19.502$, $p<0.001$). Επίσης, βάσει του ελέγχου Jonckheere-Terpstra, υπάρχει στατιστικά σημαντική τάση μείωσης του βαθμού αξιολόγησης, με την αύξηση του μορφωτικού επιπέδου ($T_{JT} = 4772.50$, $z = -4.153$, $p<0.001$). Παρατηρείται ότι, όσο πιο μορφωμένοι είναι οι χρήστες υπηρεσιών υγείας τόσο πιο απαιτητικοί είναι. Αξιολογώντας με μικρότερο βαθμό τις υπηρεσίες υγείας. Δεν ανταποκρίνονται οι υπηρεσίες επαρκώς στις απαιτήσεις των χρηστών που μάλλον έχουν.

Πίνακας 8. Βαθμός αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας από τα χειρουργεία μίας ημέρας (1-10) σε σχέση με τα 3 επίπεδα εκπαίδευσης.

Ranks

	μορφωτικό_επίπεδο	N	Mean Rank
Με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το Τμήμα του νοσοκομείου (από 1-10)	μέχρι 3η γυμνασίου	51	114,07
	τελειόφοιτος λυκείου	67	114,01
	φοιτητής ή απόφοιτος ΠΑΝΕΠ.-ΤΕΙ	81	79,55
	Total	199	

Για την ηλικία έγινε παραπάνω η συσχέτιση με το βαθμό αξιολόγησης στον πίνακα 4.

Στον πίνακα 9 διερευνήθηκε η συνολική εμπειρία των χρηστών στα χειρουργεία μίας ημέρας μεταξύ ανδρών και γυναικών. Αναφορικά με το φύλο, δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση στο βαθμό αξιολόγησης, μεταξύ ανδρών και γυναικών (Mann-Whitney $U=4727.00$, $p=0.673$)

Πίνακας 9. Βαθμός αξιολόγησης συνολικής εμπειρίας από το τμήμα του νοσοκομείου σε σχέση με το φύλο.

Ranks

	φύλο	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το Τμήμα του νοσοκομείου (από 1-10)	άνδρας	85	102,39	8703,00
	γυναίκα	115	99,10	11397,00
	Total	200		

Στον Πίνακα 10 διερευνήθηκε ο τόπος εκτίμησης «απογευματινά» με «τακτικά ιατρεία» σε σχέση με την κατηγορία της επέμβασης. Φαίνεται ότι από τους 200 ασθενείς οι 151 εξετάστηκαν στα ιατρεία. Από τους 151, 122 εξετάστηκαν στα τακτικά εξωτερικά ιατρεία και 29 στα απογευματινά ιατρεία. Οι υπόλοιποι 49 ασθενείς προέρχονται από άλλον τόπο εκτίμησης, στο σύνολο κατηγοριών επέμβασης, όπως τα επείγοντα (ΤΕΠ) ή νοσηλεύόμενοι ασθενείς. Από τους 122 ασθενείς που εξετάστηκαν στα εξωτερικά ιατρεία, 52 ήταν κατηγορίας επέμβασης μικροχειρουργικής άκρας χειρός (ΜΧΧ) σε ποσοστό (46,6%). Οι 36 ασθενείς ήταν κατηγορίας πλαστικής χειρουργικής (ΠΛΧ) σε ποσοστό (29,5%). Οι 12 ήταν κατηγορίας γενικής χειρουργικής (Γ/Χ) σε ποσοστό (9,8%) και 22 ασθενείς κατηγορίας ορθοπαιδικής χειρουργικής (ΟΡΘ) σε ποσοστό (18%). Από τους 29 ασθενείς που εξετάστηκαν στα απογευματινά ιατρεία, 21 ασθενείς ήταν κατηγορίας ΜΧΧ σε ποσοστό (72,4%), 3 ασθενείς ήταν κατηγορίας ΠΛΧ σε ποσοστό (10,3%). Κανένας ασθενής δεν υπήρχε στην κατηγορία Γ/Χ ποσοστό (0%) και 5 ασθενείς κατηγορίας ΟΡΘ σε ποσοστό (17,2)%.

Αθροίζοντας τα τακτικά με τα απογευματινά ιατρεία ανά κατηγορία επέμβασης, φαίνεται ότι 73 ασθενείς ήταν κατηγορίας ΜΧΧ, 39 ασθενείς κατηγορίας ΠΛΧ, 12 ασθενείς κατηγορίας Γ/Χ και 27 ασθενείς κατηγορίας ΟΡΘ. Παρατηρείται στατιστικά σημαντική διαφοροποίηση, βάσει του ελέγχου Chi-square ($p=0.013$).

Πίνακας 10. Τόπος εκτίμησης (απογευματινά - τακτικά ιατρεία)σε σχέση με την κατηγορία επέμβασης.

τόπος_εκτίμησης * επανακωδικοποίηση_επεμβάσεων Crosstabulation

			Επανακωδικοποίηση επεμβάσεων				Total
			ΜΧΧ μικροχειρουργικές επεμβάσεις άκρας χειρός	ΠΛΧ πλαστική χειρουργική	Γ/Χ γενική χειρουργική	ΟΡΘ ορθοπαιδική χειρουργική	
Τόπος εκτίμησης	τακτικά εξ. Ιατρεία	Count	52	36	12	22	122
		% within τόπος εκτίμησης	42,6%	29,5%	9,8%	18,0%	100,0%
		% within επανακωδικοποίηση επεμβάσεων	71,2%	92,3%	100,0%	81,5%	80,8%
	απογευματινά ιατρεία	Count	21	3	0	5	29
		% within τόπος εκτίμησης	72,4%	10,3%	0,0%	17,2%	100,0%
		% within επανακωδικοποίηση επεμβάσεων	28,8%	7,7%	0,0%	18,5%	19,2%
Total		Count	73	39	12	27	151
		% within τόπος εκτίμησης	48,3%	25,8%	7,9%	17,9%	100,0%
		% within επανακωδικοποίηση επεμβάσεων	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6. ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα χειρουργεία μίας ημέρας (one day clinic or one day surgery), στα οποία ο ασθενής εισάγεται σε ειδική νοσηλευτική μονάδα, διαρρυθμισμένης πτέρυγας νοσοκομείου, η οποία διαθέτει πλήρη αυτοδύναμο εξοπλισμό ανάνηψης και παραμένει για σύντομο χρονικό διάστημα, προκειμένου να υποβληθεί σε κάποια προγραμματισμένη ή μη χειρουργική επέμβαση ή διερεύνηση υπό γενική, περιοχική ή τοπική αναισθησία, μέχρι την πλήρη ανάνηψη και έξοδο προς το σπίτι, αποτελούν μια εναλλακτική δομή νοσοκομειακής περίθαλψης.

Οι τελευταίες δεκαετίες χαρακτηρίζονται από την επαναστατική αλλαγή στον τρόπο αντιμετώπισης των χρόνιων χειρουργικών περιστατικών, με αποκορύφωμα την ελαχιστοποίηση του χρόνου παραμονής των ασθενών στο νοσοκομείο με πολλαπλά οφέλη. Απαραίτητη προϋπόθεση επωφελούς αξιοποίησης της τάσης αυτής είναι η οργάνωση πρότυπης μονάδας με απόλυτα εξειδικευμένο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό η οποία αποσκοπεί σε υψηλή ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της παρούσας μελέτης, από τις μεταβλητές που διερευνήθηκαν, οι πιο σημαντικές που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών από τα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας ήταν «η ηλικία» και «το επίπεδο εκπαίδευσης». Αντίθετα οι μεταβλητές «κατηγορία επεμβάσεων», «χρόνος αναμονής» και «φύλο» παρατηρείται να μην έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση.

Έρευνες από το διεθνή χώρο σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι επικεντρωμένες στη διερεύνηση των παραγόντων που πιθανόν την επηρεάζουν. Γενικά, ως ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται «ο βαθμός στον οποίο οι εμπειρίες των ασθενών συναντούν τις προσδοκίες τους» (Asadi-Lari et al. 2004), καθώς και «την αξιολόγηση της νοσηλευτικής διαδικασίας και του αποτελέσματός της» (Shikiar et al. 2004). Στη διεθνή βιβλιογραφία υπάρχουν αρκετές μελέτες που διερεύνησαν τους παράγοντες που διαμορφώνουν την ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας, τα αποτελέσματα των οποίων διαφωνούν ή έρχονται σε συμφωνία με τα ευρήματα της παρούσας μελέτης. Παράγοντες διερεύνησης διαμόρφωσης της ικανοποίησης των ασθενών, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, είναι οι προσδοκίες και οι προτιμήσεις αυτών. Αυτό σημαίνει ότι κάθε άτομο που εισέρχεται σε ένα χώρο παροχής υπηρεσιών, έχει υιοθετήσει από πριν μία συγκεκριμένη στάση και άποψη, για το χώρο και την ποιότητα των υπηρεσιών, φέροντας μαζί του κάποιες προσδοκίες του (Stimson et al. 1975). Υποστήριξαν ότι η προσδοκία ως έννοια, είναι και αυτή δύσκολο να αναλυθεί όπως και με την έννοια της ικανοποίησης. Ήταν ανάμεσα στους πρώτους ερευνητές που

πρότειναν ότι η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την αντίληψη για τα οφέλη της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς. Στην παρούσα μελέτη δεν διερευνήθηκε ο παράγοντας προσδοκίες.

Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα «είδη των επεμβάσεων» και στους παράγοντες «Χρόνος αναμονής που μεσολαβεί από το τηλεφωνικό ραντεβού μέχρι την εκτίμηση του ασθενούς και χρόνος αναμονής μέχρι την καταχώρησή του στη λίστα του χειρουργείου». Αντίθετα, ανάλογες μελέτες που έχουν πραγματοποιηθεί δείχνουν ότι ο παράγοντας «χρόνος αναμονής» επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Πιο συγκεκριμένα, οι Pascoe & Atkinsson (1983), οι οποίοι μέτρησαν την ικανοποίηση των ασθενών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, δείχνουν ότι κρίσιμες διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας για την ικανοποίηση των ασθενών είναι: η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, το κλινικό αποτέλεσμα, η έκταση στην οποία οι λαμβανόμενες υπηρεσίες προσέφεραν αποτελέσματα αντίστοιχα με τις αντιληπτές από τον ασθενή ανάγκες, οι συμπεριφορές του βοηθητικού προσωπικού, η προσβασιμότητα των εγκαταστάσεων και οι χρόνοι αναμονής.

Παρατηρείται όμως, στατιστικά σημαντική διαφορά «στο βαθμό αξιολόγησης της συνολικής εμπειρίας από το τμήμα του νοσοκομείου» και «των ειδών επεμβάσεων», αναφέροντας μεγαλύτερο βαθμό αξιολόγησης όσοι προήλθαν από κατηγορία επέμβασης γενικής χειρουργικής και χαμηλότερο βαθμό όσοι προήλθαν από πλαστική χειρουργική.

Μία άλλη σημαντική μεταβλητή που εξετάστηκε στην παρούσα μελέτη ήταν «η ηλικία» των ασθενών. Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ των παραγόντων «Χρόνου αναμονής που μεσολαβεί από το τηλεφωνικό ραντεβού μέχρι την εκτίμηση του ασθενούς και του χρόνου αναμονής μέχρι την καταχώρησή του στη λίστα του χειρουργείου», «φόβοι-ανησυχίες» και «της ηλικίας». Παρατηρείται όμως στατιστικά σημαντική συσχέτιση της «ηλικίας» με τον παράγοντα «Βαθμός αξιολόγησης υπηρεσιών στα χειρουργεία ημέρας». Στη διεθνή βιβλιογραφία αναφέρονται μελέτες που δείχνουν παρόμοια αποτελέσματα. Συγκεκριμένα, οι Langen et al (2005) ανασκοπώντας ένα σημαντικό αριθμό μελετών από διάφορες χώρες, οι οποίοι διερεύνησαν σε συγκριτική μελέτη την ικανοποίηση των ασθενών και την ταλαιπωρία τους σε σχέση με τις προσδοκίες που είχαν από την ιατρική φροντίδα, υποστηρίζουν ότι οι μεγαλύτεροι ηλικιακά ασθενείς τείνουν να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τον υπόλοιπο πληθυσμό. Οι Horton et al (1993) σε έρευνες που διεξήγαγαν για να μετρήσουν την ικανοποίηση των ασθενών, υποστηρίζουν ότι οι νεότεροι ηλικιακά ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι και μπορεί να εκφράζουν τη δυσθυμία τους για την κατάστασή τους, μέσα από την αξιολόγηση της

εμπειρίας τους για το νοσοκομείο. Οι νεότεροι ασθενείς επίσης, εμφανίζονται λιγότερο πρόθυμοι να συμμορφωθούν με τις οδηγίες των ιατρών, ενώ τα ηλικιωμένα άτομα εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένα από τη φροντίδα που τους παρέχεται, εκτιμώντας την περισσότερο, σύμφωνα με την έρευνα του Williams et. al.(1991), οι οποίοι μέτρησαν τα κριτήρια της ικανοποίησης των ασθενών όσον αφορά τη γενικότερη πρακτική που ακολουθούν τα νοσοκομεία και τα οδοντιατρεία. Από τους ελάχιστους ερευνητές που έχουν καταλήξει σε αντίθετο αποτέλεσμα από τα παραπάνω στη διεθνή βιβλιογραφία είναι οι Walkerk et al. (2003) και οι Plomondon et al.(2003), οι οποίοι δεν βρήκαν στις έρευνές τους κάποια ισχυρή συσχέτιση της ικανοποίησης με την ηλικία.

Για «το φύλο» δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση μεταξύ ανδρών και γυναικών στην παρούσα έρευνα, με τους παράγοντες «*χρόνος αναμονής*», «*είδος επεμβάσεων*», «*βαθμός αξιολόγησης των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας*», «*τυχόν φόβοι-ανησυχίες*» και «*συνολική αξιολόγηση των χειρουργείων ημέρας*».

Αντίθετα στη διεθνή βιβλιογραφία, οι περισσότερες έρευνες συνηγορούν ότι οι γυναίκες είναι λιγότερο ικανοποιημένες από το επίπεδο φροντίδας που λαμβάνουν και ότι τα δύο φύλα αντιλαμβάνονται διαφορετικά την επαφή με το σύστημα υγείας. Η έρευνα των Weissman et. al στις ΗΠΑ (1999), οι οποίοι μελέτησαν την ικανοποίηση των ασθενών σε ενήλικες και των δύο φύλων, αποκαλύπτει ότι (18%) των γυναικών, σε σχέση με (9%) των αντρών, άλλαξε ιατρό τα τελευταία 5 χρόνια. Οι γυναίκες προέβησαν σε αυτή την αλλαγή κυρίως επειδή δεν έμειναν ικανοποιημένες από το επίπεδο επικοινωνίας που είχαν με τον ιατρό τους. Για τους άντρες, λόγοι όπως η απόσταση καθόρισαν την απόφασή τους για αλλαγή ιατρού. Η Foss (2002), μελέτησε τις διαφορές που παρατηρούνται στην ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με το φύλο, όσον αφορά τη νοσηλευτική φροντίδα και κατέδειξε σημαντικές διαφοροποιήσεις μεταξύ των δύο φύλων, κάνοντας ξεχωριστή ανάλυση για διαφορετικές ηλικιακές ομάδες. Βρήκε ότι οι νεότερες γυναίκες, σε σχέση με τους νεότερους άντρες, ήταν σημαντικά πιο δυσαρεστημένες από τη νοσηλευτική φροντίδα, όχι όμως και από την ιατρική. Διάφορες εξηγήσεις γι' αυτό μπορούν να δοθούν από την κοινωνιολογική προσέγγιση, όπως ότι γυναίκες και άντρες αντιμετωπίζονται διαφορετικά από το σύστημα υγείας.

Η μεταβλητή «*επίπεδο εκπαίδευσης*» βρέθηκε ότι έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με τους παράγοντες «*ενημέρωση κατανοητή από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως την θεραπεία*» και «*συνολική αξιολόγηση των παρεχόμενων*

υπηρεσιών στα χειρουργεία ημέρας». Παρόμοια αποτελέσματα καταδεικνύει η διεθνής βιβλιογραφία, «το επίπεδο εκπαίδευσης» συσχετίζεται αντιστρόφως ανάλογα με την ικανοποίηση των ασθενών. Σε μια ποιοτική και ποσοτική μελέτη ικανοποίησης των ασθενών, σε ένα σχέδιο αξιολόγησης στην φροντίδα και στον προγραμματισμό προγράμματος στην Ελβετία, των Etter, Perneger (1997) συμπεραίνεται ότι οι περισσότερο μορφωμένοι έχουν αυξημένες προσδοκίες και για αυτό ακριβώς το λόγο εμφανίζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Όσο λιγότερα τα χρόνια εκπαίδευσης, τόσο υψηλότερη είναι η ικανοποίηση από μελέτες που εκπονήθηκαν στις ΗΠΑ, (Ware et al. 1983), από όπου προέρχεται και η πληροφορία ότι άτομα με χαμηλό επίπεδο μόρφωσης χρειάζονται περισσότερο χρόνο για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων. Οι Ware et al. (1983) διεξήγαγαν μελέτη ορισμού και αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών σε σχέση με την ιατρική φροντίδα.

Δύο άλλες μεταβλητές οι οποίες δεν διερευνήθηκαν στην παρούσα μελέτη αλλά φαίνεται από τη βιβλιογραφία ότι μπορούν να επηρεάσουν την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες των χειρουργείων ημέρας, είναι «οι προσδοκίες των ασθενών» και «η κοινωνική τους θέση». Οι Stimson, Webb (1975), στην έρευνα που διεξήγαγαν σε σχέση με τη διαδικασία που ακολουθείται από τις υπηρεσίες υγείας περιμένοντας οι ασθενείς να δουν το γιατρό, ήταν ανάμεσα στους πρώτους που υποστήριξαν ότι η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την αντίληψη για τα οφέλη της φροντίδας που παρέχεται στους ασθενείς και στην έκταση που τα παραπάνω κέρδη προσεγγίζουν τις προσδοκίες αυτών. Κατοπινές έρευνες των Abramowitz et al.(1987), οι οποίοι διεξήγαγαν μία ανασκόπηση σε σχέση με τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών, κατέδειξαν την εγκυρότητα των παραπάνω και μάλιστα το ότι ασθενείς με χαμηλές προσδοκίες τείνουν να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι.

Η μεταβλητή «κοινωνική θέση» έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την ικανοποίηση των ασθενών από μελέτες της διεθνούς βιβλιογραφίας. Η έρευνα των Hall et al.(1990), μία μετά ανάλυση ερευνών που μελέτησε τα κοινωνικό δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών ως προγνωστικοί δείκτες της ικανοποίησής τους από την ιατρική φροντίδα, κατέδειξε ότι τα άτομα υψηλού κοινωνικού επιπέδου που λαμβάνουν και καλύτερη μόρφωση συνήθως, αντιλαμβάνονται την φροντίδα υγείας με υψηλότερο βαθμό ικανοποίησης σε σχέση με τα άτομα που ανήκουν σε κατώτερα κοινωνικά στρώματα, τα οποία είναι συνήθως και λιγότερο μορφωμένα.

Άλλος ένας παράγοντας διερεύνησης που φαίνεται να διαμορφώνει την ικανοποίηση των ασθενών από την παροχή υπηρεσιών υγείας, είναι οι «ψυχολογικοί παράγοντες». Σύμφωνα με

τους Horton et al.(1993). Οποίοι μελέτησαν τον τρόπο με τον οποίο η κακή διάθεση του ατόμου επηρεάζει τις λαμβανόμενες απαντήσεις. Οι «ψυχολογικοί παράγοντες» είναι μια μεταβλητή που δεν διερευνήθηκε στην παρούσα μελέτη. Επίσης στην παρούσα μελέτη παρατηρείται ποσοστό (97,48%) ικανοποίησης των χρηστών όσον αφορά «την ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις». Το ποσοστό στην ερώτηση «Πλήρη και κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως θεραπεία» φτάνει (99,5%), η «Συζήτηση ανησυχιών και φόβων ασθενών με νοσηλευτές» φτάνει (94,5%), στην ερώτηση «Με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε τη συνολική σας εμπειρία από το τμήμα του νοσοκομείου (από 1-10)» οι χρήστες του χειρουργείου μιας ημέρας βαθμολόγησαν πάνω από 8 ποσοστό (74,5%).

Ωστόσο, η παρούσα μελέτη χαρακτηρίζεται από ορισμένους περιορισμούς, όπως είναι ο μικρός αριθμός του δείγματος και τα αποτελέσματα δεν μπορούν να γενικευτούν, καθώς και το γεγονός ότι δεν συμπεριλήφθηκαν ορισμένοι παράγοντες, όπως «οι προσδοκίες των ασθενών», η «κοινωνική θέση» και οι «ψυχολογικοί παράγοντες».

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Η ερευνητική μελέτη είχε σκοπό να διερευνήσει την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες των χειρουργείων μιας ημέρας και να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Η εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας είναι καθοριστικής σημασίας καθώς παρέχει συνεχή ανατροφοδότηση και βοηθά στον εντοπισμό λαθών, παραλείψεων και συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας.

Από την έρευνα προέκυψε ότι «η ηλικία» και «το επίπεδο εκπαίδευσης» επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών από τα χειρουργεία ημερήσιας νοσηλείας. Αντίθετα το «είδος επεμβάσεων», «το φύλο» φαίνεται να μην έχουν στατιστικά σημαντική συσχέτιση. Βάσει των αποτελεσμάτων της μελέτης, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ανάμεσα στα «είδη των επεμβάσεων» και «στο χρόνο αναμονής». Δεν παρατηρείται στατιστικά σημαντική συσχέτιση της «ηλικίας» και του «φύλου» με το «χρόνο αναμονής», «το είδος των επεμβάσεων», «τους φόβους και τις ανησυχίες των ασθενών». Βρέθηκε όμως στατιστικά σημαντική συσχέτιση της «ηλικίας» με το «βαθμό αξιολόγησης των χειρουργείων ημέρας». Αντίθετα, «το φύλο» δεν συσχετίζεται σημαντικά με την «αξιολόγηση των υπηρεσιών των χειρουργείων ημέρας». Η μεταβλητή «επίπεδο εκπαίδευσης» βρέθηκε ότι έχει στατιστικά σημαντική συσχέτιση με την «κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας, την επέμβαση ως θεραπεία» και τη «συνολική αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών στα χειρουργεία ημέρας».

Η αξιολόγηση και ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν προϋπόθεση για την παροχή φροντίδας υψηλής ποιότητας. Οι ασθενείς θα πρέπει να αντιμετωπίζονται ως ενιαία βιοψυχοκοινωνικό-πνευματική οντότητα. Η προσέγγιση αυτή τονίζει τη σημασία της ενσωμάτωσης, της αξιολόγησης, των αναγκών των ασθενών στο θεραπευτικό πρόγραμμα των χειρουργείων μιας ημέρας, με παράλληλο προβληματισμό για το κόστος των χειρουργημένων ασθενών αφού ταλανίζει τόσο τις διοικήσεις των Νοσοκομείων, όσο και την ίδια την πολιτεία ειδικά τώρα στην περίοδο της οικονομικής κρίσης που διανύουμε. Για την εξέλιξη και την καλύτερη λειτουργία του θεσμού αυτού θα πρέπει να γίνεται τροποποίηση της διοικητικής λειτουργίας των μονάδων με αποτέλεσμα την καλύτερη ροή των ασθενών, επάνδρωση του χειρουργείου μιας ημέρας με εξειδικευμένο προσωπικό και συνεχή εκπαίδευση αυτού, καθώς επίσης και συνεχή αξιολόγηση του αποτελέσματος με σκοπό την ανατροφοδότηση για παρεχόμενη υψηλής ποιότητας υγειονομικής φροντίδας. Με τον θεσμό αυτό μειώνεται το κόστος νοσηλείας, πραγματοποιείται

αποσυμφόρηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και των κλινών, μειώνονται οι ενδονοσοκομειακές λοιμώξεις λόγω μειωμένου χρόνου παραμονής στο νοσοκομείο, μειώνεται η λίστα χειρουργείων, με αποτέλεσμα την επιστροφή στην εργασία και στις καθημερινές δραστηριότητες το συντομότερο δυνατό. Το κόστος και τα οφέλη πρέπει να ληφθούν υπόψη από τους αρμόδιους φορείς για την περεταίρω εξέλιξη και εύρυθμη λειτουργία του θεσμού του χειρουργείου μιας ημέρας.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αρβανίτη, Μ., Τσιτσόπουλος, Π., Σαράφης, Π., και Νιάκας, Δ. (2006). Χειρουργείο ημέρας Προοπτικές Αντιλήψεις και Πρόθεση συμπεριφοράς των ιατρών του Εθνικού Συστήματος Υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(5): 496-500.
- Θεοδώρου, Μ., Σαρρής, Μ. και Σούλης Σ. (2001). Συστήματα Υγείας. Έκδ., Παπαζήσης, Αθήνα.
- Κουτίνου, Ε. (2013). Χειρουργεία μιας ημέρας. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2:55-56.
- Ντάνος, Ν., Πολύζος, Ν., Κανδηλιώτου, Μ.Α. και Κουτελέκος, Ι. (1999). Οικονομικές διαστάσεις της διαχείρισης των ασθενών. Μύθος ή πραγματικότητα; Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 3:22-25.
- Πολυκανδριώτη, Μ. και Κουτελέκος, Ι. (2013). Ανάγκες ασθενών. Περιεγχειρητική Νοσηλευτική, 2(2):73-83. 31.
- Παπανικολάου, Β. (2005). Ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και ικανοποίηση των χρηστών (261-278). Στο: Γ. Κυριόπουλος, Χ., Λιόνης, Κ., Σουλιώτης, Γ., Τσάκος (επιμ). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας 2^η έκδοση. Αθήνα: Θεμέλιο.
- Παρασκευόπουλος, Ι.Α. (1998). Χειρουργική ημέρας. Η πρόκληση του 2000. Ελληνική χειρουργική, 70 (4):311-319.
- Ρουμेलιώτης, Γ. (2001). Το Χειρουργείο Μιας Ημέρας στο Κόσμο και στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας, 5:15-16, 46.
- Διαδικτυακή σελίδα: <http://www.aagbi.org/sites/default/files/Day%20Case%20for%20web.pdf>. Ημερομηνία πρόσβασης :1/6/2014

ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. Nursing research, 5 (3): 100-108.
- Abramovitz, S., Cote, A. A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach, Quality Review, Bulletin, 13(4):122-130.
- Allison, S., & Latham, G. (1991). Same day admission surgery: Teamwork is the key to this dual approach in surgery. Canadian Nurse, 87(11):25.
- Anderson, E.B. (2002). Patient-centeredness: a new approach. Nephrol News Issues, 16(12):80-2.
- Asadi-Lari, M., Packham, C., & Gray, D. (2003). Need for redefining needs. Health Quality Life Outcomes, 1:34.

- Asadi-Lari, M., Tamburini, M., & Gray, D. (2004). Patients' needs, satisfaction, and health related quality of life: towards a comprehensive model. *Health Qual Life Outcomes*, 2:32.
- Avis, M. (1992). Silent partners. Patients' views about choice and decision making in a day unit. *British Journal of Theatre Nursing*, 2(7):8-11.
- Bain, J., Kelly, H., Snadden, D., & Staines, H. (1999). Day surgery in Scotland: patient satisfaction and outcomes. *Quality of Health Care*, 8(2):86-91.
- Baker, R. (1991). Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in General Practice, 40 :487-490.
- Beech, R., & Morgan, M. (1992). Constraints on innovatory practice: the case of day surgery in the NHS. *International Journal of Health Planning and Management*, 7(2):133-148.
- Bond, S., & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of advanced Nursing*, 17:52-56.
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced nursing*, 17:52-63.
- Carr-Hill, R. (1992). Skill-mix Versus Effectiveness of Nursing Care. York: Centre for Health Economics, University of York.
- Chapman, R. (1991). It's better by day. *Hospital Development*, 101(5270):18-20.
- Coyle, J., Williams, B. (1995). Seeing the woods for the trees: defining the forgotten concept of patient dissatisfaction in the light of patient satisfaction research. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 12(6-7):95-124.
- Dayton, E., Zhan, C., Saugl, J., Darby, C., & May, E. (2006). Racial and Ehtnic Differences in Patient Assessments of Interactions with Providers: Disparities or Measurement Biases. *American journal of Medical Quality*, 21:109.
- Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care. *Evaluation and the Health Professions*, 8:24.
- Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? 1988. *Arch Pathol Lab*, 121 (11): 1145-50.
- Donabedian, A. (1985). Twenty years of research on the quality of medical care. *Evaluation and the Health Professions*, 8:243.
- Ervin, N.E. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *J Nurs Adm*, 36(3):126-130.

- Etter, J., & Perneger, T.V. (1997). Quantitative and qualitative assessment of patient satisfaction in a managed care plan, *Evaluation and Program Planning*, 20:129-135.
- Fenton-Lee, D., Riach, E., & Cooke T. (1998). Patient acceptance of day surgery”, *Annals of Royal College of Surgery of England*,76(5):332-334.
- Fitzpatrick, J.M., Selby, T.T., & While A.E. (1998). Patients’ experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery. *British Journal of Nursing*,7(18):1107-1115.
- Fitzpatrick, R. (1990). Measurement of patient satisfaction. In *measuring the outcomes of medical care*, eds D. Hopkins and D. Constain, Royal College of Physicians, London:19-26.
- Foss, C. (2002). Gender bias in nursing care? Gender related differences in patient satisfaction with quality of nursing care’, *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16:19-26.
- Garraway, W.M., Ruckley C.V. & Prescott, R.J. (1978). General practitioners' Response to day care surgery. *Practitioner*,221(1321):22-25.
- Garroute, E.M., Kunovich R.M., Jacobsen C., & Goldberg J. (2004). Patient Satisfaction and ethnic identity among American Indian older adults. *Social Science and Medicine*, 59:2233-2244.
- Grainger, C., & Griffiths R. (1994). Day surgery—how much is possible? A Delphi consensus among surgeons. *Public Health*, 108(4):257-266.
- Guldvog, B. (1999). Can patient satisfaction improve health among patients with angina pectoris? *Int J Qual Health Care*, 11(3):233-40.
- Guzman, P. M., Sliepcevich, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L. & Wright, W.R.(1988). Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12: 225-233.
- Hall, J. A. &Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science and Medicine*, 30:811-818.
- Harms, C., Young, J.R., Amsler, F., Zettler, C., Scheidegger, D. & Kindler, Ch. (2004). Improving anaesthetist communication skills, *Anaesthesia*, 59:166-172.
- Haviland, M.G., Morales, L.S., Dial T.H., Pincus H.A. (2005). Race/ethnicity, socioeconomic status and satisfaction with health care. *American journal of Medical Quality*, 20(4):195-203.
- Hempenstall, P.D., de Plater R.M. (2001). Minimal morbidity in outpatients undergoing oral surgical procedures under general anaesthesia in the dental surgery. *Australian Dentistry Journal*, 36(2):102-108.
- Hoare, J. (1992). Day Surgery. *Health Services Management*, 88(4):12-14.

- Hopton, J. L., Howie, J. G. R., & Porter, M.D. (1993). The need for another look at the patient in general practice satisfaction surveys. *Journal of Family Practice*, 10: 82-87.
- Johansson, P., Oléni, M. & Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scand J Caring Sci*,16(4):337-344.
- Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B. (2005). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16: 337-344.
- Kalda, R., Polluste, K. & Lember, M. (2003). Patient satisfaction with care is associated with personal choice of physician, *Health Policy*, 64:55-62.
- Langen, I., Myhren, H., Ekeberg, O.,& Stokland, O., (2005). Patient's satisfaction and distress compared with expectations of the medical staff, *Patient Education and Counselling*.
- Larsen, D.E., & Rootman, I. (1976). Physician role performance and patient satisfaction, *Social Science and Medicine*, 29-32.
- Lawler, J. (1983). Review of Austerlitz (ed), *The Scope of American Linguistics* (Peter de Ridder, 1975). *American Anthropologist*:81.
- Linder-Pelz, S. (1982). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16: 577-582.
- Liu R, So L., & Quan H. (2007). Chinese and white Canadian satisfaction and compliance with Physicians *BMC Family Practice*, 8:11.
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology*, (pp1297-1349). Chicago: Rand McNally.
- Locker, D., & Dunt, D. (1978). Theoretical and methodological issues in sociological studies of consumer satisfaction with medical care, *Social Science and Medicine*, 12:283-292.
- Markovic, M., Bandyopadhyay, M., Vu, T. & Manderson, L. (2002). Gynaecological day surgery and quality of care. *Aust Health Rev*,25(3):52-59.
- Mclver, S. (1991). *Obtaining the views of outpatients*, Kings Fund, London.
- Moore, J., Ziebland, S. & Kennedy, S. (2002). People sometimes react funny if they're not told enough: women's views about the risks of diagnostic laparoscopy. *Health Expectations*,5(4):302-309.
- Oldridge, N., Gottlieb, M., Guyatt, G., Jones, N., Streiner, D. & Feeny D. (1998). Predictors of healthrelated quality of life with cardiac rehabilitation after acute myocardial infarction. *J Cardiopulmonary Rehabil*, 18(2):95-103.

- Osterfeld, E. (1994). Aristotle on the good life and quality of life. In: Nordenfelt L (ed.), *Concepts and Measurement of Quality of Life in Health Care*, Amsterdam: Kluwer,19–34.
- Packham, C. Asadi-Lari, M. & Gray D. (2004). Patients' needs and Quality of Life. *Outcomes*,1:40-42.
- Pascoe, G. & Attkinson, C. (1983). The evaluation ranking scale: a new methodology for assessing satisfaction, *Evaluation and Program Planning*, 6:335-347.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 6: 189.
- Press, I. (2005). *Patient Satisfaction: Understanding and Managing the Experience of Care*, 2nd Edition Ann Arbor, Michigan: Health administration press.
- Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3) : 25-35.
- Plomondon, M.E Rumsfeld, J.S. Humble. C.G. Meterko, M. McDonald, GO. Grover, F.L. Perlin J.B. & Shroyer, A. (2003). Factors influencing Risk-Adjusted Patient Satisfaction After Coronary Artery Bypass Grafting. *The American Journal of Cardiology*, 92(15):206-238.
- Robinson, J.H., Callister, L.C., Berry, J.A. & Dearing, K.A. (2008).Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(12):600-607.
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1):45-52 (Patient Satisfaction Scale, Risser 1975).
- Ross, M. J. & Turner, J. (1986). The human needs model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11:643-649.
- Rudkin, G.E., Osborne, G.A. & Doyle, C.E. (1993). Assessment and selection of patients for day surgery in a public hospital. *Medical Journal of Australia*, 158(5): 308312.
- Shikiar, R. & Rentz, A.M. (2004). Satisfaction with medication. An overview of conceptual, methodologic and regulatory issue. *Value in Health*, 7: 204-15.
- Strasser, S. & Aharony, L. (2005). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model. *Medical Care Review*, 50: 219-248.
- Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3): 171-177.

- Stimson, G. & Webb, B. (1975). *Going to see the doctor, The consultation process in GP*. Routledge and Kegan Paul, London.
- Sitzia, J. & Wood, N. (1997). Patient Satisfaction: A review of issues and concepts', *Social Science Medicine*, 12:1829-43.
- Tham, C. & Koh, K.F. (2002). Unanticipated admission after day surgery. *Singapore Med J*, 43(10):522-526.
- Tavana, M., Mohebbi, B. & Kennedy, D.T. (2003). Total quality index: a bench marking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6): 507- 527.
- Thompson, D.R., Meadows, K.A. & Lewin, R.J. (1998). Measuring quality of life in patients with coronary heart disease. *Eur Heart J*, 19(5): 693-5.
- Walker, M., Ristvedt, S. & Haughey, B. (2003). Patient care in multidisciplinary cancer clinics: does attention to psychosocial needs predict patient satisfaction. *Psychooncology*, 12:291-300.
- Ware, J.E., Snyder, M. K., Wright, R. & Davies, A. (1983). Defining and measuring patient satisfaction with medical care, *Evaluation and Program Planning*, 6:247-263.
- Weisman, C. S. Schifrin, E. Romans, M. & Clancy, C.M. (2001). Analysis of the 1999 HEDIS/CAHOS 2.0 H adult survey, Elsevier science Inc.
- Williams, S.J. & Canlan, M. (1991). Convergence and divergence : assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care settings. *Social Science and Medicine*, 33: 707-716.
- Wriglesworth, J. M. & Williams, J. T. (1975). The construction of an objective test to measure patient satisfaction. *International Journal of Nursing Studies*, 12: 123-132.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΚΟΙΝΩΝΙΚΗΣ ΑΛΛΗΛΕΓΥΗΣ

Υ.ΠΕ.
 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΚΑΤ

Ημ/νία:

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΞΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΩΝ ΜΙΑΣ ΗΜΕΡΑΣ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψή σας για τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας σημειώνοντας με V στα τετραγωνάκια του παρακάτω ερωτηματολογίου. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι πληροφορίες που θα περιλαμβάνει, θα μας βοηθήσουν να βελτιώσουμε τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου μας.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

Φύλο ασθενούς: Άντρας Γυναίκα Ηλικία Ετών Υπηκοότητα

Επίπεδο Εκπαίδευσης: Μέχρι 3^η Γυμνασίου Τελειόφοιτος Λυκείου Φοιτητής ή Απόφοιτος ΑΕΙ - ΤΕΙ

Τόπος Εκτίμησης: Επείγοντα ΤΕΠ Τακτικά Εξ. Ιατρεία Νοσηλευόμενος/η Απογευματινά Ιατρεία

Προσβασιμότητα: Εύκολη Δύσκολη

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΙΣ ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

ΥΠΟΔΟΧΗ / ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

	κακές	μάλλον κακές	ούτε κακές/ ούτε κακές	μάλλον καλές	πολύ καλές
1. Τηλεφωνική εξυπηρέτηση (ραντεβού, πληροφορίες)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Χρόνος αναμονής από τηλ μέχρι ραντεβού για εκτίμηση και λίστα χειρουργείου (εβδομάδες)	<input type="checkbox"/> >5	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 1
3. Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε Εάν δεν σας υποδέχθηκε κανείς σημειώστε εδώ []	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ταχύτητα εξυπηρέτησης από το διοικητικό προσωπικό (λεπτά)	<input type="checkbox"/> > 25	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5
6. Παροχή πληροφοριών (για το πού ακριβώς να πάτε, τι να κάνετε κ.λπ.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα διάφορα τμήματα	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Καθαριότητα των χώρων υποδοχής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Λειτουργικότητα των χώρων υποδοχής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ύπαρξη ελεύθερων καθισμάτων κατά τη διάρκεια της αναμονής	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (τουαλέτες κ.α.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	κακές	μάλλον κακές	ούτε καλές/ ούτε κακές	μάλλον καλές	πολύ καλές
12. Ευχάριστο περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ήσυχο περιβάλλον	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ					
14. Χρόνος που μεσολάβησε από το ραντεβού μέχρι τη προσέλευσή σας στα χειρουργεία μίας ημέρας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	μήνας	εβδ/ες	εντός εβδ.	εντός 3 ημ.	άμεσα
15. Χρόνος αναμονής στα χειρουργεία μίας ημέρας (λεπτά)	<input type="checkbox"/> >50	<input type="checkbox"/> 40	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 10
ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ					
16. Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα ιατρών)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από το ιατρικό προσωπικό σχετικά με το πρόβλημα υγείας και την επέμβαση ως θεραπεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Διακριτικότητα των ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Συμπεριφορά των ιατρών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της ασθένειας και τη θεραπεία	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την επανεξέτασή σας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ					
22. Υποδοχή και προετοιμασία ασθενών για τη χειρουργική επέμβαση (επεξήγηση της όλης διαδικασίας, βοήθεια)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Προθυμία νοσηλευτών να απαντούν σε ερωτήσεις ασθενών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Συζήτηση ανησυχιών και φόβων ασθενών με νοσηλευτές	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Διακριτικότητα νοσηλευτών	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Αίσθηση διαφύλαξης προσωπικών δεδομένων από ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Ενημέρωση των ασθενών σχετικά με τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Συμπεριφορά προσωπικού καθαριότητας	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Αναμονή μεταφοράς σε θάλαμο για ασθενή που χρειάζεται ολιγώρη νοσηλεία (λεπτά)	<input type="checkbox"/> >30	<input type="checkbox"/> 20	<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 5

ΕΙΔΙΚΟ ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΜΕΝΗΣ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αγαπητέ/ή,

Στα πλαίσια της ερευνητικής μου μεταπτυχιακής εργασίας, με τίτλο:
<<Η ικανοποίηση ασθενών, από τις υπηρεσίες υγείας, στα χειρουργεία μιας ημέρας, ενός δημόσιου νοσοκομείου.>>

Με αριθμό έγκρισης: ...~~3.80~~...~~11/10~~2018. Καλούνται οι ασθενείς, που επισκέπτονται το χειρουργείο ΤΕΠ, του Νοσοκομείου ΚΑΤ, εφόσον το επιθυμούν από την παρούσα γραπτή ενημέρωσή τους, να συμμετέχουν στην έρευνα συμπληρώνοντας ένα ερωτηματολόγιο. Η συμπλήρωσή του διαρκεί περίπου 5 λεπτά.

Η συμμετοχή είναι απολύτως εθελοντική. Τα έντυπα καταγραφής είναι ανώνυμα και δεν περιέχουν προσωπικά στοιχεία ασθενών ή φυσικών προσώπων, από τα οποία θα μπορούσε να αποκαλυφθεί με οποιοδήποτε τρόπο η ταυτότητα των συμμετεχόντων. Οι απαντήσεις είναι απόλυτα εμπιστευτικές και μόνο τα μέλη της ερευνητικής ομάδας θα έχουν πρόσβαση σε αυτές. Οι απαντήσεις θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για ερευνητικούς σκοπούς, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών.

ΔΗΛΩΣΗ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ

Με την παρούσα δηλώνω ότι, ενημερώθηκα για τους σκοπούς και τη μεθοδολογία της μελέτης και συναινώ ώστε να συμμετέχω σε αυτή, διατηρώντας το δικαίωμα να αρνηθώ, μέχρι και το τέλος της συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου χωρίς να το παραδώσω.

Αθήνα,/...../2018

Ο/Η συναινών/ουσα

Ιδιότητα υπογράφοντος:

- ο ίδιος ο ασθενής
- συγγενής ή συνοδός

(ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΤΕ ΜΕ ΕΝΑ v)

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3.



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
1^η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΦΕΡΕΙΑ ΑΤΤΙΚΗΣ
ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΤΤΙΚΗΣ
<ΚΑΤ>

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟ

Ταχ. Δ/ση: Νίκης 2
Τ.Κ. 145 61 Κηφισιά
Πλ. Γ. Νιζάμης
Fax: 2132086570
Τηλέφωνο: 2132086570
Email: agensec@kat-hosp.gr

ΚΗΦΙΣΙΑ 11-10-2018

Αρ. πρωτ. Ε.Σ.: 380

Έγκριση στο 12905/4-10-18

Προς:

Τα Μέλη του Διοικητικού Συμβουλίου Γ.Ν.Α. ΚΑΤ

ΘΕΜΑ (13): Έγκριση αιτήματος της κας Ντάρδα Γλυκερίας με θέμα Μεταπτυχιακή εργασία με τίτλο: «Η ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας μιας ημέρας ενός δημόσιου νοσοκομείου». Αρ. Πρωτ. 12905 / 4-10-18

Το Επιστημονικό Συμβούλιο, κατόπιν Θετικής Εισηγήσεως της Επιτροπής Έρευνας και μετά από συζήτηση επί του θέματος ομόφωνα εγκρίνει Μεταπτυχιακή εργασία της κας Ντάρδα Γλυκερίας.

Ο Πρόεδρος του Ε.Σ.

Δρ. Παρασκευοπουλος Ιωάννης

Κοινοποίηση:

Κα Ντάρδα Γλυκερία