



ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΡΗΤΗΣ

ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ:

Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών σε Δημόσιο Νοσοκομείο

«Η περίπτωση της γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής του Πα.Γ.Ν.Η.»

Measurement of Patient Satisfaction in a Public Hospital

The case of gynecological obstetric clinic at University General Hospital of Heraklion 'PAGNI'



Φοιτητές: **Ξημεράκη Κωνσταντίνα, Α.Μ. 3896**

Ρούφας Κωνσταντίνος, Α.Μ. 3442

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Μπορμπουδάκη Λένα

Ηράκλειο, Μάιος 2015

Copyright c Ξημεράκη Κωνσταντίνα, Ρούφας Κωνσταντίνος, 2015

Με επιφύλαξη παντός δικαιώματος. All rights reserved.

**Η έγκριση της εργασίας από το Τμήμα Διοίκησης Επιχειρήσεων του ΤΕΙ
Κρήτης δεν δηλώνει απαραίτητως και αποδοχή των απόψεων των
συγγραφέων εκ μέρους του τμήματος.**

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Ευχαριστούμε μέσα από την καρδιά μας τους γονείς μας, για την ευκαιρία και την βοήθεια που μας έδωσαν να ολοκληρώσουμε τις σπουδές μας καθώς και την πολύτιμη συμπαράσταση τους σε όλη τη διάρκεια ολοκλήρωσης της πτυχιακής μας.

Ιδιαίτερα ένα μεγάλο ευχαριστώ στα αδέρφια μας, για την ηθική συμπαράστασή τους όλο αυτό τον καιρό, η οποία ήταν πολύτιμη και ξεχωριστή για εμάς.

Επίσης, οφείλουμε ένα μεγάλο ευχαριστώ στην καθηγήτριά μας, Μπορμπουδάκη Λένα, που μας βοήθησε ιδιαίτερα στη διαδικασία ολοκλήρωσης της πτυχιακής εργασίας.

Τέλος, οφείλουμε να ευχαριστήσουμε το τμήμα της μαιευτικής-γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης που ενέκρινε τη διεξαγωγή της έρευνας στο χώρο τους, καθώς και τους ασθενείς που συνέβαλλαν στην διεξαγωγή της έρευνάς μας με την συμμετοχή τους, αφιερώνοντας λίγο από τον χρόνο τους για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας ίσως είναι ένα ερώτημα που απασχολεί παγκοσμίως.

Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται από την μαιευτική-γυναικολογική του ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου Κρήτης.

Το δείγμα αποτελείται από 89 ασθενείς της μαιευτικής-γυναικολογικής ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου Κρήτης. Το δείγμα επιλέχτηκε τυχαία από την κλινική και το ποσοστό ανταπόκρισης ανέρχεται 89%.

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μια ποσοτική πρωτόγεννη έρευνα με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου το οποίο αποτελείται από 2 μέρη. Στο πρώτο μέρος, αποτυπώνονται ερωτήσεις με δημογραφικό προφίλ του πληθυσμού-στόχου και στο δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνάτε η ικανοποίηση των ασθενών.

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε το χρονικό διάστημα Δεκέμβριο 2013 έως Απρίλιο 2014.

Μέσα από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στη μαιευτική-γυναικολογική κλινική βρέθηκε ότι η συνολική ικανοποίηση του πληθυσμού-στόχου κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα. Ως προς τις επιμέρους διαστάσεις που ελέγχθηκαν διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από το περιβάλλον της υποδοχής, είναι ούτε δυσαρεστημένοι-ούτε ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, είναι ικανοποιημένοι από το χώρο-τρόπο που πραγματοποιούνται οι κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις. Όσον αφορά την διάσταση της νοσηλευτικής φροντίδας καθώς και της ιατρικής φροντίδας οι ασθενείς απάντησαν ότι είναι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι. Για τις διοικητικές υπηρεσίες οι ασθενείς απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι και για τη γενική εξυπηρέτηση απάντησαν ότι είναι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι.

Σύμφωνα με την επιστημονική κοινότητα απαραίτητη κρίνεται η διασφάλιση της προσωπικής ικανοποίησης των ασθενών σε νοσοκομειακό περιβάλλον, καθότι αυτό διασφαλίζει τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, την παραγωγικότητα των εργαζομένων (νοσηλευτικό-ιατρικό-διοικητικό προσωπικό) και κατ'έπекταση αύξηση της αποδοτικότητας και αποτελεσματικότητας των νοσηλευτικών υδρωμάτων.

Λέξεις-κλειδιά: ικανοποίηση ασθενών, Νοσοκομειακό περιβάλλον, υπηρεσίες υγείας

ABSTRACT

Patient satisfaction from health services may be a question of concern worldwide.

The purpose of this study is to measure patient satisfaction from health services provided by the Obstetrics-Gynecology PAGNI Heraklion Crete.

The sample consisted of 89 patients of obstetrics-gynecology University General Hospital of Heraklion, Crete. The sample was selected randomly from the clinic and the response rate is 89%.

This study is a quantitative protogenni survey using a structured questionnaire consisting of two parts. In the first part, questions reflected a demographic profile of the target population and the second part of the questionnaire investigated patient satisfaction.

The collection of research data is carried out from December 2013 to April 2014.

Through the measurement of patient satisfaction from health services in obstetric-gynecological clinic found that the overall satisfaction of the target population fluctuated at high levels. As for the individual dimensions tested found that patients are satisfied with the environment of the host, is neither dissatisfied nor satisfied-the speed of service is satisfied with the space-how made the clinical and laboratory examinations. Regarding the dimension of nursing care and medical care patients responded that they are neither happy nor unhappy. For administrative services patients answered that they are satisfied and for general service answered that is neither happy nor unhappy.

According to the scientific community deem necessary to ensure the personal satisfaction of patients in a hospital setting, as this ensures the measurement of quality of health services, employee productivity (nursing-medical-administrative staff) and thus increase the efficiency and effectiveness nursing sweat.

Keywords:

patient satisfaction, hospital, health services

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

<u>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</u>	8
------------------------------	---

ΜΕΡΟΣ 1^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1). Ορισμός ικανοποίησης των ασθενών.....	10
1.2). Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.....	19
1.3). Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.....	23
1.4). Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.....	25

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ

2.1). Δικαιώματα των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.....	28
2.2). Υποχρεώσεις ασθενών έναντι υπηρεσιών υγείας	31
2.3). Η επικρατούσα κατάσταση στα Νοσοκομεία της χώρας μας	32
2.3.1). Δημόσια νοσοκομεία.....	51
2.3.2). Ιδιωτικά νοσοκομεία.....	52
2.3.3). Σύγκριση της κατάστασης στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία..	54

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΝΑ ΕΣΤΙΑΣΟΥΝ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1). Αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών του νοσοκομείου και της ικανοποίησης των ασθενών.....	59
3.2). Παράγοντες που οδήγησαν τα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία να εστιάσουν το ενδιαφέρον τους στην ικανοποίηση των ασθενών.....	65

ΜΕΡΟΣ 2^ο

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1). Σκοπός έρευνας.....	67
4.2). Επιμέρους στόχοι έρευνας.....	67
4.3). Δείγμα.....	67
4.4). Ερευνητικό εργαλείο.....	68
4.5). Διαδικασία υλοποίησης έρευνας.....	69
4.6). Στατιστική ανάλυση.....	70

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΑΝΑΛΥΣΗ ΚΑΙ ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

5.1). Παρουσίαση του δείγματος.....	71
5.2). Αποτελέσματα ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ασθενών.....	80
5.3). Ικανοποίηση/Δυσαρέσκεια ανά κατηγορία & Δείκτης Γενικής Ικανοποίησης.....	105

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ-ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ-ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

6.1). Συμπεράσματα.....	107
6.2). Βιβλιογραφία.....	109
6.3). Παράρτημα.....	119

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Το θέμα της πτυχιακής αυτής είναι η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας μέσω της ικανοποίησης των ασθενών.

Η ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει κάθε νοσοκομείο είναι ένας σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει το βαθμό βελτίωσης των υπηρεσιών υγείας.

Σε αυτή την πτυχιακή εργασία πραγματοποιήθηκε έρευνα με σκοπό να ερευνηθούν οι απόψεις των ασθενών για την ικανοποίηση τους από τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν στην μαιευτική-γυναικολογική κλινική του δημόσιου νοσοκομείου Πανεπιστημιακό Κρήτης.

Η αφορμή που μας οδήγησε στην επιλογή αυτής της πτυχιακής εργασίας ήταν για να δούμε ποια πραγματικά είναι η γνώμη του κάθε ασθενή για τις υπηρεσίες που του προσφέρονται σε δημόσιο νοσοκομείο.

Στο πρώτο κεφάλαιο διευρύνεται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών καθώς και αναλύεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν τα νοσοκομεία. Ακόμη αναφέρονται οι τρόποι που μπορούμε να μετρήσουμε την ικανοποίηση των ασθενών καθώς και πως μπορούν να επηρεαστούν οι ασθενείς.

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναλύονται τα δικαιώματα και οι υποχρεώσεις που έχουν οι ασθενείς απέναντι στο νοσοκομειακό περιβάλλον. Επίσης αναλύεται η κατάσταση που επικρατεί στα ιδιωτικά και δημόσια νοσοκομεία και γίνεται προσπάθεια σύγκρισης αυτών βάσει των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν. Επίσης αναλύεται το Ελληνικό Σύστημα Υγειονομικής Περίθαλψης.

Στο τρίτο κεφάλαιο αναλύονται οι λόγοι που είναι χρήσιμο να μετράμε τόσο την ικανοποίηση των ασθενών όσο και την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρουν τα νοσοκομεία στους ασθενείς. Επίσης αναφέρονται οι λόγοι που έκαναν τα δημόσια και τα ιδιωτικά νοσοκομεία να επικεντρωθούν στην ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των υπηρεσιών που τους προσφέρονται.

Στο τέταρτο κεφάλαιο απεικονίζεται ο σκοπός που πραγματοποιήθηκε η έρευνα, οι επιμέρους στόχοι της έρευνας, στοιχεία για το δείγμα και τι ερευνητικό εργαλείο χρησιμοποιήθηκε. Ακόμη αναλύονται στοιχεία για την διαδικασία που πραγματοποιήθηκε η έρευνα καθώς και στοιχεία της στατιστικής ανάλυσης.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζονται το δείγμα και τα αποτελέσματα του ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ασθενών.

Στο έκτο κεφάλαιο απεικονίζονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από την παρουσίαση της έρευνας, και παρουσιάζονται η βιβλιογραφία και το παράρτημα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

1.1. Ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών

Με την ικανοποίηση των ασθενών καθορίζεται και αξιολογείται η ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρεται σε κάθε νοσοκομειακή υπηρεσία, είτε πρόκειται για δημόσιο νοσηλευτήριο, είτε ιδιωτικό. Σήμερα κάθε κράτος καθιστά την ικανοποίηση των ασθενών νομική και ηθική υποχρέωση.

Η ικανοποίηση κάθε ασθενή εκφράζει την γνώμη του για την ποιότητα των υπηρεσιών που του προσφέρεται. Η γνώμη του σχετικά με την ικανοποίηση από τις υπηρεσίες ή το χώρο και τη λειτουργικότητα της κλινικής ή του νοσοκομείου σχετίζεται με τις προσδοκίες του και με τις αξίες του. Ταυτόχρονα, σχετίζεται με την ποιότητα που προσφέρεται και έπειτα αξιολογεί τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρονται σε κάθε πελάτη (Ervin, 2006• Anderson, 2002• Robinson et al, 2008• Johansson et al, 2002).

Ωστόσο 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 ρόλο στη πορεία της υγείας του και με αυτό τον τρόπο δείχνει περισσότερο εμπιστοσύνη στις υπηρεσίες υγείας που του προσφέρονται (Donabedian, 1980).

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). Μάλιστα κάποιοι παράγοντες που συνάδουν με την ικανοποίηση των ασθενών θα μπορούσαν να εφαρμοστούν σε ασθενείς (Lawler 1983). Ο Maslow επιθυμούσε την απόδειξη και κατοχύρωση της θεωρίας του και μετά την εφαρμογή της στην πράξη, ωστόσο κάτι τέτοιο δε συνέβη. Σύμφωνα με την θεωρία του Maslow,

προτάθηκαν τρεις ανάγκες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών και είναι:

- Η ύπαρξη,
- Η συγγένεια και
- Η ανάπτυξη (Lawler 1983).

Επίσης, βασιζόμενοι στην θεωρία του Maslow, οι Ross και Turner (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 Herzberg και οι συνεργάτες του (1959) έδωσε μια πιθανή ερμηνεία για τους παράγοντες που οδηγούν τους ασθενείς σε ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια (Altschul 1983• Bond & Thomas 1992). Εξετάζοντας το τι θέλουν οι εργαζόμενοι από την εργασία τους, ο Herzberg, κατέληξε στο ότι υπάρχουν δυο ομάδες παραγόντων που επηρεάζουν την στάση των εργαζόμενων απέναντι στη εργασία τους (Hertzberg et all, 1959).

Την πρώτη ομάδα την ονόμασε *παράγοντες υγιεινής ή δυσαρέσκειας*, και αφορά σε εξωτερικούς από το άτομο παράγοντες (συνθήκες εργασίας, πολιτική επιχείρησης , μισθός κ.τ.λ.), οι οποίοι αν δεν ικανοποιηθούν, οδηγούν σε δυσαρέσκεια από την εργασία τους.

Την δεύτερη ομάδα την ονόμασε *παράγοντες παρακίνησης ή ικανοποίησης*, και αναφέρεται σε εσωτερικούς παράγοντες του εργαζόμενου(αναγνώριση, ανάπτυξη, ανάληψη υπευθυνότητας), οι οποίοι εάν ικανοποιηθούν οδηγούν σε ικανοποίηση από την εργασία. Πρέπει να τονισθεί ότι οι παράγοντες δυσαρέσκειας και ικανοποίησης αποτελούν τελείως ξεχωριστές και μη

συσχετιζόμενες ομάδες παραγόντων και δεν είναι τα αντίθετα άκρα της ίδιας γραμμής. Αυτό σημαίνει ότι η ικανοποίηση των παραγόντων που οδηγούν σε δυσαρέσκεια μπορεί να μην επιφέρουν ικανοποίηση, απλά να εξαλείψει την δυσαρέσκεια. Με τον ίδιο τρόπο, η μη ικανοποίηση παραγόντων που οδηγούν σε ικανοποίηση μπορεί να μην οδηγήσει σε δυσαρέσκεια, αλλά απλά να μην επιφέρει ικανοποίηση από την εργασία.

Έγινε παραγοντική ανάλυση σε ένα από τα κλασικά εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες της κλίμακας της Risser (Patient satisfaction scale, Risser 1975), και αποτέλεσμα αυτής ήταν ότι η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια δεν είναι τα δυο άκρα μιας συνεχούς γραμμής, επιβεβαιώνοντας σε ένα μέρος την θεωρία του Hertzberg (1959).

Κατά τον Hertzberg (1959), η ικανοποίηση βρίσκεται σε αντιστοιχία με τον ορισμό που είχε δώσει ο Juran (1989) για την ποιότητα, ως έλλειψη ελαττωμάτων ή αγαθών (που οδηγεί σε δυσαρέσκεια) καθώς και για την ανταπόκριση στις ανάγκες των ασθενών-πελατών (που οδηγεί σε ικανοποίηση).

Ο Lawler (1971), 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 (Fulfilment theory)

Συμφώνα 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.

Σύμφωνα με τον Wriglesworth και τον Williams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άτομο καθώς άλλοι του προσδίδουν την έννοια της ευτυχίας, της ασφάλειας, της εμπιστοσύνης, της ευχαρίστησης. Για το λόγο αυτό, οποιαδήποτε αξιολόγηση θεωρείται πολύ υποκειμενική.

Ο Donabedian (1980), 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.

Σύμφωνα με τους Adbellan & Levine (1975a), η ικανοποίηση του ασθενή ορίστηκε βάσει τις αντιλαμβανόμενες από τον ασθενή παραλείψεις στη φροντίδα υγείας.

Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η άποψη περί της ικανοποίησης 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.

Ο Guzman και οι συνεργάτες του (1988) υποστήριξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους, με την φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει την μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωση τους με τη θεραπευτική αγωγή.

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 παρατηρήσιμες αλλαγές που συμβαίνουν στη συμπεριφορά των ασθενών.

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

Κάνοντας την παραπάνω ανασκόπηση, δεν μπορεί αν διεξαχθεί κάποιο συνολικό και κοινό συμπέρασμα σχετικά με το αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση, αντίληψη ή απλά μια άποψη για την φροντίδα υγείας.

Σύμφωνα με τον Robbins (1993), στάση θεωρείται η αξιολόγηση γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και περιλαμβάνει τρία στοιχεία:

- Το γνωσιακό
- Το συναισθηματικό
- Τη συμπεριφορά

Από την άλλη, η αντίληψη αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον και η οποία είναι ικανή να επηρεάζει από τις στάσεις του κάθε άτομο.

Η Linder-Pelz (1982a) υποστήριξε ότι 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.

Συμφώνα με το Riser (1975), η ικανοποίηση του ασθενή είναι η σύγκριση μεταξύ των προσδοκιών του για τις ιδανικές υπηρεσίες υγείας και για το επίπεδο της φροντίδας που του παρέχεται.

Παρόλα αυτά, ο Tavana και οι συνεργάτες του (2003), ισχυρίστηκαν ότι 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.

Παλαιότερα, οι Bnod και ο Thomas (1991) υποστήριξαν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες τους, όπως είναι η ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αλλά και η αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις. Αντίθετα, νιώθουν δυσαρεστημένοι όταν οι υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται αλλά και το νοσοκομειακό περιβάλλον δεν είναι κατάλληλα.

Αυτό που προκύπτει από όλες τις παραπάνω θεωρίες είναι ότι ο ορισμός της ικανοποίησης των πελατών είναι η προσωπική τους εκτίμηση, τόσο για τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται, για τους προμηθευτές των υπηρεσιών αυτών όσο και για το τρόπο που αυτές παρέχονται. Οι προμηθευτές, δηλαδή το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, πρέπει να αντιλαμβάνονται τις προσδοκίες και τις ανάγκες κάθε ασθενή, ώστε να προσφέρουν τις κατάλληλες υπηρεσίες υγείας. Όταν το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αναγνωρίζει τις ανάγκες και

τις προσδοκίες των ασθενών, τότε προσπαθούν και οι ίδιοι ώστε να προσαρμόσουν και να αναδιοργανώσουν τις υπηρεσίες που προσφέρουν, με αποτέλεσμα αυτού να ικανοποιήσουν περισσότερο τους ασθενείς.

Πολλοί ερευνητές κρίνουν επικίνδυνη την έλλειψη μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και τη σύγκριση με άλλες όμοιες μελέτες.

Στο σημείο αυτό πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος *πελάτες* όσον αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας δεν περιλαμβάνει μόνο τους ασθενείς, αλλά και τους εργαζόμενους. Υπάρχουν φορές στη ζωή ενός ανθρώπου που εκτός από εργαζόμενος σε ένα νοσοκομείο γίνεται και ασθενής καθώς, ομοίως με τους λοιπούς ανθρώπους ενδέχεται και ο ίδιος να νοσήσει και να χρειαστεί περίθαλψη. Αυτό το γεγονός βοηθάει τους εργαζόμενους ασθενείς να εντοπίσουν τις ανάγκες και τα προβλήματα που υπάρχουν και έτσι να μπου στη διαδικασία να βελτιώσουν της υπηρεσίες υγείας που προσφέρουν.

Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει ποσοτικές μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας. Τα αποτελέσματα των ποσοτικών ερευνών γενικότερα ποικίλουν. Υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ασθενείς διακρίνουν τις περιοχές της φροντίδας, αλλά οι ενδείξεις αυτές ίσως να οφείλονται στην μεθοδολογία που ακολουθείται (Rubin 1990).

Σύμφωνα με τους Ware και Shyder (1975), υπάρχουν οκτώ περιοχές από τη φροντίδα υγείας:

- Τεχνική
- Τέχνη της φροντίδας (διαπροσωπικές σχέσεις)
- Φυσικό περιβάλλον
- Διαθεσιμότητα
- Πρόσβαση
- Συνεχεία

- Αποτελεσματικότητα
- Οικονομικά

Στην αξιολόγηση της εγκυρότητα του περιεχομένου, δεν συμμετείχαν ασθενείς και δεν έγινε αξιολόγηση της σπουδαιότητας αυτών των περιοχών. Μάλιστα, οι περιοχές αυτές έχουν χρησιμοποιηθεί ευρέως στην μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την νοσοκομειακή, την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα (Oberst 1984).

Ο Abramowitz και οι συνεργάτες του (1987) έχουν αναγνωρίσει δέκα περιοχές ικανοποίησης:

- Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα
- Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό
- Ικανοποίηση από τους νοσηλευτές
- Ικανοποίηση της επάρκειας επεξηγήσεων του προσωπικού για τις διαδικασίες και θεραπείες
- Το θόρυβο
- Την καθαριότητα
- Το φαγητό
- Τις υπηρεσίες συνοδών (escost services)
- Και τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών

Ο Meterko και οι συνεργάτες του (1990) υποστήριξαν ότι υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης:

- Υποδοχή των ασθενών
- Καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο
- Νοσηλευτική φροντίδα
- Ιατρική φροντίδα

- Υπόλοιπο προσωπικό
- Περιβάλλον νοσοκομείου και συνθήκες διαβίωσης
- Διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Σύμφωνα με τους Carey & Seibert (1993), αναφέρονται επίσης οκτώ περιοχές ικανοποίησης, αλλά επίσης διαφορετικές από τους παραπάνω:

- Ευγένεια
- Ιατρικό προσωπικό
- Νοσηλευτικό προσωπικό
- Φαγητό
- Άνετο περιβάλλον και καθαριότητα
- Διαδικασίες εισαγωγής και χρέωσης
- Θρησκευτικές ανάγκες
- Αποτελέσματα ιατρικής φροντίδας

Οι παραπάνω λειτουργικοί ορισμοί είναι αποτέλεσμα εμπειρικών δεδομένων και βασίζονται στα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης.

Οι Abdellan και Levine (1957a , 1957b, 1957c, 1957d, 1957e, 1964) ανέφεραν επτά διαδικασίες:

- Ανάπαυση
- Διαιτητικές συνθήκες
- Συνήθειες
- Τουαλέτα
- Προσωπική υγιεινή και υποστηρικτών φροντίδας
- Αντίδραση στη θεραπεία
- Επαφή με το νοσηλευτικό προσωπικό

Βάσει του παραπάνω ορισμού, λοιπόν δίνεται έμφαση στον υποστηρικτικό ρόλο του νοσηλευτικού προσωπικού.

1.2. Η έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Η αρχαιότερη καταγραμμένη αναφορά ανάγεται στον *Πάπυρο Smith* (Hook, 1973). Τα πρώτα κριτήρια αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι

- η παρατήρηση,
- η περίθαλψη ή
- η άρνηση της νοσηλείας.

Σύμφωνα με τον Guzman (1988), το 2000 π.Χ. έγινε αναφορά στην ποιότητα της χειρουργικής πρακτικής μέσα από το ποινικό κώδικα του Βασιλέως Χαμουραπί με προβλεπόμενη ποινή, βασιζόμενη στο μέγεθος της βλάβης που πιθανός προκύπτει από την κακή χειρουργική φροντίδα με άτυχη έκβαση.

Είναι δύσκολο να δοθεί ένας ενιαίος ορισμός για το τι είναι ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, καθώς η ποιότητα δεν είναι κάτι συγκεκριμένο, αλλά συνεχώς μεταβάλλεται και εξελίσσεται.

Η ποιότητα υπάρχει και παίζει σημαντικό ρόλο στους περισσότερους τομείς της ζωής και για αυτό η αξία της είναι απαραίτητη και αναμφισβήτητη.

Η προσέγγιση της έννοιας της ποιότητας διαμορφώνεται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής κάθε ανθρώπου.

- Κάθε άνθρωπος καθορίζει την κοινωνική της διάσταση ώστε να βελτιώσει τη ζωή του.

- Τα πολιτισμικά στοιχεία και οι αξίες κάθε εποχής καθορίζουν το μέγεθος της ποιότητας.
- Η οικονομική της διάσταση λειτουργεί καθώς επηρεάζει την επιλογή στη ποιότητα των προϊόντων, έργων και υπηρεσιών. (Οικονομοπούλου και συν, 2000).

Πολλοί σπουδαίοι επιστήμονες προσπάθησαν να δώσουν ένα συγκεκριμένο εννοιολογικό ορισμό για το τι σημαίνει ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ακόμη όμως και μέχρι σήμερα δε έχει δοθεί ένας συγκεκριμένος ορισμός για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας.

Έχουν δοθεί από κορυφαίους επιστήμονες κάποιες έννοιες της ποιότητας της υγείας για την βελτίωση στο τομέα της υγείας. Συγκεκριμένα:

- ✓ Ο Donabedian (1980) μελέτησε την ποιότητα της υγείας και την διέκρινε σε τρεις επιμέρους διαστάσεις:
 - Το τεχνικό μέρος (αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας)
 - Το διαπροσωπικό μέρος (αναφέρεται στην ανθρωπινή προσέγγιση απέναντι στον ασθενή)
 - Την ξενοδοχειακή υποδομή (αναφέρεται στο νοσοκομειακό περιβάλλον και στις συνθήκες που προσφέρονται στον ασθενή).

Σύμφωνα με αυτές τις τρεις διαστάσεις, ο Donabedian (1980) έδωσε τον πρώτο ορισμό της ποιότητας στο τομέα των υπηρεσιών υγείας. Όρισε ως ποιότητα το είδος φροντίδας, το οποίο αναμένεται να μεγιστοποιήσει το καλώς έχει του ασθενή, λαμβάνοντας υπόψη τις ωφέλειες αλλά και τις απώλειες που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης σε όλα τα επιμέρους της σημεία.

- ✓ Ο Laffel και ο Blumenthal (1989) όρισαν ως ποιότητα τη συνεχή προσπάθεια από όλα τα μελή ενός οργανισμού, με σκοπό την ικανοποίηση

των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών ή χρηστών, αλλά και των άλλων πελατών.

✓ Η Palmer (1991) υποστήριξε ότι η ποιότητα στον τομέα της υγείας μετράται με την βελτίωση του επίπεδου υγείας ενός πληθυσμού, λαμβάνοντας υπόψη, τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία, όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο.

✓ Η Palmer και οι συνεργάτες της (1991) ισχυρίστηκαν ότι η ποιότητα πρέπει να ορίζεται πάντα σε σχέση με:

- Τους επιθυμητούς στόχους
- Τους ήδη υπάρχοντες κίνδυνους στη διαδικασία παροχής υπηρεσιών
- Τους διαθέσιμους πόρους.

Ποιότητα είναι ο βαθμός κατά τον οποίο ένα προϊόν ή μιας υπηρεσίας ανταποκρίνεται ή ξεπερνά τις προσδοκίες του πελάτη (Evans and Lindsay).

Συμφώνα με τον Orvretreit (1994) κατά την διαδικασία του ορισμού της ποιότητας θα πρέπει να συμπεριληφθούν:

- Ένας επαγγελματικός ορισμός του τι χρειάζεται ο πελάτης
- Ο βαθμός στον οποίο οι προσφερόμενες υπηρεσίες ικανοποιούν τις ανάγκες τους
- Η ίδια η άποψη του πελάτη σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης των αναγκών.

Τελικά, ο Orvretreit (1994) κατέληξε στον ορισμό της ποιότητας ως «η ικανοποίηση των απαιτήσεων των καταναλωτών στο χαμηλότερο κόστος» και περιλαμβάνει σ' αυτό τρία στοιχεία:

1. Την ποιότητα ως προς τον πελάτη (μετράει την ικανοποίηση του πελάτη και το βαθμό στον οποίο το προϊόν του προσφέρει αυτά που ζητάει.

2. Την επαγγελματική ποιότητα (η οποία είναι ο βαθμός στο οποίο το προϊόν ικανοποιεί τις ανάγκες του πελάτη σύμφωνα με τα όσα ορίζουν τα επαγγελματικά δεδομένα.

3. Ποιότητα διαδικασιών (η οποία είναι ο σχεδιασμός και η λειτουργία των διαδικασιών του προϊόντος κατά τον πλέον αποτελεσματικό τρόπο ικανοποίησης των απαιτήσεων του πελάτη.

Σύμφωνα με τον Bond (1999), στην ποιότητα συναντώνται δυο πλευρές:

1. Η ποιότητα σχεδιασμού

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

Άρα η ποιότητα είναι προσανατολισμένη στην ικανοποίηση του καταναλωτή.

Το Αμερικανικό Ινστιτούτο Ιατρικής (Institute of medicine 1990) όρισε την ποιότητα της φροντίδας, ως το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα του επιθυμητού αποτελέσματος και είναι σε συμφωνία με την σύγχρονη επαγγελματική γνώση (Nelson, 1996).

Ο Bond (1999) υποστήριξε ότι οι υπάρχοντες ορισμοί της ποιότητας είναι περιορισμένοι στο περιεχόμενό τους και για αυτό το λόγο υπάρχει η ανάγκη υιοθέτησης των ευρύτερων ορισμών. Επίσης, όρισε την υψηλή ποιότητα υπηρεσίας ως την αποτελεσματική φροντίδα, η οποία ικανοποιεί τις ανάγκες του κάθε πελάτη και παρέχεται δίκαια, αποδοτικά, αποτελεσματικά και ανθρώπινα.

Ο Gronroos (1984) διέκρινε δυο τύπους ποιότητας την τεχνική και την λειτουργική:

- Η *τεχνική* ορίζεται με βάση την τεχνική ακρίβεια της διάγνωσης και της διαδικασίας ενώ
- η *λειτουργική* αναφέρεται στον τρόπο με τον οποίο οι υπηρεσίες παρέχονται στον ασθενή.

Ο Parasuraman και οι συνεργάτες του (1988) κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι:

- Η Αξιοπιστία: η προθυμία και η θέση της εταιρείας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη.
- Η Ασφάλεια: η κατάρτιση των εργαζομένων και η προθυμία που εμφανίζουν απέναντι στην ικανοποίηση του πελάτη.
- Η Ακρίβεια: η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά.
- Η Μοναδικότητα: η παραγωγή μιας υπηρεσίας διαφορετική για κάθε πελάτη.
- Η ποιότητα μιας υπηρεσίας μπορεί να αξιολογηθεί από χαρακτηριστικά, όπως είναι η εμπειρία και η πίστη.

1.3. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί την καταγραφή της απόδοσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών απέναντι στον ασθενή (Nelson & Niederberger, 1990).

Η ικανοποίηση των ασθενών εκτιμάται για να διακρίνουμε την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και την διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας αλλά και

την ποιότητα των υπηρεσιών που προσφέρει το ανθρώπινο δυναμικό κάθε νοσοκομείου καθώς και το νοσοκομειακό περιβάλλον (Barnett, 2001).

Συγκεκριμένα όταν μετράμε την ικανοποίηση των ασθενών μετράμε την ποιότητα στο φαγητό ,την καθαριότητα του νοσοκομείου ,την ποιότητα του ξενοδοχειακού και ιατρικού εξοπλισμού ,τις συνθήκες λειτουργίας (ησυχία ,άνεση) ,το χρόνο αναμονής ,την ενημέρωση των ασθενών, τα αποτελέσματα επιτυχούς διάγνωσης των εξετάσεων, την επικοινωνία μεταξύ ασθενή με το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό κ.τ.λ. Όλα τα παραπάνω αξιολογούνται κατά την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από τις υπηρεσίες υγείας (Matsui ET AL, 1998).

Οι τρόποι μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών επιτυγχάνεται με την μέθοδο του ερωτηματολογίου στο οποίο καταγράφονται απόψεις, παρατηρήσεις και προτάσεις των ασθενών αναφορικά με το νοσοκομείο και την νοσηλεία που οι ασθενείς καλούνται να απαντήσουν όταν εισέρχονται ή όταν εξέρχονται από το νοσοκομείο. Τα τελευταία χρόνια ο κατάλογος που καλείται να απαντήσει ο κάθε ασθενής αυξήθηκε και έτσι εκτός από το λόγο πρόσβασης ,την ανταπόκριση από τις υπηρεσίες υγείας , προστεθήκαν η πληροφόρηση για την κατάσταση υγείας και το κόστος, το νοσηλευτικό περιβάλλον (φαγητό ,καθαριότητα κ.τ.λ.) τα δικαιώματα και η προσωπικότητα των ασθενών καθώς και η επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού (Baider et al, 1997).

Οι ερωτήσεις του ερωτηματολογίου καθώς και τα αποτελέσματα πρέπει να είναι αξιόπιστα ,κατανοητά και απλά.

Όταν πραγματοποιούνται συνεχόμενα ενεργές μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών τότε έχει ως αποτέλεσμα να βελτιώνεται η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας του νοσοκομείου, να παρουσιάζονται πιο αξιόπιστες υπηρεσίες. Ακόμη με την βοήθεια της μέτρησης των υπηρεσιών υγείας εντοπίζονται οι ελλείψεις καθώς και όλα τα προβλήματα κάθε νοσοκομείου.

Όμως υπάρχουν ομάδες ατόμων που επικρίνουν και κατακρίνουν την αξία και τη χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών για το λόγο ότι πιστεύουν ότι οι ασθενείς απαντούν χωρίς τις κατάλληλες γνώσεις καθώς και κάτω από συνθήκες ψυχολογικής πίεσης (Καλογεροπούλου, 2011).

1.4. Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Ένα ερώτημα που απασχολεί τα τελευταία χρόνια είναι ποιοι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών και κατόπιν του μηχανισμού μέτρησης. Οι παράγοντες που επηρεάζουν και είναι αντιληπτή από όλους μας είναι τα συναισθήματα, ο τρόπος σκέψης κάθε ανθρώπου, το επίπεδο εκπαίδευσης και τα πολιτισμικά και κοινωνικά στοιχεία.

Η Irish Society for quality & Safety in Healthcare, 2005, υποστήριξε ότι οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών είναι:

- Η ασθένεια: έχει επιβεβαιωθεί ότι όσο σοβαρότερη είναι η κατάσταση του τόσο πιο πιεσμένος είναι ψυχολογικά και αυτό έχει ως αποτέλεσμα να είναι λιγότερο ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες υγείας.
- Το φύλο: αν και δεν έχει επιβεβαιωθεί ακόμη, συνήθως οι γυναίκες νοσηλεύονται πιο συχνά σε νοσηλευτικές κλινικές με αποτέλεσμα να έχουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

- Η ηλικία: η ηλικία είναι από τους πιο σοβαρούς παράγοντες καθώς όσο μεγαλώνει ο άνθρωπος τόσο περισσότερο έχει ανάγκη τους γιατρούς και τόσο πιο ικανοποιημένος είναι από αυτούς. Οι μεγαλύτερες ηλικίες έχουν περισσότερες προσδοκίες από τους γιατρούς γιατί τους κυριεύει ο φόβος του θανάτου, ίσως δεν έχουν την κατάλληλη εμπειρία και δεν μπορούν να διαμορφώσουν μια πλήρης άποψη.
- Οι προσδοκίες των ασθενών: οι προσδοκίες του κάθε ασθενή για το αποτέλεσμα της κατάστασης του επηρεάζει το επίπεδο της ικανοποίησης του το οποίο το κρίνει ικανοποιητικό ή μη ικανοποιητικό.
- Κοινωνικά-οικονομικά στοιχεία: το επίπεδο εκπαίδευσης , η οικογενειακή κατάσταση καθώς και η οικονομική κατάσταση επηρεάζει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.
- Οι προηγούμενες εμπειρίες του ασθενή: η εμπειρία κάθε ασθενή επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών του νοσοκομείου.
- Η σχέση μεταξύ του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού και του ασθενή: η επικοινωνία μεταξύ του ασθενή και του ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού κρίνουν το βαθμό της ικανοποίησης του ασθενή. Όσο περισσότερο αποτελεσματική είναι η επικοινωνία μεταξύ τους τόσο περισσότερο ικανοποιημένος είναι ο ασθενής. Σημαντικό συναίσθημα που πρέπει να νιώθει ο ασθενής είναι η ασφάλεια ως προς τις ικανότητες του νοσηλευτικού-ιατρικού προσωπικού.
- Το περιβάλλον-τα λειτουργικά χαρακτηριστικά κάθε κλινικής: η καθαριότητα, ο χώρος νοσηλείας, η διαμονή καθώς και η εισαγωγή και η αναχώρηση του ασθενή από το νοσοκομείο καθορίζουν το αποτέλεσμα της ικανοποίησης τους.

Ο Fitzpatrick (1991) και ο Fox και ο Storms (1981) υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε

αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση (Σουλιώτης ΚΑΙ ΣΥΝ, 2002).

Ο παράγοντας που αφορά το φύλο, όπως προκύπτει σε μερικές έρευνες, φαίνεται να μην έχει σχέση με την ικανοποίηση, ωστόσο μια σειρά άλλων μελετών υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες.

Όσον αφορά το εκπαιδευτικό επίπεδο, οι Anderson και Zimmerman (1993) υποστηρίζουν ότι η μόνη μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, κάτι όμως που δεν επιβεβαιώθηκε από παρόμοιες μελέτες (Ραφτόπουλος, 2002).

Αναφορικά με την κοινωνική θέση του ασθενή, οι Hall και Dornan (1988a) θεωρούν την κοινωνική θέση του ασθενή ως το σημαντικότερο παράγοντα και υποστηρίζουν ότι παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που φαίνεται να ισχύει καθώς έρευνες έδειξαν ότι οι ευκατάστατοι ασθενείς λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους. Ακόμη και μέσα στην ίδια υπηρεσία, είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις τους στους ιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των κατώτερων κοινωνικών τάξεων. Οι Khayer και Salter ενίσχυσαν αυτή την άποψη, καθώς ανακάλυψαν και αυτοί συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της ικανοποίησης (Ραφτόπουλος, 2002).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΔΙΚΑΙΩΜΑΤΑ ΚΑΙ ΥΠΟΧΡΕΩΣΕΙΣ ΑΣΘΕΝΩΝ ΚΑΙ ΕΠΙΚΡΑΤΟΥΣΑ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ ΣΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΧΩΡΑΣ ΜΑΣ

2.1. Τα δικαιώματα των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας

Όσο περνάν τα χρόνια τα ανθρωπινά δικαιώματα ολοένα και αναπτύσσονται λόγω των νομοθετικών πρωτοβουλιών στις περισσότερες χώρες.

Όπως όλες οι κατηγορίες ανθρώπων, έτσι και οι ασθενείς έχουν δικαιώματα που συνεχώς αναπτύσσονται και γίνονται πιο κατηγορηματικοί απέναντι στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας των νοσοκομείων. Τα δικαιώματα του αφορούν στην απαίτηση σωστής διάγνωσης και αποτελεσματικής θεραπευτικής παρέμβασης των ιατρών και νοσηλευτών. Επίσης, μπορούν να διαμορφώνουν και να εκφράζουν την άποψή τους απέναντι στην κοινωνία, τους γιατρούς κ.τ.λ., για ότι τους παρέχεται σε κάθε νοσοκομείο. Επίσης, μπορούν και να φέρουν αντίρρηση σε όλα τα παραπάνω, αλλά και σε περίπτωση λάθους, να προβούν στην δικαιοσύνη.

Συγκεκριμένα, τα δικαιώματα των ασθενών σύμφωνα με τον Νόμο 2071/ άρθρο 47 είναι:

- ✓ Το δικαίωμα του ασθενή για ολοκληρωμένη ενημέρωση όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του: οι γιατροί και οι νοσηλευτές έχουν την υποχρέωση να ενημερώνουν τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του και έπειτα ο ασθενής έχει τη δυνατότητα βάσει του συντάγματος να αποφασίσει για το τι πρέπει να κάνει όμως πάντα με την συγκατάθεση του γιατρού, Ο γιατρός ουσιαστικά λειτούργει σαν δάσκαλος απέναντι στον

ασθενή, τον ενημερώνει και μετά αυτός με την σειρά του σε συνεργασία όμως πάντα με τον γιατρό αποφασίζει τι πρέπει να κάνει ώστε να βελτιωθεί η κατάσταση της υγείας .

✓ Το δικαίωμα του ασθενή για ιδιωτικότητα: Το ιατρικό απόρρητο καθορίζει ότι όλες οι πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας του ασθενή πρέπει να κρατούνται εμπιστευτικές ακόμη και μετά τον θάνατο. Αυτό όλο γίνεται για να μην μπορεί κάθε ανακοίνωση ή πληροφορία να επιδεινώσει την κατάσταση της υγείας του ασθενή και να του προκαλέσει ψυχολογικά τραύματα. Συγκεκριμένα το ιατρικό απόρρητο περιλαμβάνει:

- ❖ Την είσοδο και την έξοδο του ασθενούς στο νοσοκομείο.
- ❖ Οτιδήποτε εμπιστεύτηκε ο ασθενής στο γιατρό ή στο νοσηλευτικό προσωπικό.
- ❖ Οποιαδήποτε πληροφορία που ο ασθενής επιθυμεί να μην ακουστεί ακόμη και αν αυτή ήδη φημολογείται.
- ❖ Η θετική ή αρνητική διαπίστωση του ιατρικού ή νοσηλευτικού προσωπικού όσον αφορά την κατάσταση της υγείας του ασθενή.
- ❖ Οτιδήποτε μπορεί να προκαλέσει επιδείνωση στην κατάσταση του ασθενή.
- ❖ Καθετί που ο γιατρός ή το νοσηλευτικό προσωπικό πληροφορήθηκε, υπέθεσε ή αντιλήφθηκε κατά την εξέταση του ασθενή.

✓ Δικαίωμα των ασθενών για συναίνεση: ο γιατρός πρέπει να έχει την συγκατάθεση του ασθενή, δηλαδή να υπάρχει συναίνεση για να δώσει οποιαδήποτε θεραπεία ή για να πραγματοποιήσει οποιαδήποτε χειρουργική επέμβαση. Συγκεκριμένα πρώτα ο γιατρός θα πρέπει να έχει ενημερώσει πλήρως τον ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, τι πρέπει να γίνει καθώς και τα αποτελέσματα που θα έχει είτε γίνει κάτι είτε δεν γίνει. Έπειτα, θα κληθεί να συναινέσει είτε όχι. Η συναίνεση είναι απαραίτητα πριν από κάθε ιατρική παρέμβαση. Όταν ο ασθενής δεν δώσει συναίνεση για να πραγματοποιηθεί οποιαδήποτε ιατρική παρέμβαση, πρέπει να ενημερωθεί πλήρως για τα αποτελέσματα της απόφασης του προσεκτικά. Ο ασθενής μπορεί σε περίπτωση που αλλάξει γνώμη να ανακαλέσει την συναίνεση, και

αν αυτός δεν είναι σε θέση να επιλέξει τι να κάνει τότε εκπροσωπείται από κάποιο άτομο της οικογενείας του, ο οποίος επιλέγει αν θα συναινέσει ή όχι.

- ✓ Δικαίωμα για ολοκληρωμένη φροντίδα από τις υπηρεσίες υγείας: ο ασθενής έχει το δικαίωμα να απολαμβάνει την πιο σωστή φροντίδα-ποιότητα υπηρεσιών για την υγεία του από το νοσοκομειακό περιβάλλον. Κάθε ασθενής πρέπει να λαμβάνει συνεχώς τις υπηρεσίες του νοσοκομείου ανεξάρτητα από την οικονομική και κοινωνική θέση του (Ν. 2071 ΦΕΚ 123/92 Α', Άρθρο 47).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) καθόρισε στοιχεία τα οποία συνθέτουν ανταποκρισιμότητα και ικανοποίηση στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας και είναι τα παρακάτω:

- **Η αξιοπρέπεια:** ο σεβασμός της αξιοπρέπειας του ατόμου συνδέεται με την προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων όπως η ελευθερία μετακίνησης των ατόμων που πάσχουν από AIDS, η ευπρεπής συμπεριφορά του υγειονομικού προσωπικού προς τους εξυπηρετούμενους κατά τη διάρκεια της παροχής θεραπείας, η διασφάλιση του δικαιώματος του ασθενή στη διατύπωση ερωτήσεων και την παροχή πληροφοριών κατά τη διάρκεια των επισκέψεων και της θεραπείας και η διεξαγωγή των ιατρικών εξετάσεων με σεβασμό της ιδιωτικότητας (privacy).
- **Η αυτονομία:** Η επίτευξη της αυτονομίας του ασθενή προϋποθέτει την κατοχύρωση μιας σειράς δικαιωμάτων όπως η πληροφόρηση σχετικά με την ασθένεια από την οποία πάσχει και τις εναλλακτικές μεθόδους θεραπείας της, η συναίνεση και η ενεργός συμμετοχή του στις αποφάσεις για τη θεραπεία του, η συγκατάθεση του για τη διεξαγωγή εξετάσεων και θεραπείας καθώς επίσης και η δυνατότητα άρνησης της θεραπείας υπό την προϋπόθεση πνευματικής διαύγειας.
- **Η έγκαιρη προσοχή:** Η έγκαιρη προσοχή επιτυγχάνεται με την παροχή έγκαιρης φροντίδας στις επείγουσες περιπτώσεις, την παροχή φροντίδας μέσα σε εύλογο χρονικό διάστημα, έτσι ώστε οι λίστες αναμονής να μην καλύπτουν μεγάλες χρονικές περιόδους, τον μικρό χρόνο αναμονής στις ιατρικές επισκέψεις και στη διεξαγωγή των εξετάσεων.
- **Η εμπιστευτικότητα των πληροφοριών:** τις βασικές παραμέτρους αυτού του στοιχείου αποτελούν, η προστασία της ιδιωτικότητας του ατόμου κατά τη διάρκεια της ιατρικής επίσκεψης, καθώς επίσης και η προστασία του απορρήτου των πληροφοριών τις οποίες παρέχει ο ασθενής και των πληροφοριών οι οποίες σχετίζονται με την ασθένεια του, εκτός των περιπτώσεων όπου οι πληροφορίες είναι αναγκαίο να δοθούν σε κάποιο προμηθευτή υπηρεσιών υγείας ή έχει δώσει τη συγκατάθεση ο ασθενής.

- **Η επικοινωνία:** Η δημιουργία ενός κατάλληλου κλίματος επικοινωνίας σχετίζεται με προϋποθέσεις όπως το προσωπικό να ακούει προσεκτικά τον πολίτη, να δίνονται κατανοητές και επαρκείς εξηγήσεις προς τον εξυπηρετούμενο και να υπάρχει χρόνος για ερωτήσεις από μέρους του.
- **Η επιλογή προμηθευτών παροχής των Υπηρεσιών Υγείας:** Το δικαίωμα της επιλογής των προμηθευτών λαμβάνει διπλή υπόσταση δεδομένου ότι αναφέρεται αφενός στη δυνατότητα επιλογής γιατρού, νοσηλευτών/-τριών, ή άλλων υγειονομικών επαγγελματιών και, αφετέρου, στη δυνατότητα επιλογής υγειονομικής μονάδας.
- **Η κοινωνική υποστήριξη:** Η κοινωνική υποστήριξη περιλαμβάνει το δικαίωμα να δέχεται ο ασθενής επισκέψεις συγγενών και φίλων, την άδεια παροχής τροφής ή άλλων ειδών προσωπικής χρήσης από τους συγγενείς και φίλους αν δεν παρέχονται από το νοσοκομείο και την ελευθερία άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων και των εθιμικών παραδόσεων εφόσον δεν παρακωλύουν την λειτουργία του νοσοκομείου ή προσβάλλουν την ευαισθησία των άλλων ατόμων.
- **Το περιβάλλον:** Η επάρκεια του χώρου, της επίπλωσης, του κλιματισμού, του καθαρού νερού, των αποχωρητηρίων, του ιματισμού και των τροφίμων, το καθαρό περιβάλλον και οι εγκαταστάσεις και, τέλος, η τακτικότητα στις διαδικασίες καθορισμού και συντήρησης των κτιριολογικών εγκαταστάσεων, αποτελούν τις βασικές συνιστώσες προσδιορισμού του περιβάλλοντος. (Τομάρας 2009)

2.2. Υποχρεώσεις ασθενών έναντι υπηρεσιών υγείας

Εκτός όμως από τα δικαιώματα που έχει ο κάθε ασθενής έχει και υποχρεώσεις απέναντι στο νοσοκομειακό περιβάλλον.

Συγκεκριμένα ο κάθε ασθενής έχει τις παρακάτω υποχρεώσεις:

- ✓ Να συμμετάσχει ενεργά στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του.
- ✓ Να υπακούει τις επιθυμίες των γιατρών και να συνεργάζεται μαζί τους.
- ✓ Να δίνει πλήρη αναφορά σχετικά με το ιστορικό της υγείας του.

- ✓ Να εκφράζει τα παράπονα του απέναντι στο ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό.
- ✓ Να κατανοεί ότι το προσωπικό είναι άνθρωποι και ότι μπορεί να προσφέρουν θετικά αλλά και αρνητικά αποτελέσματα στην υγεία κάθε ασθενή.
- ✓ Να είναι συνεπής και να σέβεται το νοσοκομειακό περιβάλλον αλλά και τους άλλους ασθενείς.
- ✓ Να είναι συνεπής σε οικονομικά θέματα με το νοσοκομείο.
- ✓ Να υπακούει τους όρους που έχει θέσει το νοσοκομείο, ιδιωτικό ή δημόσιο.
- ✓ Να αναφέρει στην διοίκηση του νοσοκομείου αποτελέσματα μη επαγγελματικής συμπεριφοράς από το ιατρικό-νοσηλευτικό προσωπικό (Ν. 2071 ΦΕΚ 123/92 Α', Άρθρο 47).

Όλα τα παραπάνω αν τα τηρεί κάθε ασθενής, τότε τα νοσοκομεία θα προσφέρουν πιο σωστές υπηρεσίες υγείας οι οποίες θα αναβαθμίσουν την ποιότητα που προσφέρουν τα νοσοκομεία της χώρας μας και δεν θα έχουν να ζηλέψουν σε τίποτα από τα νοσοκομεία άλλων χωρών της Ευρώπης.

2.3. Η επικρατούσα κατάσταση στα νοσοκομεία της χώρας μας

Στο σύγχρονο ανταγωνιστικό περιβάλλον, αναζητείται συνεχώς η γνώμη των καταναλωτών αφού κύριος σκοπός είναι να βελτιωθούν τα παραγόμενα προϊόντα και υπηρεσίες. Οι ασθενείς που λαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας αποτελούν τον πιο σημαντικό καταναλωτή υπηρεσιών, ενώ παράλληλα έχουν και το δικαίωμα έκφρασης ή της αμφισβήτησης (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994). Οι ασθενείς, λοιπόν, μπορούν να εκφράζουν τα παράπονά τους και να δίνουν τις προτάσεις τους ώστε αν τους παρέχεται μια δεύτερη ευκαιρία εξυπηρέτησης.

Συγχρόνως ηθικοί λόγοι επιβάλλουν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών. Σύμφωνα με τον Ιπποκράτη, η ευεξία του ασθενή είναι το σημαντικότερο στοιχείο. Επιβάλλεται, έτσι, αν ενσωματώνεται η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι σημαντική για τους διοικητές και γενικότερα για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, εξαιτίας του ανταγωνισμού και των αυξημένων απαιτήσεων. Η ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να μετρηθεί σε σχέση με το κόστος, αλλά και με τη πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Με τον τρόπο αυτό προσφέρονται νέα δεδομένα στη διαμόρφωση στρατηγικής της υγείας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η διοίκηση μπορεί, επιπλέον, να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση και ενίσχυση του ηθικού των λειτουργών υγείας. Σε περίπτωση που ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών αξιοποιηθεί σωστά, αυτό μπορεί να συνεισφέρει στη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας, αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Επίσης, όταν εκφράζονται οι απόψεις των ασθενών σχετικά με τις υπηρεσίες που λαμβάνουν αλλά και τη ποιότητα της φροντίδας, αυτό αυτόματα δημιουργεί ένα αίσθημα εμπιστοσύνης προς το σύστημα υγείας, ελέγχου της κατάστασης ενθαρρύνοντας την ενεργό συμμετοχή στις θεραπευτικές διαδικασίες (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Μέσα από την μέτρηση της ικανοποίησης των πελατών αξιολογούνται τα μοντέλα συμπεριφοράς των ασθενών και των συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας. Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί για να προσελκύσει τους πελάτες και ασθενείς, στοιχείο marketing των επιχειρήσεων (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να διαμορφώσουν έως ένα βαθμό την αντίληψη των ασθενών για τη φροντίδα υγείας και να συμβάλλουν στη διόρθωση πολλών προβλημάτων. Όταν διερευνάται η ικανοποίηση των ασθενών, παρέχονται πολύτιμες πληροφορίες για τους τομείς της φροντίδας ώστε να προχωρήσει και α δρομολογηθεί η περαιτέρω βελτίωση. Αν το προσωπικό κάνει χρήση των πληροφοριών των ασθενών, μπορεί να γίνουν διορθωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους και θα οδηγήσουν σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία καθώς θα συμμορφωθούν με τις θεραπευτικές οδηγίες, την ταχύτερη ανάρρωση και τη μείωση του χρόνου νοσηλείας (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010• Βενιού & Τεντολούρης, 2013• Καλογεροπούλου, 2011).

Αν και έχουν πραγματοποιηθεί αλλαγές στο χώρο της υγείας, ιδιαίτερα μετά το 1960, οι Έλληνες είναι δυσαρεστημένοι σε δεύτερη θέση ως προς την κατάταξη συγκριτικά με τους ασθενείς των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών, σε ότι αφορά την ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών υγείας. Η αρνητική εικόνα που έχουν για το σύστημα υγείας και το ότι δεν έχουν εμπιστοσύνη στα νοσοκομεία, εκδηλώνεται με την μετακίνηση των ασθενών από τα επαρχιακά στα κεντρικά νοσοκομεία, και συνηθέστερα, ανάλογα με την οικονομική κατάσταση βέβαια των ασθενών, στα νοσοκομεία του εξωτερικού, ή ακόμη στην ιδιωτική παροχή φροντίδας υγείας. Το γεγονός αυτό αποδεικνύει ότι εμπιστεύονται περισσότερο τις ελληνικές, ιδιωτικές κλινικές και αναμένουν από αυτές τη φροντίδα και εξυπηρέτηση που έχουν ανάγκη, παρά από τα ελληνικά, δημόσια νοσοκομεία (Fitzpatrick ET AL, 1998).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονο ενδιαφέρον για την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων και την συγκράτηση του κόστους. Μπορεί ωστόσο να υπάρχουν προσπάθειες, αλλά αυτές δεν συνάδουν με τα αναμενόμενα

αποτελέσματα. Δεν υπάρχουν ολοκληρωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων. Μάλιστα, λίγες είναι οι έρευνες που αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες (Miller–Bader, 1998• Δημητριάδου, συν., 1991• Κυριόπουλος και συν, 2002• Κυριόπουλος και συν, 2003• Πιερράκος & Τομάρας, 2009).

Σήμερα παρατηρείται αυξημένο ενδιαφέρον για την μέτρηση των αποτελεσμάτων από τις ιατρικές και νοσηλευτικές πράξεις και τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών, καθώς αυτή αποτελεί βασικό στοιχείο του αποτελέσματος της φροντίδας υγείας, ως προς την διάσταση της ποιότητας της παροχής των υπηρεσιών της υγείας. Η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα παίζουν καθοριστικό ρόλο στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Συνήθως η ποιότητα των παρεχομένων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών καθορίζει την ποιότητα των νοσηλευτικών υπηρεσιών. Θα πρέπει, λοιπόν, να αναπτυχθούν εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας και να δημοσιευτούν τα αποτελέσματα. Με τον τρόπο αυτό θα ωφεληθούν οι ασθενείς, οι λειτουργοί υγείας και το σύστημα υγείας γενικότερα.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να ποσοτικοποιηθεί με τη χρήση των ερωτηματολογίων ικανοποίησης, απευθυνόμενα σε ασθενείς ώστε με δομημένο τρόπο να εκφράσουν τη γνώμη τους για τις εκδοχές της φροντίδας που λαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών. Παρά τα οφέλη από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, υπάρχουν και κάποιες διαφωνίες που σχετίζονται με τη χρησιμότητα της μέτρησης ως δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Έτσι, η αξία της μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας αμφισβητείται, καθώς υποστηρίζεται ότι προσφέρει περιορισμένη εγκυρότητα και αξιοπιστία (Πιερράκος & Τομάρας, 2009).

Η προσπάθεια μείωσης των πολυάριθμων εισαγωγών στα νοσοκομεία με σκοπό την μείωση του κόστους και τη ψυχολογική αποφόρτιση των ασθενών οδήγησε στην ιδέα να δημιουργηθούν Μονάδες Ημερήσιας Νοσηλείας (MHN) (Brocklehurst, 1973• Shiu et al, 1987• Briscoe & Priebe, 2004). Το κύριο χαρακτηριστικό τους είναι ότι προγραμματίζονται οι εξετάσεις και οι θεραπείες, ενώ πραγματοποιούνται σε αυστηρά χρονικά πλαίσια.

Οι MHN παρέχουν φροντίδα υγείας (πρόληψη, θεραπεία, αποκατάσταση) σε χρόνο που δεν υπερβαίνει την μία ημέρα. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής επιστρέφει έγκαιρα στο σπίτι του χωρίς αν απαιτείται διαμονή του σε κλινική ή νοσοκομείο. Αφορούν κυρίως σε εξωτερικούς ασθενείς, αλλά και σε ασθενείς που νοσηλεύονται σε νοσοκομείο. Οι υπηρεσίες που παρέχουν αφορούν σε χειρουργικές επεμβάσεις (οφθαλμολογικές, ενδοσκοπήσεις, ορθοπεδικές), αντινεοπλασματική θεραπεία, διαγνωστικές εξετάσεις, ψυχιατρικές και γηριατρικές υπηρεσίες, αντιμετώπιση μεταδοτικών νοσημάτων, διαβητολογικά, παιδιατρικά, νευρολογικά προβλήματα, περιπτώσεις γενικής ιατρικής κ.α. Επίσης, τα MHN μπορεί να έχουν είτε δημόσιο είτε ιδιωτικό χαρακτήρα.

Πρόσφατα θεσμοθετήθηκε στην Ελλάδα η ίδρυση και λειτουργία Ιδιωτικών MHN με το άρθρο 33 του Νόμου 4025/2011. Λειτουργούν με ραντεβού ή με έκτακτη εισαγωγή και είναι αυθύπαρκτες στο πλαίσιο του δικτύου Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας ή διασυνδέονται ή αποτελούν τμήματα νοσοκομείου στο πλαίσιο της Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας (Brocklehurst, 1973).

Ο Andrews και οι συνεργάτες του (1970) προτείνουν εσκεμμένα τον όρο *day ward* αντί του όρου *day hospital*, για να δείξουν ότι οι MHN πρέπει να

αποτελούν τμήμα του νοσοκομείου και ότι η στελέχωσή τους και η διοίκηση τους πρέπει να είναι ανάλογες του νοσοκομείου.

Για τις ψυχιατρικές κλινικές ο όρος ΜΗΝ χρησιμοποιείται ως όρος ομπρέλα που αφορά σε περιεκτική διεπιστημονική προσέγγιση των ασθενών (Briscoe & Priebe, 2004). Έτσι, διακρίνονται τέσσερις κατηγορίες ψυχιατρικών ΜΗΝ (Marshall et al, 2001):

(α) έκτακτη ημερήσια νοσηλεία ως εναλλακτική μορφή της έκτακτης εισαγωγής,

(β) μεταβατική ημερήσια νοσηλεία σε ασθενείς που μόλις έφυγαν από το νοσοκομείο,

(γ) κέντρα ημερήσιας φροντίδας με στόχο τη διατήρηση και την αποκατάσταση και

(δ) προγράμματα ημερήσιας θεραπείας με στόχο τη βελτίωση της θεραπείας εξωτερικών ασθενών.

Έτσι, σχετικά με την λειτουργία των ΜΗΝ η έκβαση της θεραπείας δε φαίνεται να διαφέρει σε σχέση με άλλη υπηρεσία υγείας και οι ΜΗΝ φαίνεται να συμβάλλουν στην αποφόρτιση των νοσοκομειακών κλινών. Αν και τα αποτελέσματα δεν είναι ξεκάθαρα για το κόστος καθώς χρειάζεται να λαμβάνονται υπόψη πολλές παράμετροι, υπάρχουν ενδείξεις ότι οι ΜΗΝ μπορούν να μειώσουν το κόστος στις υπηρεσίες υγείας. Επίσης, αν και υπάρχουν προβλήματα ως προς τις ανάγκες των χρηστών, οι ΜΗΝ μπορούν να εγγυηθούν την ασφάλεια και την ποιότητα στις παρεχόμενες υπηρεσίες τους. Το γεγονός αυτό διασφαλίζει μεγαλύτερη ικανοποίηση και εξυπηρετικότητα στο κοινό των ασθενών (Αλεξανδροπούλου & Ζαμπέλλη, 2012).

Σχετικά με την ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες των ΜΗΝ φαίνεται πως είναι ικανοποιημένοι. Ωστόσο, ο βαθμός ικανοποίησής βέβαια εξαρτάται από τον χρόνο (αναμονής, παραμονής, επαφής με τον επαγγελματία υγείας), το φυσικό περιβάλλον (υποδομή, εξοπλισμός), τις δυνατότητες εκπαίδευσης, πληροφόρησης και συμβουλευτικής, τις διαπροσωπικές σχέσεις και από τον προγραμματισμό και την οργάνωση της ΜΗΝ.

Σύμφωνα με ανασκοπήσεις και έρευνες επί του ΜΗΝ, είτε δημόσιου είτε ιδιωτικού, υπερέχει ως υπηρεσία υγείας έναντι άλλων δομών δεδομένου ότι αυτό εξαρτάται από πολλούς παράγοντες. Ωστόσο, δίνει ενδείξεις ότι αποτελεί μια εξίσου αποδοτική, ποιοτική και ασφαλής εναλλακτική λύση (Αλεξανδροπούλου & Ζαμπέλλη, 2012).

Ο εννοιολογικός προσδιορισμός των ΜΗΝ είναι πολύ σημαντικός και χρειάζεται έρευνα προς αυτή την κατεύθυνση. Η διαφοροποίηση στον εννοιολογικό προσδιορισμό μεταξύ των διαφόρων ΜΗΝ χρειάζεται να λαμβάνεται υπόψη στο σχεδιασμό των υπηρεσιών και στην αξιολόγηση τους. Ακολουθεί διαφοροποιημένη φιλοσοφία για το σύστημα λειτουργίας των μονάδων της, τόσο σε επίπεδο φυσικού περιβάλλοντος όσο και σε επίπεδο οργάνωσης, ώστε να μην αποτελέσουν τα «ταχυφαγεία» των υπηρεσιών υγείας. Οι νοσηλευτές μπορούν να συμβάλλουν στο σκοπό αυτό συμμετέχοντας στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας καθώς άλλωστε αποτελούν τον συνδετικό κρίκο μεταξύ συστήματος υγείας και χρηστών υπηρεσιών υγείας.

Είναι γεγονός ότι οι υπηρεσίες υγείας χρειάζεται να είναι αποδοτικές, οικονομικές, ποιοτικές και ασφαλείς. Ωστόσο, υπάρχουν προβληματισμοί για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας και την ασφάλεια ασθενών και προσωπικού σε μια υπηρεσία που λειτουργεί με γνώμονα την ταχύτητα και το κόστος. Το προσωπικό θα πρέπει αν νιώθει ικανοποίηση από την εργασία και

υποστήριξη από τη διοίκηση. Όταν επιτευχθεί αυτό, θα υπάρχει ικανοποίηση και από τους ασθενείς. Άρα, λοιπόν, τα ΜΗΝ χρειάζονται διεπιστημονική προσέγγιση για να πετύχουν τα βέλτιστα αποτελέσματα (Αλεξανδροπούλου & Ζαμπέλλη, 2012).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί τις τελευταίες δεκαετίες σημαντικό μέσο για την αξιολόγηση της ποιότητας των συγκεκριμένων υπηρεσιών. Όταν αποτυπώνονται οι απόψεις των ασθενών για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, τότε μαζί με τις κλινικές μελέτες, (Gourley & Duncan, 1998) προσφέρονται ασφαλή συμπεράσματα για την (αν)επιτυχή λειτουργία διαφορετικών επιπέδων υγειονομικής περίθαλψης.

Τελευταία, ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η καταγραφή της ικανοποίησης των χρηστών από τη φροντίδα που παρέχεται από τις παιδιατρικές υπηρεσίες, αν και η ερευνητική δραστηριότητα ως προς τον κλάδο αυτό είναι ιδιαίτερα περιορισμένη (Halfon et al, 2004).

Παράδειγμα, λοιπόν, αποτελεί μελέτη σχετικά με την καταμέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής. Η εξαγωγή αντικειμενικών συμπερασμάτων από τους άμεσους χρήστες των εν λόγω υπηρεσιών, δηλαδή τα παιδιά, δεν θα μπορούσε να είναι εφικτή, για το λόγο αυτό διερευνήθηκαν οι απόψεις και το επίπεδο ικανοποίησης των συγγενών ή συνοδών των παιδιών ασθενών, οι οποίοι είναι σε θέση, σύμφωνα με μελέτες (Weech-Maldonado et al, 2001), να αξιολογήσουν τις διαδικασίες, το προσωπικό και την ευρύτερη φροντίδα που απολαμβάνουν τα παιδιά από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Τα ερευνητικά αποτελέσματα της μελέτης αυτής έδειξαν ότι οι υπηρεσίες του εν λόγω νοσοκομείου αφήνουν ικανοποιημένο το σύνολο των χρηστών των υπηρεσιών του. Ωστόσο, διαπιστώθηκαν συγκεκριμένοι τομείς, οι οποίοι, σύμφωνα με το ερωτηθέν δείγμα, χρήζουν ποιοτικής βελτίωσης και αναβάθμισης. Συγκεκριμένα, στις ιατρικές υπηρεσίες, αν και οι συνοδοί δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι, αξιολόγησαν με υψηλότερο βαθμό τις οδηγίες που τους δόθηκαν από τους ιατρούς για την αντιμετώπιση της ασθένειας, απ' ό, τι εκείνες της ενημέρωσης. Η σχέση ιατρού-ασθενούς, είτε αφορά στην ενημέρωση για την πορεία της νόσου είτε για μετα-νοσοκομειακή φροντίδα του ασθενούς και αποτελεί έναν σημαντικό παράγοντα που επηρεάζει την τελική ικανοποίηση του χρήστη (Snell, 1996).

Σύμφωνα άλλωστε με τους Steven και Douglas, (1998) η επικοινωνία ασθενούς-ιατρού και η πληροφόρηση για την ασθένεια αποτελούν εξίσου σημαντικούς παράγοντες καθορισμού της ικανοποίησης, όπως και η πρόσβαση και η διαθεσιμότητα των υπηρεσιών. Δεδομένου ότι όσο αυξάνεται ο χρόνος που αφιερώνει ο ιατρός στην ενημέρωση και εξέταση του ασθενούς, αυξάνεται παράλληλα και η ικανοποίηση του τελευταίου, κρίνεται σκόπιμο να αναπτύσσονται πολιτικές που στοχεύουν στην αναλυτική ενημέρωση για την εξέλιξη της ασθένειας και την αντιμετώπισή της.

Ως προς τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, οι συνοδοί ήταν αρκετά ικανοποιημένοι, αλλά η αξιολόγηση των εν λόγω υπηρεσιών ήταν χαμηλότερη από τις αντίστοιχες ιατρικές. Το γεγονός αυτό οφείλεται στην επαφή και την τριβή που αναπτύσσει το εν λόγω προσωπικό με τους ασθενείς, η οποία είναι συχνότερη από εκείνη που αναπτύσσεται με τους ιατρούς. Η παροχή φροντίδας από το δυναμικό του νοσοκομείου και κυρίως από το νοσηλευτικό φαίνεται ότι επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση, ενώ οι ασθενείς συνηθίζεται να εκφράζουν χαμηλότερη ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με το ιατρικό (Carmel, 1985).

Τέλος, όταν το ιατρικό ή το νοσηλευτικό προσωπικό νιώθει κόπωση και εξάντληση γεγονός που προφανώς φαίνεται και στους πελάτες- ασθενείς τους, αυτό έχει αντίκτυπο αρνητικό στην ικανοποίηση του ασθενούς (Leiter et al, 1998). Όσον αφορά στην αξιολόγηση των διοικητικών υπηρεσιών, οι συνοδοί των ασθενών έμειναν πολύ ικανοποιημένοι όταν το διοικητικό προσωπικό επιδεικνύει ευγένεια και κατανόηση. Ωστόσο, πρέπει να σημειωθεί ότι υπάρχουν σημαντικά περιθώρια βελτίωσης στον τομέα της εξυπηρέτησης, καθώς η πλειοψηφία των συνοδών που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο δήλωσε απλά ικανοποιημένη από τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες σε αυτόν τον τομέα. Εκτιμάται ότι ως προς την εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο θα ήταν χρήσιμο να βελτιωθεί ο χρόνος αναμονής, καθώς, σύμφωνα με το δείγμα, είναι ένα σημαντικό πρόβλημα που καταστέλλει την εξυπηρέτηση των ασθενών οι οποίοι ίσως έχουν άμεση ανάγκη ίασης. Μια πλήρης καταγραφή των διαδικασιών και η αναζήτηση των αιτιών που προκαλούν την καθυστέρηση θα αποτελούσε έναν τρόπο αντιμετώπισης του παρόντος προβλήματος.

Η συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσοκομείου, μέσω του υπολογισμού του δείκτη αξιολόγησης των υπηρεσιών του νοσοκομείου «πριν και μετά από τη χρήση», αποδεικνύει ότι οι συνοδοί των ασθενών έμειναν τελικά περισσότερο ικανοποιημένοι συγκριτικά με αυτό που προσδοκούσαν. Είναι, ωστόσο, προφανές ότι υπάρχει κάποιο έλλειμμα τόσο στην προσέγγιση των χρηστών του νοσοκομείου κατά την είσοδό τους σε αυτό όσο και στην επικοινωνιακή πολιτική του νοσοκομείου στην κοινωνία γενικότερα. Οι εργαζόμενοι του νοσοκομείου –ειδικά στις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες– αξιολογούνται με αρκετά υψηλό βαθμό από τους χρήστες των υπηρεσιών, γεγονός που, τελικά, βελτιώνει τη συνολική εικόνα του νοσοκομείου. Αντίθετα, οι υποδομές του νοσοκομείου επηρεάζουν αρνητικά την ικανοποίηση του χρήστη, γεγονός που πιστοποιείται τόσο από τη βαθμολογία που έδωσαν στην πενταβάθμια κλίμακα Likert αναφορικά με τις έρευνες και την μελέτη των ερωτηματολογίων ικανοποίησης των ασθενών, όσο και από την καταγραφή της

άποψής τους στην ανοικτή ερώτηση, σύμφωνα με την οποία η ανακαίνιση των υποδομών αποτελεί, κατά τους συνοδούς, προτεραιότητα υψηλής ιεράρχησης.

Συνοψίζοντας, εκτιμάται ότι, τελικά, οι χρήστες του νοσοκομείου μένουν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες του. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι όταν οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση εάν θα συνέστηναν το νοσοκομείο σε κάποιο δικό τους άνθρωπο με παρόμοιο πρόβλημα υγείας, οι περισσότεροι από τους ερωτηθέντες απαντούν θετικά (Παπαγιαννοπούλου και συν, 2008).

Τι είναι τελικά αυτό που επιθυμούν οι ασθενείς; Καταφέρνουν τα άτομα που ασχολούνται με τον τομέα των υπηρεσιών υγείας να ανταποκριθούν στις προσδοκίες των ασθενών τους; Οι απαντήσεις στα παραπάνω ερωτήματα προσπαθούν να δοθούν μέσω του μανάτζμεντ ολικής ποιότητας.

Η επιστήμη αυτή δημιούργησε από την δεκαετία του '90 μια νέα φιλοσοφία για τον τομέα της υγείας, χάρη στην οποία η εκπλήρωση των πελατειακών προσδοκιών θεωρήθηκε ένας από τους βασικότερους στόχους της σύγχρονης ιατρικής (Susman, 1994). Ωστόσο, η έρευνα που αφορά την ικανοποίηση των ασθενών στον τομέα των υπηρεσιών υγείας εμφανίστηκε από τα τέλη του 1960. Από το 1960, λοιπόν, ως την δεκαετία του '90 παρουσιάστηκε ένας σημαντικός αριθμός δημοσιεύσεων για το συγκεκριμένο θέμα.

Στην αρχή, η ικανοποίηση των ασθενών θεωρούνταν ότι επιτυγχάνεται μέσω κάποιων ενεργειών που είχαν ως στόχο επιθυμητά βάσει των επιθυμιών των ασθενών κλινικά αποτελέσματα. Τέτοιου είδους ενέργειες ήταν για παράδειγμα η τήρηση των ραντεβού που έκλειναν οι ασθενείς με τον γιατρό τους ή η συμμόρφωση του ασθενούς με μια συγκεκριμένη θεραπεία. Εντούτοις, άρχισε

σταδιακά η πελατειακή ικανοποίηση να θεωρείται μια ανεξάρτητη μεταβλητή, σύμφωνα με την οποία οι απόψεις των ασθενών έγιναν ένα χρήσιμο εργαλείο για τον έλεγχο και την βελτίωση της ποιότητας στον τομέα των υπηρεσιών υγείας (Hendriks et al., 2002). Εξαιτίας αυτής της αλλαγής, τα διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα, από τα μεγάλα ιδιωτικά μέχρι τα δημόσια νοσοκομεία, απέκτησαν μια καινούργια πολιτική εστιασμένη στην πελατειακή ικανοποίηση.

Τα βασικότερα στοιχεία, τα οποία συνέβαλλαν στην αλλαγή του συστήματος υγείας παρέχουν την κατάλληλη πληροφόρηση για την ικανοποίηση των ασθενών. Ορισμένα από αυτά τα στοιχεία είναι ότι οι ασθενείς μπορούν να κρίνουν την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρέχεται, εκφράζουν τις προτιμήσεις τους σχετικά με την περίθαλψη τους και συγκρίνουν τις διάφορες υπηρεσίες υγείας με βάση την κοινή λογική.

Πολλοί άλλοι συγγραφείς έχουν αναφέρει τα χαρακτηριστικά εκείνα που συγκροτούν έναν ιδανικό γιατρό ή ακόμη και τα στοιχεία εκείνα που συμβάλλουν στην βελτίωση της ικανοποίησης των ασθενών. Ο Carr-Hill (1992), για παράδειγμα, αναφέρει επτά διαστάσεις της γενικότερης πελατειακής ικανοποίησης, προσαρμοσμένες στον τομέα των υπηρεσιών υγείας.

Οι διαστάσεις αυτές προέκυψαν από το Εθνικό Συμβούλιο Καταναλωτών της Αγγλίας και είναι οι εξής:

- Πρόσβαση (access),
- επιλογή (choice),
- πληροφόρηση (information),
- ετοιμότητα (readiness),

- ασφάλεια (safety),
- αξία χρημάτων (value for money), και
- ισότητα (equity).

Οι Hall και Dornan (1988) ανέπτυξαν και έναν τρόπο ταξινόμησης της ικανοποίησης, ο οποίος περιλαμβάνει διαστάσεις, όπως η ανθρωπιά (humanness), η ενημερότητα (informativeness), η γενική ποιότητα (overall quality), η γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα (overall technical competence), οι γραφειοκρατικές διαδικασίες (bureocratic procedures), η πρόσβαση (access), το κόστος (cost), οι φυσικές παροχές (physical facilities), η συνοχή (continuity), τα αποτελέσματα (outcomes), και ο χειρισμός των μη ιατρικών προβλημάτων (handling of nonmedical problems), (Susman, 1994). Τα συμπεράσματα των παραπάνω ερευνητών παρουσιάζονται συνοπτικά και στον παρακάτω πίνακα (Πίνακας 1)

ΠΙΝΑΚΑΣ 1: Οι διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών .

1.Πρόσβαση	7.Ετοιμότητα
2.Πληροφόρηση	8. Επιλογή
3.Αξία χρημάτων	9.Ανθρωπιά
1.Πρόσβαση	10.Γενική τεχνική ανταγωνιστικότητα
2.Ενημερότητα	11.Γραφειοκρατικές διαδικασίες
3.Κόστος	12.Φυσικές παροχές
4.Ασφάλεια	13.Συνοχή
5.Γενική ποιότητα	14.Αποτελέσματα
6.Ισότητα	15.Χειρισμός μη ιατρικών προβλημάτων

Πηγή: Carr-Hill (1992)•Hall & Dornan (1988)

Συμπερασματικά, βάσει της γενικότερης βιβλιογραφίας για το θέμα της ικανοποίησης των ασθενών, παρατηρείται ότι δεν υπάρχει μια κοινά αποδεκτή ομάδα διαστάσεων για κάθε ερευνητή. Ορισμένοι ερευνητές θεωρούν ότι υπάρχουν μόνο επτά διαστάσεις, ενώ άλλοι πιστεύουν ότι υπάρχουν περισσότερες. Επίσης, κάποιοι χρησιμοποιούν πιο συγκεκριμένες διαστάσεις, όπως η ασφάλεια, ενώ άλλοι αναφέρονται σε πιο αφηρημένες, όπως η γενική ποιότητα. Ωστόσο, υπάρχει σύγκλιση απόψεων για ορισμένες από αυτές όπως η πρόσβαση, η πληροφόρηση-ενημερότητα και η αξία χρημάτων-κόστος.

Ο MCBride και οι συνεργάτες του (1994), μέσω μιας έρευνας που πραγματοποίησαν, συνέβαλαν στην επίλυση ενός σύνθετου και πολύπλοκου θέματος: Την εκτίμηση των πελατειακών προσδοκιών και την εναρμόνιση τους με τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας. Η έρευνα αυτή πραγματοποιήθηκε τηλεφωνικά και οι ερευνητές έπρεπε να έχουν κατά νου επτά διαφορετικές παραμέτρους ιατρικής φροντίδας. Οι ασθενείς-ερωτώμενοι καλέστηκαν να βαθμολογήσουν την κάθε παράμετρο σύμφωνα με το πόσο σημαντική ήταν κατά την προσωπική τους άποψη και έπειτα σύμφωνα με το πόσο καλά την εκτελούσαν οι γιατροί τους. Τα αποτελέσματα στη συνέχεια συγκρίθηκαν με αυτά μιας δεύτερης έρευνας που διενεργήθηκε σε γιατρούς. Μετά την ανάλυση των αποτελεσμάτων προέκυψε ότι οι ασθενείς θεώρησαν την διάγνωση και την αντιμετώπιση μιας ασθένειας ως την πιο σημαντική παράμετρο. Ακολούθησε η στενή επικοινωνία με τον ασθενή και τα ζητήματα ηθικής. Στη συνέχεια βαθμολόγησαν τις επιδόσεις των γιατρών τους στις τρεις αυτές παραμέτρους με άριστα, ενώ χαμηλότερη βαθμολογία είχαν τα θέματα αυτά σε σχέση με το οικονομικό κόστος. Οι μαιευτήρες και οι γυναικολόγοι συγκέντρωσαν τις υψηλότερες βαθμολογίες, ενώ οι γενικοί ιατροί τις χαμηλότερες. Οι ίδιοι οι γιατροί βαθμολόγησαν με τα υψηλότερα σκορ την εκπαίδευση τους όσον αφορά την διάγνωση και την αντιμετώπιση μιας ασθένειας. Την χαμηλότερη βαθμολογία είχε η εκπαίδευση τους σε θέματα οικονομικού κόστους και πρόγνωσης.

Παρόλο που προέκυψαν κοινά αποτελέσματα μεταξύ των δύο ερευνών, δεν θα ήταν σωστό να γίνει σύνδεση μεταξύ αυτών, γιατί διεξήχθησαν σε διαφορετικές χρονικές στιγμές και με διαφορετικές ερευνητικές μεθόδους. Επίσης, ο βαθμός ανταπόκρισης και στις δύο έρευνες ήταν σχετικά χαμηλός και η γενίκευση των αποτελεσμάτων τους παραμένει αβέβαιη. Η βαθμολόγηση των ασθενών όσον αφορά την σημαντικότητα των παραμέτρων ήταν ασυνήθιστα υψηλή, όπως υπερβολική ήταν και η εκτίμηση της ικανότητας του προσωπικού τους ιατρού. Ακόμη, αμφισβητείται και η ικανότητα των ασθενών να προσδιορίσουν με ακρίβεια την ειδίκευση ενός ιατρού, ειδικά όταν πρόκειται για οικογενειακούς, γενικούς ιατρούς ή παθολόγους.

Παρά, όμως, αυτούς τους περιορισμούς, η παραπάνω έρευνα προτείνεται για την εκτίμηση των προσδοκιών των ασθενών και της ικανοποίησής τους. Η γνώση των δύο αυτών στοιχείων είναι απαραίτητη για την εκπαίδευση των ιατρών και τη βελτίωση του συστήματος υγείας (Susman,1994).

Ωστόσο, παρά τις θεωρητικές βάσεις επί του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τα νοσοκομεία ή τις ιδιωτικές κλινικές, εύστοχο και τεκμηριωμένο είναι να γίνει ανασκόπηση σε έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών, βάσει έγκυρων επιστημονικών ερευνών και των ευρημάτων αυτών, όπως ακολουθεί παρακάτω.

Σύμφωνα με έρευνα του Νιάκα και Γναρδέλλη (2000) στο Γενικό περιφερειακό Νοσοκομείο της Αθήνας, φάνηκε ότι το επίπεδο της ικανοποίησης των ασθενών από το εν λόγω Νοσοκομείο, από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ήταν υψηλό. Η ικανοποίηση των ασθενών επικεντρώθηκε περισσότερο από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες, αλλά και από την ενημέρωση που είχαν οι ασθενείς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους και οδηγίες κατά την έξοδό τους από τα νοσοκομεία. Το δείγμα της έρευνας αποτελούνταν από ηλικίας 45 ετών κατά

μέσο όρο, απόφοιτοι στοιχειώδους εκπαίδευσης, μόνιμοι κάτοικοι του λεκανοπεδίου Αττικής και με κύριο ασφαλιστικό ταμείο τους το ΙΚΑ. Η πλειοψηφία, λοιπόν δήλωσε ότι ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν, από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες και από την επιστημονική δεξιότητα των ιατρών και νοσηλευτών. Μάλιστα, υπερέχει η ικανοποίηση των νοσηλευομένων από το ιατρικό συγκριτικά με το νοσηλευτικό προσωπικό. Διαφοροποιήσεις δεν σημειώθηκαν ως προς το φύλο, αλλά ως προς το μορφωτικό επίπεδο, καθώς νοσηλευόμενοι της έρευνας που είχαν χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο δήλωσαν περισσότερο ευχαριστημένοι. Επίσης, φάνηκε ότι όσο αυξάνεται η ηλικία, αυξάνεται και η ικανοποίηση που νιώθουν από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου που έλαβαν. Τέλος, κάτοικοι επαρχίας δήλωσαν μεγαλύτερη ικανοποίηση.

Σύμφωνα με την έρευνα του Καμπάνταη και Νιάκα (2004) σε Κοινοτικό κέντρο Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα, τα αποτελέσματα φαίνεται να συγκλίνουν συγκριτικά με την προηγούμενη έρευνα σε δημόσιο νοσοκομείο της Αθήνας. Συγκεκριμένα, το φύλο δεν επηρέασε την άποψή του σχετικά με την ικανοποίηση που ένιωσαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους στο κοινοτικό κέντρο ψυχικής υγείας. Ωστόσο, η ηλικία επηρέασε τη δήλωσή τους, καθώς όσο αυξανόταν η ηλικία των ερωτώμενων, τόσο αυξανόταν και η ικανοποίηση που ένιωθαν από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες που έλαβαν. Ταυτόχρονα, νοσηλευόμενοι με χαμηλό μορφωτικό επίπεδο, διαζευγμένοι, κάτοικοι επαρχίας και ανύπαντροι δήλωσαν ικανοποιημένοι σε μεγαλύτερο βαθμό συγκριτικά με τις άλλες κατηγορίες των νοσηλευομένων. Γενικότερα, όλοι οι νοσηλευόμενοι δήλωσαν δυσαρεστημένοι από τις διοικητικές υπηρεσίες. Συμπερασματικά, από την έρευνα που έγινε, φαίνεται ότι ήταν ως επί των πλείστων υψηλό το επίπεδο της ικανοποίησης των νοσηλευομένων και αυτό έγκειται στην επικοινωνία και την κατανόηση με το θεραπευτικό προσωπικό. Η ικανοποίηση που ένιωσαν για την φροντίδα που έλαβαν ήταν μεγαλύτερη, συγκριτικά με το κλινικό έργο, ενώ δήλωσαν δυσαρεστημένοι από την υποδομή και τις διοικητικές υπηρεσίες (πρόσβαση, λίστα αναμονής, διαχείριση υπηρεσιών). Τέλος, αξίζει να αναφερθεί

ότι νοσηλευόμενοι με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο δήλωσαν λιγότερο ικανοποιημένοι και αυτό λόγω των προσδοκιών που έχουν.

Στην Ελλάδα παράλληλα με τα δημόσια, λειτουργούν και τα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, δίνοντας τη δυνατότητα στους πολίτες να επιλέξουν προμηθευτές υγείας, αλλά και για την ταχύτερη πρόσβαση στις υπηρεσίες αυτές (Γείτονα, 2001). Θεωρητικά κοινό σημείο των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων είναι ο στόχος τους που δεν είναι άλλος από το να συμβάλλουν αποτελεσματικά στην καταπολέμηση της αρρώστιας και στην προστασία της υγείας.

Τα δημόσια νοσοκομεία θέτουν ως προτεραιότητα την κάλυψη των αναγκών των ασθενών λειτουργώντας βάσει κοινωνικής πολιτικής ισότητας. . Στα ιδιωτικά, από την άλλη, κυρίαρχος στόχος είναι το κέρδος. Συνάπτουν ευνοϊκούς όρους συμβάσεων με τα ασφαλιστικά ταμεία, πραγματοποιούν δημόσιες σχέσεις, και ελαχιστοποιούν κατά το δυνατόν το κόστος νοσηλείας (Τούντας, 2006).

Με γνώμονα τον κεντρικό πυρήνα “καθορισμός στόχων – επιλογή μεθόδων προσέγγισης”, η υλοποίηση του σχεδιασμού, για την επίλυση συγκεκριμένων προβλημάτων, ακολουθεί διαδικασίες και στάδια. Το νοσοκομείο κάνει αξιολόγηση των αδυναμιών του βάσει των χαρακτηριστικών του (Καριώτης, 1992).

Στο δημόσιο νοσοκομείο συλλέγονται και επεξεργάζονται στοιχεία σχετικά με τη ζήτηση υπηρεσιών υγείας, με τις αδυναμίες της παροχής συγκεκριμένων υπηρεσιών σύμφωνα με το νοσολογικό προφίλ, την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών, την κάλυψη της ζήτησης και άλλα.

Στα ιδιωτικά νοσηλευτήρια, σύμφωνα με την απόδοση της επένδυσης, σχεδιάζεται η ανάλογη χωροταξική υποδομή, και μάλιστα σε απόσταση από δυσπρόσιτες περιοχές (Τούντας, 2006). Χτίζονται δομές επικοινωνίας με τους ασφαλιστικούς φορείς για την κάλυψη των εξόδων, ώστε να προβλεφθούν πιθανά, μελλοντικά συμβάματα (Ellencweig, 1992). Αξιολογούνται επίσης οι χρόνοι συγκοινωνίας, οι αποστάσεις από το νοσοκομείο, το κόστος μεταφοράς και γενικά η προσβασιμότητα (Ζηλίδης, 1995).

Σημαντική είναι και η εξέταση της επάρκειας των ανθρώπων και των υλικών σε συμφωνία με τους στόχους που θέτουν τα νοσηλευτήρια. Τα δημόσια νοσοκομεία έχουν σχεδιαστεί με βάση τις ανάγκες του μόνιμου πληθυσμού (Μπουρσανίδης και συν, 1992) και δεν υπολογίζεται η μεγαλύτερη κίνησή τους για ένα μεγάλο χρονικό διάστημα (καλοκαιρινή περίοδος σε τουριστικές περιοχές), όπου προφανώς απαιτείται περισσότερο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό (Ιατροί συγκεκριμένων ειδικοτήτων, νοσηλευτές, διοικητικοί υπάλληλοι, βοηθητικό προσωπικό). Επίσης σε επίπεδο κτιριακής υποδομής, δεν υπάρχουν οι άριστες προδιαγραφές, συγκριτικά με τα δημόσια νοσοκομεία των υπόλοιπων ευρωπαϊκών χωρών. Επίσης, το σύστημα προμηθειών στο δημόσιο νοσοκομείο είναι πολύπλοκο και εκτεταμένο (Mc Cormick, 1974).

Αντίθετα, στις ιδιωτικές μονάδες υπάρχουν κτιριακές υποδομές που απαιτούνται, καθώς αποβλέπουν στην αύξηση εσόδων από την αύξηση των “πελατών” και σίγουρα η προσέλευσή τους στηρίζεται στην ικανοποίηση ακόμη και από την θέα του κτηρίου όπου επρόκειτο να νοσηλευτούν

Οι προσλήψεις εργαζομένων, ακόμα και συμβασιούχων, απαιτούν διαδικασίες ιδιαίτερα χρονοβόρες στο δημόσιο. Επιπροσθέτως εκτός από την πρόβλεψη του απαραίτητου προσωπικού, υπάρχει και η ανάγκη επιλογής του κατάλληλου προσωπικού. Η “ανάλυση εργασίας” ως διαδικασία χαρακτηριστικών του εργαζόμενου (Μπαϊρακτάρης και συν, 2006) η χρήση βιογραφικού ή η συνέντευξη είναι μέθοδοι και τακτικές οι οποίες εφαρμόζονται μόνον στον ιδιωτικό τομέα για την πρόσληψη του προσωπικού.

Ως προς την εφαρμογή του προγραμματισμού, στα δημόσια νοσοκομεία χρονική απόσταση μεταξύ της απόφασης για υλοποίηση και της πραγματοποίησής της (Υπουργείο – ΔΥΠΕ – Νοσοκομείο). Παράδειγμα αποτελούν τα επιχειρησιακά σχέδια επί μέρους υγειονομικών μονάδων του Α΄ και Β΄ ΠΕΣΥ Κεντρικής Μακεδονίας που παρόλο που εγκρίθηκαν, δεν υλοποιήθηκαν ή δεν ελέγχθηκαν τα αποτελέσματα και δεν αξιολογήθηκαν οι επιπτώσεις τους (Calvert, 1980).

Σε αντίθεση, σ΄ ένα ιδιωτικό νοσηλευτήριο, οι αποφάσεις λαμβάνονται από ένα Διοικητικό Συμβούλιο, σε σύντομο χρονικό διάστημα και με τις εργασίες να ξεκινούν άμεσα. Βέβαια οι δομές που θα δημιουργηθούν σ΄ ένα δημόσιο νοσοκομείο θα διατηρηθούν σε βάθος χρόνου, ενώ σε ένα ιδιωτικό, επειδή η διοίκηση σχετίζεται με την υπάρχουσα παροχή υπηρεσιών, αλλά και με το εκτιμώμενο επίπεδο των μελλοντικών αναγκών, υπάρχει περίπτωση να ξεκινήσει ένας νέος κύκλος σχεδιασμών.

Υπολογίζοντας το κόστος και το όφελος, προβλέπονται διαδικασίες συγκέντρωσης στοιχείων, κίνησης πληρωμών, αποζημιώσεων. Το λογιστικό σύστημα του δημόσιου νοσοκομείου βασίζεται σε απλή καταγραφή εσόδων και εξόδων και όχι στο διπλογραφικό σύστημα παρά την καθιέρωσή του Π.Δ 146 ΦΕΚ 122Α 21/5/2003. Αντίθετα, στον ιδιωτικό τομέα, γίνεται ανάλυση με βάση την χρονική περίοδο των εξόδων και εσόδων. Όλες αυτές οι διαφορές, λοιπόν, συμβάλλουν στην αίσθηση της ικανοποίησης των ασθενών από το δημόσιο ή ιδιωτικό νοσηλευτήριο και ταυτόχρονα δικαιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών από τα ιδιωτικά νοσοκομεία ως προς την εξυπηρέτηση και τις υπηρεσίες, αλλά δυσαρέσκεια ως προς την οικονομική ικανοποίηση των πελατών- νοσηλευομένων (Μόσιαλος & Θεοδώρου, 2003).

Κλείνοντας την ανασκόπηση, έρευνα έγινε και από τον Σουλιώτη και τους συνεργάτες του (2002) με θέμα “Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: Αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών” που έγινε με τηλεφωνικές συνεντεύξεις που διεξήχθησαν

σε δείγμα πληθυσμού 350 ατόμων (175 άνδρες και 175 γυναίκες) ηλικίας 15-65 ετών, στην περιοχή της Αθήνας. Στη συγκεκριμένη έρευνα βρέθηκε ότι η ικανοποίηση από τα νοσοκομεία του ΕΣΥ κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα προβλήματα που υπάρχουν και σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και την συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

2.3.1. Δημόσια νοσοκομεία

Όσον αφορά την κατάσταση στα δημόσια νοσοκομεία της Ελλάδας τα τελευταία χρόνια, θα λέγαμε ότι η πρόσφορα δεν καλύπτει την ζήτηση (Λαδά – Χαντζοπούλου, 1978).

Συγκεκριμένα, στην σημερινή Ελλάδα τα δημόσια νοσοκομεία συγκεντρώνουν το 70% του συνόλου των κλινών. Όμως ο αριθμός αυτός δεν είναι ικανός να καλύψει την συνεχώς αυξανόμενη ζήτηση. Την δεκαετία του '80 (1980) το πρόβλημα στα δημόσια νοσοκομεία γιγαντώθηκε καθώς υπήρξε σημαντική μείωση στην ζήτηση των ιδιωτικών κλινικών. Αυτό ήταν και η αφορμή να αυξηθούν τα δημόσια νοσοκομεία αλλά και πάλι δεν μπόρεσαν να καλύψουν την ζήτηση. Ο αριθμός των κλινών 1000 κάτοικων έπεσε από 5,26% το 1986 σε 5,08% το 1990, ποσοστό πολύ χαμηλότερο από άλλες χώρες της Ευρώπης, ενώ το ποσοστό πληρότητας ξεπερνά το 90% (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Σε πολλά δημόσια νοσοκομεία, κυρίως περιφερειακά, υπήρχε έλλειψη κατάλληλου ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού με αποτέλεσμα να μην μπορούν να αντιμετωπίσουν σοβαρά και δύσκολα περιστατικά. Έτσι, η πληρότητα σε αυτά τα νοσοκομεία πέφτει σε ποσοστό 40%-60%. Επίσης, στα κεντρικά νοσοκομεία, κυρίως πανεπιστημιακά, υπάρχουν μεγάλες ουρές με ασθενείς σε ανάγκη που τίθενται σε αναμονή (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Επομένως, τα δημόσια νοσοκομεία δεν μπορούν να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών που υπάρχουν στην Ελλάδα. Παρόλο που υπάρχουν πολλά δημόσια νοσοκομεία τόσο στις μεγάλες πρωτεύουσες της Ελλάδας όσο και σε μικρότερες, δεν παρέχουν τον κατάλληλο εξοπλισμό τόσο σε τεχνολογία όσο και σε ανθρώπους, ώστε να καλύψουν τις ανάγκες των ασθενών. Αυτό είναι το σοβαρότερο πρόβλημα που υπάρχει στα δημόσια νοσοκομεία που ακόμη και σήμερα δεν έχει λυθεί (Ζηλίδης, 1988).

2.3.2. Ιδιωτικά νοσοκομεία

Όσον αφορά τα ιδιωτικά νοσοκομεία στη χώρα μας, το πρόβλημα δημιουργήθηκε την δεκαετία του 80 (1980) λόγω της ακολουθούμενης πολιτικής που είχε σκοπό την ενίσχυση του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Συγκεκριμένα, βάση του νομού 1397/83, σταμάτησε η χορήγηση αδειών για την ίδρυση νέων κλινικών και την επέκταση των ήδη υπαρχόντων.

Μετά από δέκα χρόνια, βάση του Προεδρικού Διατάγματος 247/91 επιτράπηκε ξανά η ίδρυση, η λειτουργία και η μεταβίβαση ιδιωτικών κλινικών καθώς επίσης και η δημιουργία ανεξάρτητων διαγνωστικών μονάδων μέσα σε αυτές (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Αργότερα προστέθηκε και το προεδρικό διάταγμα 517/91 το οποίο θέτει νέες, αυστηρότερες προδιαγραφές οικοδομής και εξοπλισής των ιδιωτικών κλινικών. Ουσιαστικά θα λέγαμε ότι οι ιδιωτικές κλινικές είναι μικρές νοσηλευτικές μονάδες που οι περισσότερες διαθέτουν μικρό αριθμό κλινών. Ο μέσος Όρος κλινών στα ιδιωτικά νοσοκομεία είναι 77 (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ιδιωτικών κλινικών εξαρτάται από την δημόσια ασφάλεια, η οποία χαμηλώνει το κόστος που πρέπει καταβάλουν οι ασθενείς για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το κάθε νοσοκομείο. Τις περισσότερες φορές τα ιδιωτικά νοσοκομεία δεν συνεργάζονται με ιδιωτικούς οργανισμούς ασφάλισης για το λόγο ότι δεν προσφέρουν υψηλή ποιότητα υπηρεσιών (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009).

Λοιπόν, έτσι οι ιδιωτικές κλινικές χωρίζονται σε δυο κατηγορίες:

✓ Στην πρώτη κατηγορία ανήκει το μεγαλύτερο ποσοστό αυτών των κλινικών, δηλαδή οι κλινικές όπου η βιωσιμότητα τους είναι οριακή λόγω του ότι αδυνατούν να καλύψουν την συνεχόμενη αύξηση της ζήτησης για υψηλή ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Στην πλειοψηφία τους αυτές οι κλινικές εξαρτώνται κυρίως από τα διάφορα δημόσια ταμεία όπου και οι τιμές είναι χαμηλότερες από τις υπηρεσίες που προσφέρουν, και σε συνδυασμό με την έλλειψη που υπάρχει στα κονδύλια, δεν είναι δυνατόν να πραγματοποιηθεί αναβάθμιση στο ξενοδοχειακό ιατρικό και τεχνολογικό εξοπλισμό. Ο συνδυασμός όλων αυτών δυσκολεύει κατά πολύ την προσαρμογή τους με τους κανόνες που πρέπει να τηρούν για να εξακολουθούν να επιβιώνουν.

✓ Στην δεύτερη κατηγορία ανήκουν οι κλινικές, λίγες στον αριθμό, που έχουν μεγάλη δύναμη και κυρίως βρίσκονται στην πρωτεύουσα της Ελλάδας και στην συμπρωτεύουσα. Οι κλινικές αυτές είναι εξοπλισμένες με την υπογραφή της τελευταίας τεχνολογίας όσον αφορά τόσο τον ξενοδοχειακό εξοπλισμό όσο και τον ιατρικό εξοπλισμό αλλά και την κατάλληλη παροχή έμπειρου και κατάλληλου ιατρικού-νοσηλευτικού προσωπικού. Αυτές οι κλινικές είναι πιο ανταγωνιστικές στο εσωτερικό της χώρας μας αλλά και στο εξωτερικό. Πρέπει να σημειωθεί ότι σε αυτές τις κλινικές δεν υπάρχει μεγάλη ζήτηση για το λόγο ότι συνήθως δεν συνεργάζονται με τα διάφορα δημόσια ταμεία. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα το υψηλό κόστος σε διαμονή αλλά και στην περίθαλψη του ασθενή (Ανδριώτη, 1988).

Τα ιδιωτικά νοσοκομεία, λοιπόν, στην Ελλάδα παρέχουν πιο κατάλληλο συνδυασμό παροχής υπηρεσιών υγείας, αλλά αυτό δεν καθίσταται ικανό να δημιουργήσει τις προϋποθέσεις πλήρους ζήτησης καθώς απαιτεί περισσότερο κόστος (Ζηλίδης, 1988).

2.4. Σύγκριση της κατάστασης στα ιδιωτικά και στα δημόσια νοσοκομεία

Στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια ο ιδιωτικός τομέας, όσο αφορά την παροχή υπηρεσιών υγείας βρίσκεται σε συνεχή ανάπτυξη. Η ίδρυση μιας ιδιωτικής κλινικής προσφέρει καθαρό κέρδος σε σύγκριση με την κατάσταση της ελληνικής οικονομίας και αποτελεί ένα θετικό στοιχείο όσον αφορά τον επιχειρηματικό κλάδο.

Στη χώρα μας, η δημιουργία των ιδιωτικών κλινικών ξεκίνησε στα μέσα της δεκαετίας του '70. Συγκεκριμένα, ιδρύθηκε η μαιευτική κλινική *Μητέρα* και το διαγνωστικό θεραπευτικό κέντρο υγείας, και αργότερα τα *εργαστήρια της Βιομετρικής*, το *ιατρικό κέντρο Αθήνας*, το *Euromedica* και το *ΙΑΣΩ*. Παράλληλα, υπήρξαν ολιγομελής ομάδες ιατρών, οι οποίες παρείχαν υπηρεσίες υγείας από όλες τις ειδικότητες. Αυτές οι ομάδες δημιούργησαν τα πολύ-ιατρεία, με σκοπό να προσελκύσουν πελάτες, να ανταλλάξουν υπηρεσίες ανάλογα με την ειδικότητα κάθε ιατρού, να προσφέρουν υπηρεσίες τύπου σε ένα κατάστημα (oneshopstop), αλλά κυρίως να εξοικονομήσουν το κόστος των γενικών εξόδων όπως η στέγαση, η γραμματειακή υποστήριξη κ.τ.λ. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 394).

Την δεκαετία του 90 ξεκίνησε ένα έντονο ενδιαφέρον για ανάπτυξη στις ιδιωτικές κλινικές. Δημιουργήθηκαν μεγάλες κλινικές, οι οποίες επεκταθήκαν

σε όλο το εσωτερικό της χώρας με κέντρο μια από τις μεγάλες πρωτεύουσες αλλά και στο εξωτερικό. Σημαντικό ρολό έπαιξε η συνεργασία με τις εταιρείες ιδιωτικής ασφάλισης (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 395-6).

Τα τελευταία χρόνια, η δημόσια δαπάνη για την υγεία κυμαίνεται μεταξύ 5-5,5% του ΑΕΠ, ενώ η ιδιωτική 4,5% του ΑΕΠ. Η συνολική ιδιωτική δαπάνη υγείας κυμαίνεται στο 47% όσον αφορά τις συνολικές δαπάνες υγείας (η Ελλάδα κατατάσσεται στην υψηλότερη θέση από τις 15 χώρες της Ε.Ε. καθώς οι 15 είναι στο 22,8%). Αυτή η απόκλιση αποδεικνύει την δυναμική του κλάδου καθώς και τα λειτουργικά προβλήματα που υπάρχουν στο Ε.Σ.Υ. (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 395)

Στις ιδιωτικές κλινικές υπήρχε αυξητική τάση των οικονομικών μεγεθών καθώς κυμαίνονταν από 14,3% το 2002 και το 2003 , ενώ το 2004 έφτασε στο 15,36% (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 395).

Οι μεγάλες επιχειρήσεις υγείας βασίζονται σε τρεις βασικούς άξονες:

- Την γεωγραφική κάλυψη: το κέντρο κάθε κλινικής βρίσκεται σε μεγάλες πρωτεύουσες αλλά προσφέρει στις περισσότερες πόλης γεωγραφική κάλυψη.
- Διεύρυνση χαρτοφυλακίου υπηρεσιών: όλες οι κλινικές προσφέρουν ποικιλία δραστηριοτήτων με στόχο να παρέχουν πλήρες σύστημα υπηρεσιών διάγνωσης και θεραπείας.
- Τεχνολογική και επιστημονική εξέλιξη: η παροχή και η απόκτηση σύγχρονου εξοπλισμού. Η δημιουργία συμμάχων με ερευνητικού φορείς του εξωτερικού καθώς και πρωτοποριακές μεθόδους πρόληψης, διάγνωσης και θεραπείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 395).

Αποδεικνύεται ότι στις ιδιωτικές κλινικές δίνεται περισσότερη έμφαση στις ανθρώπινες σχέσεις και στο νοσοκομειακό περιβάλλον, στοιχεία που προσθέτουν και συμπληρώνουν τα άνωθεν πλεονεκτήματα των ιδιωτικών κλινικών.

Έπειτα, οι ασφαλιστικές εταιρίες συνεργάστηκαν με ιδιωτικές κλινικές ιδρύοντας δικά τους ιατρικά διαγνωστικά κέντρα. Παράδειγμα ασφαλιστικών εταιρειών είναι η Interamerican, η όποια επένδυσε σημαντικά κονδύλια για την ανακαίνιση της *Αθηναϊκής κλινικής*, εγκαινίασε την *Ευρωκλινική παιδών* και έπειτα υπέγραψε συνεργασία με τα Ιατρικά κέντρα *Med first (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 395)*

Αναφορικά με τη δημόσια υγεία στην Ελλάδα τα τελευταία χρόνια βρίσκεται σε τροχιά ανάπτυξης, καθώς με αφορμή τους Ολυμπιακούς αγώνες δημιουργήθηκαν πολλά έργα και αναβαθμίστηκαν πολλά Δημόσια νοσοκομεία (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 394)

Συμφώνα, όμως, με το νόμο 3329/2005, δημιουργήθηκε το «Εθνικό Σύστημα Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης και λοιπές διατάξεις» που προέβλεπε την εφαρμογή του θεσμού «Σύμπραξη Ιδιωτικών και δημοσίων κεφαλαίων» για την δημιουργία επενδύσεων στο χώρο του δημόσιου τομέα υπηρεσιών υγείας.

Ο συγκεκριμένος νόμος δημιούργησε βέβαια πίεση στον τομέα των υπηρεσιών υγείας, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη του νοσοκομειακού περιβάλλοντος αλλά και την βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Μανιού & Ιακωβίδου, 2009: 396).

Βάσει της ταξινόμησης OECD του 1992 που προτάθηκε από το Hurst, στην Ελλάδα, καθώς και στο σύνολο των χωρών της Ευρωπαϊκής Ένωσης, η παροχή υπηρεσιών υγείας βασίζεται σε ένα μεικτό σύστημα δημόσιου και ιδιωτικού τομέα. Η παροχή υπηρεσιών υγείας γίνεται από δημόσια, ιδιωτικά νοσοκομεία και κλινικές καθώς και από τις υπηρεσίες υγείας του ΕΟΠΥΥ αλλά και στις ένοπλες δυνάμεις και από τον ιδιωτικό τομέα περιλαμβάνονται τα ιδιωτικά νοσοκομεία και ιδιωτικές κλινικές, τα διαγνωστικά κέντρα αλλά και τα ιατρεία ελεύθερων επαγγελματιών ιατρών και οδοντιάτρων. Από το νόμο 1397/1983 οπότε και εγκαθιδρύθηκε το Εθνικό Σύστημα Υγείας (ΕΣΥ) βασίστηκε σε αρχές όπως η υγεία κοινωνικό αγαθό για όλους, ισότητας της πρόσβασης για όλους, ενεργός συμμετοχή του πολίτη και αποκλειστική ευθύνη του κράτους. Οι κατευθυντήριες άξονες ήταν η αποκέντρωση και ο κοινωνικός έλεγχος και η δημιουργία ενός πλαισίου λειτουργίας υπηρεσιών βάσει τον προγραμματισμό και την ισότιμη κατανομή των πόρων.

Τα βασικά χαρακτηριστικά του Εθνικού Συστήματος Υγείας στην Ελλάδα είναι :

- μεικτό σύστημα
- ότι η χρηματοδότηση του συστήματος γίνεται από τη γενική φορολογία και την κοινωνική ασφάλιση
- το Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών υγείας σε όλη την Ελλάδα
- οι υπηρεσίες Υγείας του ΕΣΥ υπάγονται διοικητικά σε περιφέρειες (ΔΥΠε)
- η πρωτοβάθμια φροντίδα παρέχεται από τους ασφαλιστικούς φορείς, από τα εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείων, από ιδιώτες ιατρούς και από κέντρα Υγείας
- η δευτεροβάθμια φροντίδα παρέχεται από τα νοσοκομεία
- οι αμοιβές νοσοκομειακών ιατρών είναι με μισθό, των ιδιωτών ιατρών κατά υπηρεσία
- η αποζημίωση των νοσοκομείων γίνεται από τη φορολογία και από πληρωμές της κοινωνικής ασφάλισης και ιδιωτών

Τα βασικά πλεονεκτήματα που παρουσιάζει το Εθνικό Σύστημα Υγείας είναι :

- ισότιμη παροχή και χρηματοδότηση Υπηρεσιών Υγείας
- πλήρης κάλυψη του πληθυσμού
- έμφαση στη νοσοκομειακή φροντίδα υγείας

- περιορισμένη συμμετοχή πολιτών στο κόστος
- ανάπτυξη προγραμμάτων αγωγής υγείας

Τα βασικά μειονεκτήματα του συστήματος είναι :

- υψηλές δαπάνες υγείας
- χαμηλή ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας
- περιορισμένη ελευθερία επιλογής ιατρού από τους ασθενείς
- προβλήματα γεωγραφικών και οικονομικών ανισοτήτων, πολυδιάσπαση φορέων και έλλειψη συντονισμού
- άτυπες πληρωμές, προβλήματα ηθικής άσκησης ιατρικού επαγγέλματος, πληθώρα ιατρών και έλλειψη άλλων επαγγελματιών υγείας και λίστες αναμονής των ασθενών

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΑΝΑΓΚΑΙΟΤΗΤΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΚΑΙ ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΟΔΗΓΗΣΑΝ ΤΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΝΑ ΠΡΟΣΕΓΓΙΣΟΥΝ ΤΟΝ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΤΟΥΣ ΣΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1. Αναγκαιότητα μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών του νοσοκομείου και της ικανοποίησης των ασθενών

Σήμερα οι περισσότερες κλινικές, είτε δημόσιες, είτε ιδιωτικές, θεωρούν ιδιαίτερα σημαντικό να ερευνούν την ικανοποίηση των ασθενών μέσα από διάφορες έρευνες και μετρήσεις, διότι αυτό συμβάλει στην συνεχή βελτίωση ποιότητας των κλινικών, δημιουργεί γερά θεμέλια εμπιστοσύνης ανάμεσα στις κλινικές και τους ασθενείς, και επίσης αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία στις υπηρεσίες υγείας (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994).

Σύμφωνα με μελέτες κάθε ικανοποιημένος ασθενής θα μιλήσει σε πολύ λιγότερους γνωστούς του από ότι ένας δυσαρεστημένος ασθενής που θα μιλήσει σε πολύ περισσότερους. Συνεπώς, γίνεται κατανοητό ότι οι κλινικές πλήττονται οικονομικά από την αρνητική διαφήμιση. Συνήθως, τα παράπονα των ασθενών αφορούν την καθαριότητα, τον χρόνο αναμονής, την ποιότητα των γευμάτων και τέλος την ελλιπή ενημέρωση των ασθενών για τα προβλήματα υγείας των ασθενών. Επίσης, υπάρχουν και ορισμένοι που αμφισβητούν αυτές τις μετρήσεις ως προς την αξία και την χρησιμότητα τους. Αυτό, γιατί πιστεύουν ότι οι ασθενείς δεν έχουν το κατάλληλο επίπεδο γνώσεων για να κρίνουν τις υπηρεσίες που τους προσφέρονται σε σχέση με αυτές που επιθυμούσαν να τους προσφερθούν. Επίσης, έχουν την άποψη ότι υπάρχει μεγαλύτερο όφελος και μικρότερο κόστος με άμεσες προσωπικές συνεντεύξεις ορισμένων ασθενών παρά με τις έρευνες ερωτηματολογίων (Πιερράκος & Τομάρας, 2009).

Και τέλος οι έρευνες που έχουν να κάνουν με την μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών αφορούν και την επαγγελματική ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας (Πιερράκος & Τομάρας, 2009).

Οι υπηρεσίες υγείας είναι χώρος που εργάζονται άνθρωποι και η απόδοση τους είναι σημαντική για την εξέλιξη και την εικόνα των κλινικών. Έτσι, λοιπόν, για τους επαγγελματίες υγείας οι σημαντικότεροι παράγοντες για να μπορέσουν να αποδώσουν τα μέγιστα στην εργασία, όσο και στην εικόνα της κλινικής, είναι η ικανοποίησή τους οικονομικά, το περιβάλλον που εργάζονται, η αίσθηση ασφάλειας, η δυνατότητα συνεχούς εξέλιξης και οι ανθρώπινες σχέσεις.

Η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται στην ποιότητα υπηρεσιών που προσφέρει το σύστημα υγείας.

Σύμφωνα με τον Strasen (1988), οι πληροφορίες που δίνουν οι ασθενείς, αν χρησιμοποιηθούν σωστά, τότε θα υπάρξει μεγάλη βελτίωση στην ποιότητα των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα, αλλά συνεισφέρει και σε άλλους παράγοντες, όπως για παράδειγμα, όταν ένας ασθενής είναι ικανοποιημένος από την προσφερόμενη ποιότητα από το υγειονομικό σύστημα, τότε επέρχεται ταχύτερη ανάρρωση και αυτό συνεπάγεται λιγότερο χρόνο και κόστος νοσηλείας. Ουσιαστικά, υπάρχει ένα είδος αυτοθεραπείας που δρα ευνοϊκά στον ασθενή.

Σύμφωνα με τους Cleary & McNeil (1988), η ταχύτερη ανάρρωση ενός ικανοποιημένου ασθενή αποδίδεται στη σχέση εμπιστοσύνης που υπάρχει ανάμεσα στον ασθενή και στο εργαζόμενο προσωπικό. Με αυτόν τον τρόπο ο ασθενής συμμορφώνεται πλήρως στις θεραπευτικές οδηγίες.

Σύμφωνα με τη Ραγιά (1987), η άμεση σχέση ψυχικής κατάστασης και επιπέδου υγείας του ασθενή επιδρά άμεσα στην πορεία της ασθένειας.

Ο Petersen (1988) θεωρεί ότι οι προσδοκίες του ασθενή, πριν προσέλθει στους χώρους υγείας, δεν είναι καλά σχηματισμένες. Συνεπώς το προσωπικό του νοσοκομείου μπορεί να επηρεάσει και να διαμορφώσει τις προσδοκίες των ασθενών, γιατί το προσωπικό είναι εκείνο που βρίσκεται συνεχώς δίπλα στον ασθενή και αυτό είναι που θα διορθώσει τα προβλήματα που υπάρχουν.

Ο Leebon (1988), ειδικός στην βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, υποστήριξε ότι, όταν ο ασθενής εκφράσει παράπονα, τότε δίνεται ουσιαστικά μια ευκαιρία να διορθωθούν και να γίνουν σωστά τα πράγματα.

Η μέτρηση της ικανοποίησης, γενικότερα, είναι πολύ σημαντική και για τα διοικητικά στελέχη των νοσοκομείων, διότι αυτοί είναι που συμμετέχουν στην λήψη αποφάσεων στο χώρο της υγείας. Όταν ο ασθενής μείνει ικανοποιημένος από την ποιότητα που του προσφέρθηκε, τότε στο μέλλον, αν χρειαστεί, θα ξαναχρησιμοποιήσει την ίδια κλινική. Συνοψίζοντας τις παραπάνω απόψεις, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί:

- α) Στην αξιολόγηση της προσφερόμενης ποιότητας υπηρεσιών.
- β) Στην λήψη διοικητικών αποφάσεων
- γ) Στις αλλαγές στην οργάνωση της διοίκησης και του προσωπικού.
- δ) Στην προσέλκυση ασθενών-πελατών.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι χρήσιμη, ώστε να συλλεχτούν πληροφορίες και να αναδειχτούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση στην ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων. Η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν θα πρέπει να αποτελεί απλά ένα μέτρο για την ποιότητα, αλλά θα πρέπει να είναι ο σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης. Το αποτέλεσμα αυτό προκύπτει από έρευνες, σύμφωνα με τις οποίες, οι ικανοποιημένοι ασθενείς αναρρώνουν ταχύτερα και νοσηλεύονται για μικρότερο χρονικό διάστημα από αυτούς που δεν είναι ικανοποιημένοι. Ακόμη, και η διαδικασία της έρευνας για την μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχτεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών προσφέρει πολλά οφέλη για τους ασθενείς, αλλά και για την υγειονομική μονάδα, καθώς προσφέρει στην Διοίκηση στοιχεία για να εκτιμήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού, να την αξιολογήσει και να την επιβραβεύσει, όταν χρειάζεται. Η ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή γίνεται μέσα στο σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων και συμβάλλει όπως περιγράφεται ακολούθως:

- Αυξάνει το αληθές της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό,
- Αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλού επιπέδου αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή,
- Προσφέρει στους διοικούντες ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας, βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια,
- Προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία,

- Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι διοικήσεις των νοσοκομείων,
- Κατευθύνει το προσωπικό νοσηλείας, τόσο εντός όσο και εκτός κλινικής, να σκέπτεται περισσότερο τους ασθενείς του (Παπανικολάου & Σιγάλας, 1994).

Μερικά από τα οφέλη της ποιοτικής φροντίδας και της ικανοποίησης του ασθενή, αναφέρονται παρακάτω:

1. Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, όχι μόνο είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης έρευνας, αλλά εξισώνεται με αυτοθεραπεία (Μερκούρης, 1996).
2. Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του άλγους, την αποφυγή επιπλοκών που παρατείνουν τη νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος (Μερκούρης, 1996).
3. Με την μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς, είναι δυνατό να συλλεχτούν πληροφορίες, σωστά αξιοποιημένες, που να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση της Υπηρεσίας Υγείας. Για αυτό το λόγο, πολλοί ερευνητές (Donabedian, 1980) υποστηρίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών Υπηρεσίας Υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την έρευνα, την οργάνωση και τον σχεδιασμό τους και ενδείκνυται να αποτελεί τον κύριο σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης.
4. Αποτελεί ευκαιρία εκτίμησης της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζομένου θέτοντας την Διοίκηση σε επιβράβευση ή εξάλειψη –διόρθωση των αντικινήτρων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέπτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Επιπροσθέτως, και μονό το γεγονός ότι το προσωπικό γνωρίζει ότι οι υπηρεσίες του εκτιμώνται (ποιοτικά και ποσοτικά), από τους ικανοποιημένους ασθενείς, και μόνο αυτό συμβάλει στην ανάταση του ηθικού του και της αποδοτικότητάς του, σε μια εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνονται (Μερκούρης, 1996).

5. Μπορεί να δώσει συγκριτικό πλεονέκτημα στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, αφού ο συγκεκριμένος πλεονεκτεί έναντι των ομοίων του ανταγωνιστών, διότι:

- Αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και ανάγκες των καταναλωτών υπηρεσίας,
- Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτού και του τι τελικά λαμβάνει ο καταναλωτής υπηρεσιών,
- Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

Κατά τους Παπανικολάου και Σιγάλα (1995), όταν ένας ασθενής είναι δυσαρεστημένος και αισθάνεται ότι οι επιθυμίες του δε λαμβάνονται υπόψη, δεν είναι ενδεικτικό τέλειας πλεγματικής ευημερίας, αλλά αντίθετα, φτωχής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί όλα τα αναπτυγμένα Κράτη (Scardina, 1994). Επομένως, είναι φανερή η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας, προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Σύμφωνα με το Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση του ασθενούς είναι ένα σημαντικό και αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας.

Ο Furse και οι συνεργάτες του (1994) πρότειναν ένα θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο συμπεριλαμβάνει τη διαχείριση των οικονομικότερων πόρων, τα κλινικά αποτελέσματα και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών από τους ασθενείς.

3.2. Παράγοντες που οδήγησαν τα ιδιωτικά και τα δημόσια νοσοκομεία να εστιάσουν το ενδιαφέρον τους στην ικανοποίηση των ασθενών

Σύμφωνα με τον Vuori (1987), δύο αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση αυτού του ενδιαφέροντος. Πρώτον, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελιμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή του “να κάνεις το περισσότερο καλό για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων”. Δεύτερον, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό, όπου εκεί λαμβάνει υπόψη τις εμπειρίες των ατόμων και την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή.

Σύμφωνα με τον Guzman και τους συνεργάτες του (1988), η εποχή μας χαρακτηρίζεται από υπερκαταναλωτισμό ο οποίος έχει οδηγήσει σε έντονο ανταγωνισμό και μεγαλύτερες απαιτήσεις των καταναλωτών απέναντι σε όλους εκείνους που προσφέρουν υπηρεσίες. Σήμερα, ο καταναλωτής έχει αλλάξει. Παλαιότερα, είχε παθητικό ρόλο, τώρα θέλει να συμμετέχει σε ό,τι συμβαίνει και να ενεργεί σε αυτό. Οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν εξαίρεση. Στις μέρες μας, οι καταναλωτές έχουν υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, δέχονται από παντού πληροφορίες και ασκούν έντονη κριτική στις προσφερόμενες υπηρεσίες.

Σύμφωνα με το Miller-Bader (1988), οι ασθενείς σήμερα ζητούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας τους, αλλά και να έχουν πλήρη γνώση και κατανόηση σε ό,τι αφορά την ασθένειά τους.

Σήμερα οι ασθενείς έχουν στενή επαφή και εξάρτηση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Έτσι, λοιπόν, οι ασθενείς συμμετέχουν ενεργά στο σχεδιασμό και στην λήψη αποφάσεων για τη παροχή υπηρεσιών που αφορά την

ίδια τους την υγεία. Η εξέλιξη της τεχνολογίας και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας έχει αλλάξει δραματικά, η δυνατότητα εναλλακτικών θεραπειών και διαγνωστικών παρεμβάσεων έχει οδηγήσει τον ασθενή να δέχεται περισσότερες και πολυπλοκότερες θεραπείες από ειδικούς επιστήμονες, αλλά και πάλι ο ασθενής δεν νιώθει ότι απολαμβάνει ιδιαίτερη φροντίδα. Όλα αυτά καθιστούν αναγκαία την μέτρηση της ικανοποίησης, διότι καθημερινά συμβαίνουν τεράστιες αλλαγές στο χώρο της υγείας. Με κάθε αλλαγή δημιουργούνται και καινούργια ερωτήματα και ο καλύτερος τρόπος να απαντηθούν είναι να ερωτηθούν οι ίδιοι οι ασθενείς. Με βάση τα παραπάνω, η μετάβαση της κοινωνίας μας από τον ατομικισμό στην έννοια της κοινωνικής ευημερίας και από το βιολογικό ορισμό της νόσου στο διευρυμένο ορισμό της υγείας, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, το κλίμα του καταναλωτισμού και του ανταγωνισμού, η αύξηση των αναγκών και απαιτήσεων του πληθυσμού και τέλος η τεχνολογική ανάπτυξη και τα επακόλουθά της, δείχνουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας να προσαρμοστούν στις νέες αυτές συνθήκες.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1. Σκοπός Έρευνας

Σκοπός της παρούσας μελέτης, είναι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στη γυναικολογική-μαιευτική κλινική του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Ηρακλείου (Πα.Γ.Ν.Η.) από τις υπηρεσίες υγείας που παρείχε το δημόσιο Νοσοκομείο.

4.2. Επιμέρους Στόχοι Έρευνας

Ως πρώτος στόχος της παρούσας έρευνας ορίζεται η μέτρηση του βαθμού της Ικανοποίηση των ασθενών από τους γιατρούς – νοσηλευτές και τους επιμέρους εργαζομένους του νοσοκομείου.

Ως δεύτερος στόχος ορίζεται η εξέταση του βαθμού συσχέτισης των δημογραφικών παραγόντων του πληθυσμού-στόχου με τις επιμέρους διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την Νοσοκομειακής ομάδας.

4.3. Δείγμα

Το δείγμα αποτελείται από 89 ασθενείς από την μαιευτική – γυναικολογική κλινική του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης. Το δείγμα επιλέχθηκε από την μαιευτική-γυναικολογική κλινική και αρχικά αποτελείτο από 100 ασθενείς στους οποίους και δόθηκαν τα ερωτηματολόγια προς συμπλήρωση. Από τα 100 ερωτηματολόγια επεστράφησαν συμπληρωμένα 89. Όλα τα ερωτηματολόγια παρελήφθησαν και συμπληρώθηκαν κατά τη διάρκεια

επισκεπτηρίου στην κλινική. Διαπιστώνεται λοιπόν υψηλό ποσοστό ανταπόκρισης 89%.

4.4. Ερευνητικό Εργαλείο

Η παρούσα μελέτη αποτελεί μία ποσοτική, πρωτογενή έρευνα με τη χρήση δομημένου ερωτηματολογίου. Στη συλλογή δεδομένων της έρευνας, ζητήθηκε από τους συμμετέχοντες να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο, το οποίο χωρίζετε σε δύο μέρη. Το πρώτο μέρος, περιέχει ερωτήσεις σχετικές με δημογραφικούς παράγοντες και συγκεκριμένα την ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, ασφαλιστική κάλυψη, ιθαγένεια, επίπεδο εκπαίδευσης, νομό διαμονής, εργασιακή κατάσταση, οικονομική κατάσταση, αριθμός νοσηλείας και λόγος νοσηλείας των συμμετεχόντων.

Το δεύτερο μέρος του ερωτηματολογίου διερευνά την ικανοποίηση των ασθενών και χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Το ερωτηματολόγιο στο δεύτερο μέρος περιλαμβάνει 39 ερωτήσεις/προτάσεις κλειστού τύπου. Σε αυτές τις ερωτήσεις/προτάσεις, διερευνάτε η ικανοποίηση των συμμετεχόντων από τις υπηρεσίες που προσφέρει η μαιευτική κλινική κατά την διάρκεια νοσηλείας τους σε 7 διαφορετικές διαστάσεις της. Αυτές είναι υποδοχή περιβάλλον, ταχύτητα εξυπηρέτησης, κλινικές εργαστηριακές εξετάσεις, εντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα, εντυπώσεις από την νοσηλευτική φροντίδα, διοικητικές υπηρεσίες, γενική εξυπηρέτηση.

Κάθε μία από τις παραπάνω διαστάσεις αξιολογούνται από 3 έως και 10 συνολικά ερωτήσεις/προτάσεις. Οι ερωτώμενοι καλούνταν να απαντήσουν αν είναι πολύ δυσαρεστημένοι, δυσαρεστημένοι, ούτε δυσαρεστημένοι-ούτε ικανοποιημένοι, ικανοποιημένοι, πολύ ικανοποιημένοι. Κάθε μία από τις 7 διαστάσεις παρέχει μια ξεχωριστή τιμή. Αν προστεθούν όλες οι διαστάσεις

μεταξύ τους, το άθροισμα τους αντιστοιχεί στη συνολική ικανοποίηση των ασθενών.

4.5. Διαδικασία Υλοποίησης Έρευνας

Η συλλογή των δεδομένων της έρευνας πραγματοποιήθηκε στο χρονικό διάστημα Δεκέμβριος 2013-Φεβρουάριο 2014.

Η άδεια υλοποίησης της έρευνας δόθηκε από την επιτροπή ηθικής και δεοντολογίας του Πα.Γ.Ν.Η. και έλαβε την έγκριση της 7^{ης} ΥΠΕ. Το ερευνητικό πρωτόκολλο έλαβε έγκριση και από το Διοικητικό Συμβούλιο του Νοσοκομείου και το Διευθυντή της μαιευτικής – γυναικολογικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου. Έπειτα, μετά την έγκριση για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου στους ασθενείς της κλινικής, διανεμήθηκαν 100 ερωτηματολόγια σε δωμάτια την μαιευτικής – γυναικολογικής κλινικής τα οποία δόθηκαν αυτοπροσώπως.

Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με απόλυτη εμπιστευτικότητα. Δόθηκαν σε κάθε ασθενή χωριστά και διασφαλίστηκε η ανωνυμία των συμμετεχόντων. Η μέση διάρκεια συμπλήρωσης του κάθε ερωτηματολογίου ανερχόταν στα 15 λεπτά. Στην πρώτη σελίδα του κάθε ερωτηματολογίου, αναφερόταν πλήρως ο σκοπός για τον οποίο γίνεται η έρευνα καθώς υπήρχαν και σαφείς οδηγίες για την συμπλήρωσή του.

4.6. Στατιστική Ανάλυση

Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το στατιστικό πρόγραμμα SPSS (PASW Statistics) version 19.0.0 (SPSS Inc, Chicago, IL, USA.). Οι συνεχείς μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέσες τιμές (Mean) μαζί με την τυπική απόκλιση (St. Deviation), ενώ οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως ολικές συχνότητες εκφρασμένες σε ποσοστά (%). Για τα αποτελέσματα χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική ανάλυση.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

ΠΑΡΟΥΣΙΑΣΗ ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

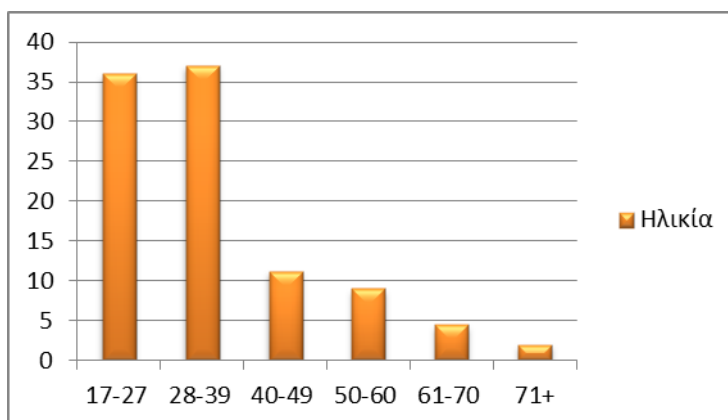
5.1. Παρουσίαση του δείγματος

Το ερωτηματολόγιο όπως αναφέρθηκε στην προηγούμενη ενότητα, απαντήθηκε από 89 ασθενείς της γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής του Πανεπιστημιακού Νοσοκομείου Ηρακλείου Κρήτης με απολυτή εμπιστευτικότητα. Στο πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου, απαντήθηκαν ερωτήσεις που αναφέρονταν σε δημογραφικά στοιχεία καθώς και η διαδικασία εισαγωγής του ασθενή στη κλινική. Στο δεύτερο μέρος απαντήθηκαν ερωτήσεις που αφορούν τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (σε 7 βασικές ενότητες και 3 ερωτήσεις γενικής ικανοποίησης) οι οποίες είναι κλειστού τύπου με την βοήθεια της κλίμακας Likert. Τα αποτελέσματα του πρώτου μέρους αναφέρονται παρακάτω.

Ηλικιακή Κατανομή:

Στην ηλικιακή κατανομή του δείγματος όπως δείχνει και το γράφημα που ακολουθεί, πως η πλειοψηφία των ασθενών, η ηλικία τους κυμάνετε μεταξύ 28-39 ετών με ποσοστό 37,10% (βλ. Γράφημα 2.1). Ακολουθεί η ηλικιακή κατανομή μεταξύ 17-27 ετών με ποσοστό 36%, έπειτα η ηλικιακή κατανομή μεταξύ 40-49 ετών με ποσοστό 11,2%. Τα μικρότερα ποσοστά ήταν σε ηλικιακή ομάδα μεταξύ 50-60 ετών με ποσοστό 9% , μεταξύ 67-70 ετών με ποσοστό 4,5% και άνω των 71 ετών με μικρό ποσοστό μόλις στο 2,2%.

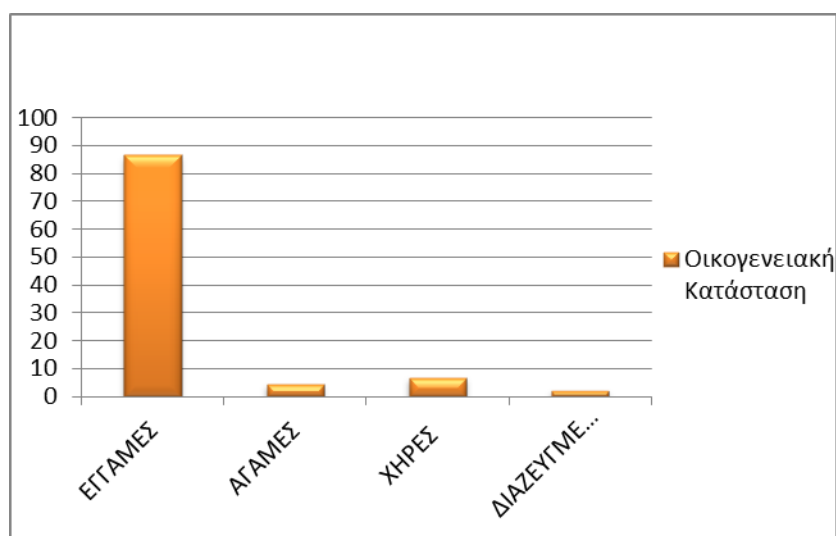
Γράφημα 2.1: Η ηλικιακή κατανομή των ερωτώμενων (%)



Οικογενειακή κατάσταση :

Στην οικογενειακή κατάσταση φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ερωτώμενων είναι έγγαμοι και αυτό αποδεικνύεται στο γράφημα 2.2, όπου έχουν το μεγαλύτερο ποσοστό με 86,5%, το 6,8% είναι χήρες, το 4,5% ανύπαντρες και μόλις το 2,2% διαζευγμένες.

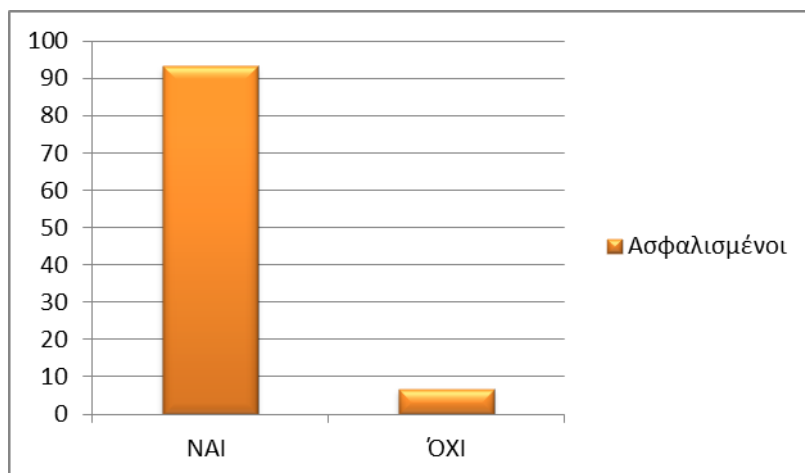
Γράφημα 2.2: Η οικογενειακή κατάσταση των ερωτώμενων (%)



Ασφαλιστική Κατάσταση:

Στο δείγμα το μεγαλύτερο ποσοστό 93,2% απάντησε ότι είναι ασφαλισμένοι ενώ μόλις το 6,8% απάντησε ότι δεν είναι ασφαλισμένοι (βλ. Γράφημα 2.3).

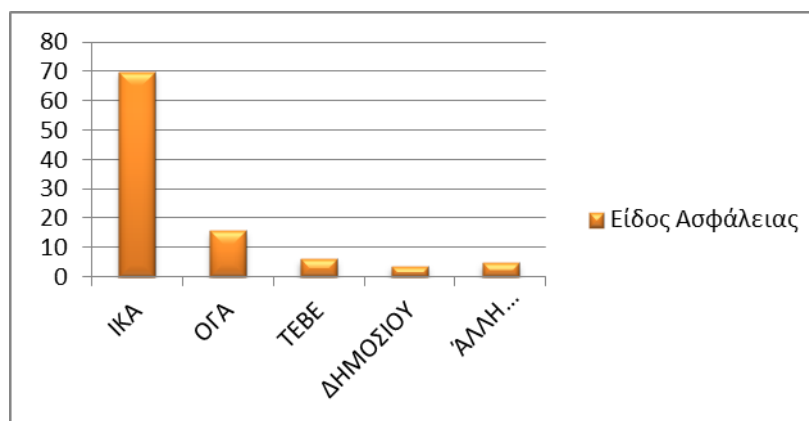
Γράφημα 2.3: Ασφαλισμένοι ή μη ασφαλισμένοι ασθενείς (%)



Είδος ασφάλειας:

Από τους ασθενείς που είναι ασφαλισμένοι το 69,9% έχει ασφάλεια ΙΚΑ, το 15,7% ασφάλεια ΟΓΑ, το 6,0% ασφάλεια ΤΕΒΕ, το 3,6% ασφάλεια Δημοσίου και το 4,8% έχει άλλου είδους ασφάλεια.

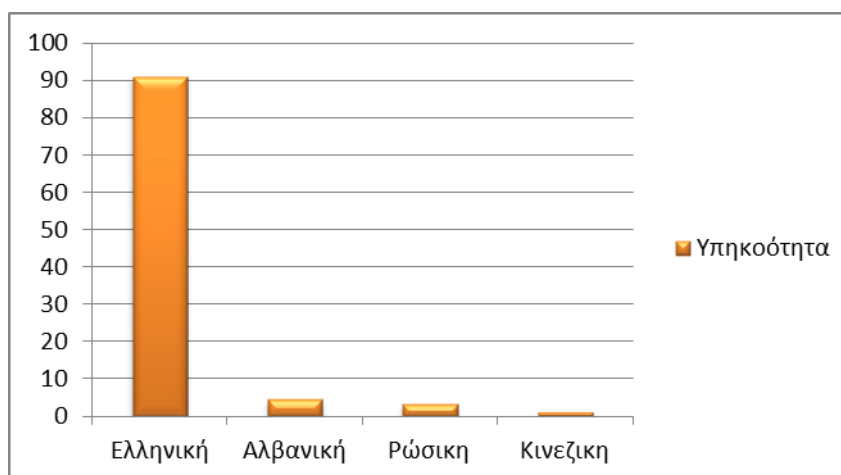
Γράφημα 2.4: Είδος ασφάλειας ασθενών που είναι ασφαλισμένοι (%)



Ιθαγένεια/ Υπηκοότητα

Σύμφωνα με το γράφημα 2.5 δείχνει ότι οι ασθενείς έχουν σε ποσοστό 91% Ελληνική Υπηκοότητα, το 4,5% Αλβανική υπηκοότητα, το 3,4% Ρώσικη και μόλις το 1,1% Κινέζικη υπηκοότητα.

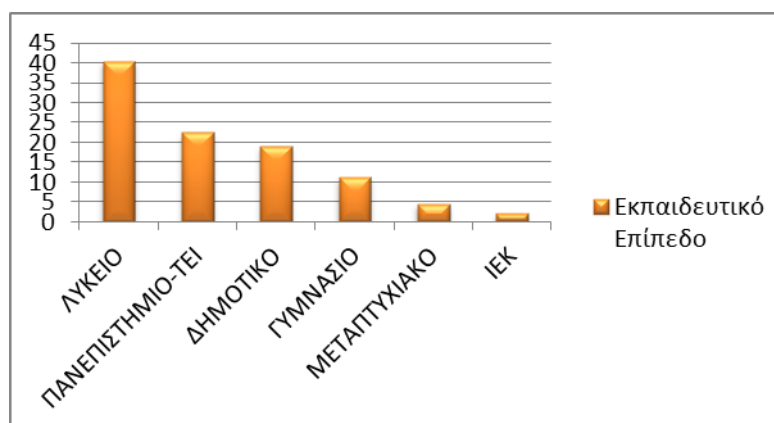
Γράφημα 2.5: Ιθαγένεια/Υπηκοότητα ασθενών (%)



Μορφωτικό/εκπαιδευτικό επίπεδο:

Το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών σπουδών των ασθενών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο ήταν 40,4% με σπουδές λυκείου, το 22,5% με σπουδές Πανεπιστημίου-ΤΕΙ, το 19,10% με σπουδές Δημοτικού, το 11,2% με σπουδές Γυμνασίου, το 4,5% με σπουδές μεταπτυχιακών και μόλις το 2,3% με σπουδές ΙΕΚ (γράφημα 2.6)

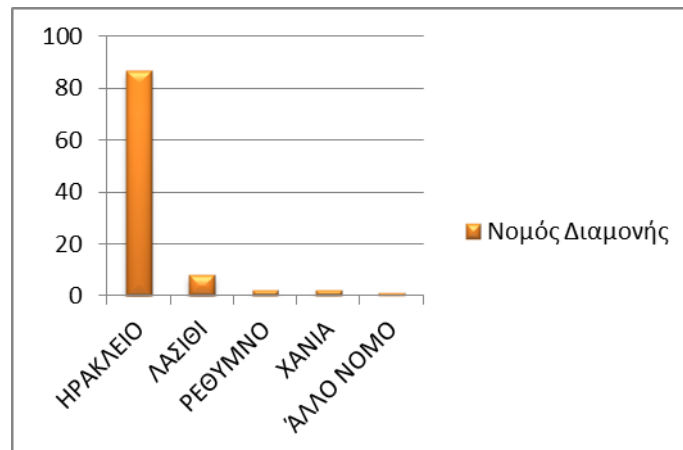
Γράφημα 2.6: Μορφωτικό επίπεδο ασθενών (%)



Νομός διαμονής:

Η πλειοψηφία των ασθενών κατοικούσε στον Νομό Ηρακλείου σε ποσοστό 86,6%, στο Νομό Λασιθίου σε ποσοστό 7,9%, στο Νομό Χανίων σε ποσοστό 2,2%, στο Νομό Ρέθυμνου σε ποσοστό 2,2% και σε άλλο Νομό μόλις 1,1% (βλ. γράφημα 2.7).

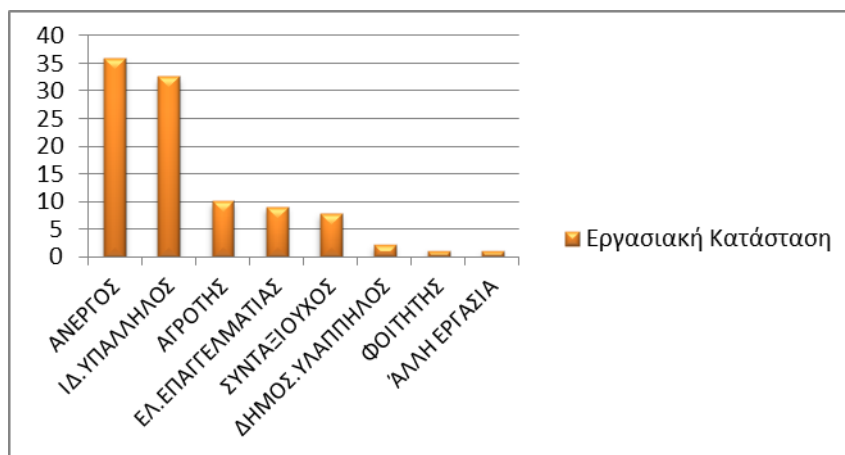
Γράφημα 2.7: Νομός διαμονής ασθενών (%)



Εργασιακή κατάσταση:

Συμφώνα με το δείγμα το 36% των ασθενών είναι άνεργοι, το 32,6% είναι ιδιωτική υπάλληλοι, το 10,1% είναι αγρότισσες, το 9% είναι ελεύθεροι επαγγελματίες, το 7,9% είναι συνταξιούχοι, το 2,2% είναι Δημόσιοι υπάλληλοι, το 1,1% είναι φοιτήτριες και το 1,1% ασχολούνται με άλλη εργασία (βλ. γράφημα 2.7).

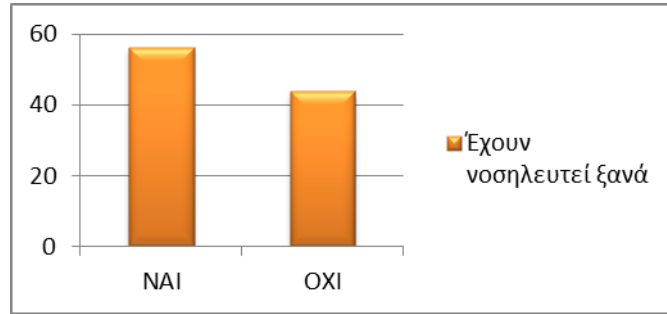
Γράφημα 2.8: Εργασιακή κατάσταση ασθενών (ποσοστά %)



Προηγούμενη Νοσηλεία

Στην ερώτηση αν οι ασθενείς έχουν νοσηλευτεί ξανά σε νοσοκομειακή μονάδα το μεγαλύτερο ποσοστό 56,2% απάντησε ότι έχουν νοσηλευτεί ξανά ενώ το 43,8% απάντησε ότι δεν έχει νοσηλευτεί ξανά (βλ. γράφημα 2.9).

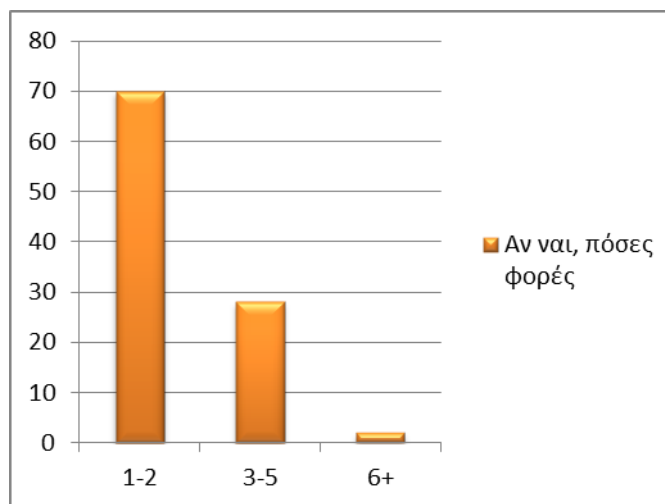
Γράφημα 2.9: Έχουν νοσηλευτεί ξανά σε νοσοκομειακή μονάδα (%)



Αν ναι, πόσες φορές:

Από το ποσοστό που απάντησε ότι έχει νοσηλευτεί ξανά σε νοσοκομειακή μονάδα το 70% απάντησε ότι έχει νοσηλευτεί από 1 έως 2 φορές, το 28% απάντησε ότι έχει νοσηλευτεί από 3 έως 5 φορές και το 2% απάντησε ότι έχει νοσηλευτεί από 6 φορές και άνω (βλ. γράφημα 2.10).

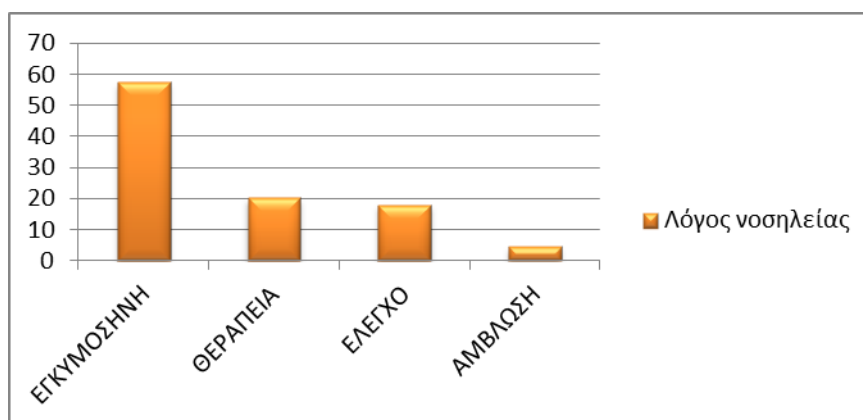
Γράφημα 2.10: Αν ναι, πόσες φορές έχουν νοσηλευτεί (%).



Λόγος Νοσηλείας

Συμφώνα με το γράφημα 2.11 το 57,3% των ασθενών απάντησε ότι ο λόγος νοσηλείας τους ήταν η εγκυμοσύνη, το 20,2% απάντησε ότι ήταν για θεραπεία, το 18% απάντησε ότι ήταν για έλεγχο, ενώ το 4,5% απάντησε ότι έκανε άμβλωση.

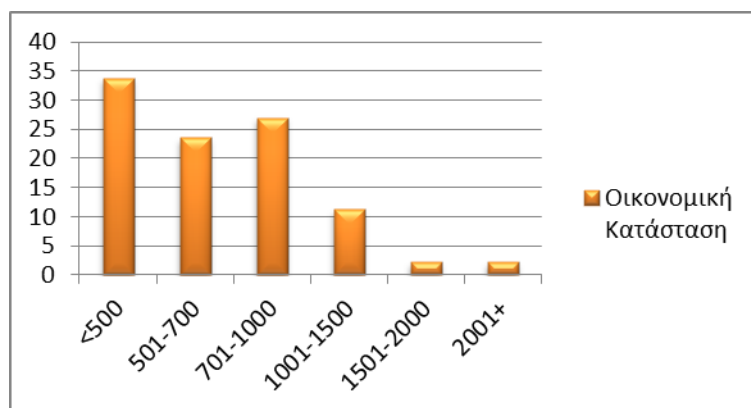
Γράφημα 2.11: Λόγος νοσηλείας ασθενών (ποσοστά %)



Οικονομική κατάσταση ασθενών :

Η οικονομική κατάσταση των ασθενών συμφώνα με το γράφημα 2.12, ανέρχεται η πλειοψηφία των ασθενών με εισόδημα κάτω των 500 ευρώ με ποσοστό 33,7%, το 27% με εισόδημα από 701 έως 1000 ευρώ, το 23,6% με εισόδημα από 501 έως 700 ευρώ, το 11,3% με εισόδημα από 1001 έως 1500 ευρώ, το 2,2% από 1501 ευρώ έως 2000 ευρώ και το 2,2% από 2001 ευρώ και άνω.

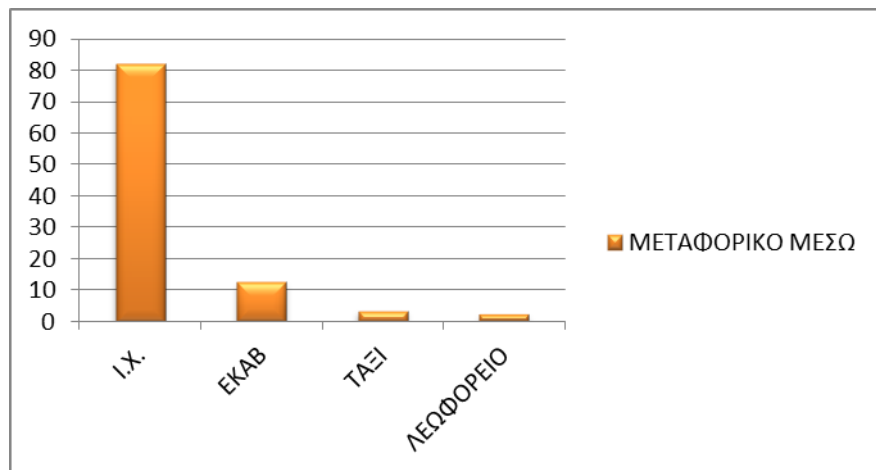
Γράφημα 2.12: Οικονομική κατάσταση των ασθενών (ποσοστά %)



Μεταφορικό μέσο εισαγωγής στο Νοσοκομείο:

Στην ερώτηση τι είδους μεταφορικό μέσω χρησιμοποιήσαν οι ασθενείς για να έρθουν στο Νοσοκομείο, το 82% απάντησε ότι χρησιμοποίησε Ι.Χ., το 12,4% ΕΚΑΒ, το 3,4% ταξί, το 2,2% λεωφορείο (βλ. γράφημα 2.13).

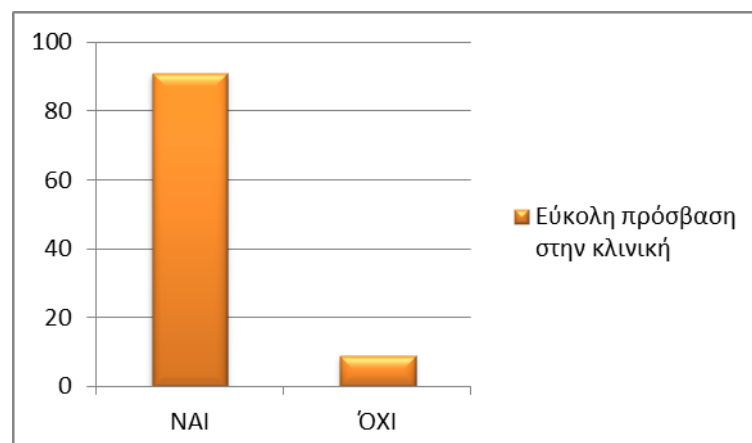
Γράφημα 2.13: Μεταφορικό μέσω χρησιμοποιήσαν οι ασθενείς για να έρθουν στο Νοσοκομείο (ποσοστά %)



Προσβασιμότητα στο Νοσοκομείο:

Σε αυτή την ερώτηση η πλειοψηφία του δείγματος 91% απάντησε ότι είχε εύκολη πρόσβαση ενώ το 9% απάντησε ότι δεν είχε εύκολη πρόσβαση (βλ. γράφημα 2.14).

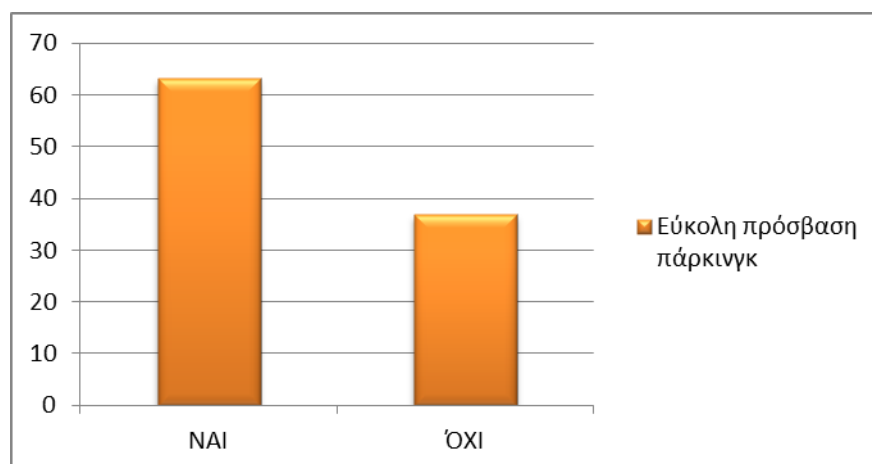
Γράφημα 2.14: Εύκολη πρόσβαση στην κλινική (ποσοστά %)



Προσβασιμότητα στο πάρκινγκ:

Από τους ασθενείς που ήρθαν στην κλινική με Ι.Χ. ή ταξί, το 63,2% απάντησε ότι είχαν εύκολη πρόσβαση παρκινγκ και το 36,8% απάντησε ότι δεν είχε εύκολη πρόσβαση παρκινγκ (βλ. γράφημα 2.15)

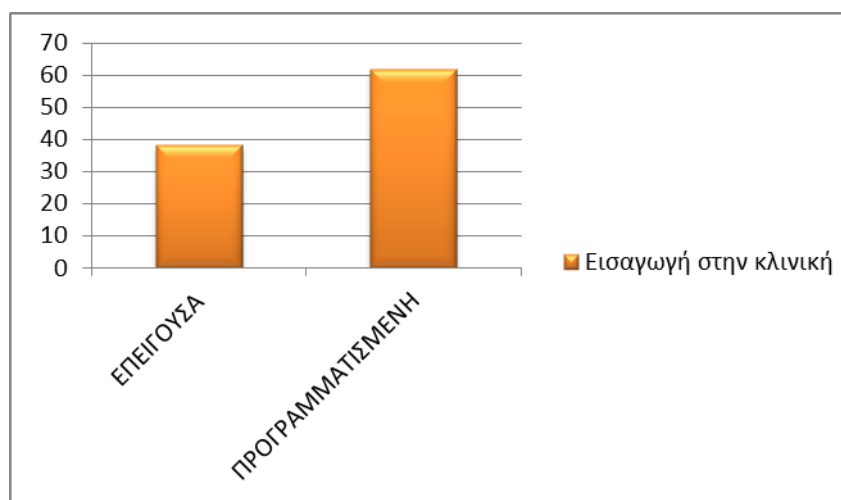
Γράφημα 2.15: Εύκολη πρόσβαση παρκινγκ (ποσοστά %)



Επείγουσα ή προγραμματισμένη εισαγωγή:

Συμφώνα με το γράφημα 2.16 το 38,2% των ασθενών είχαν επάγουσα εισαγωγή στην κλινική ενώ το 61,8% προγραμματισμένη.

Γράφημα 2.16: Επείγουσα ή προγραμματισμένη εισαγωγή (ποσοστά %)



5.2. Αποτελέσματα ερωτηματολόγιου ικανοποίησης των ασθενών

Εν συνεχεία παρουσιάζονται τα αποτελέσματα της έρευνας του δεύτερου μέρους, τα όπια είναι ανά ερώτηση των ερωτηματολόγιων. Υπενθυμίζεται ότι απάντησαν μόνο γυναίκες αφού πραγματοποιήθηκε από τους ασθενείς της μαιευτικής γυναικολογικής κλινικής Πανεπιστημιακού Ηρακλείου Κρήτης.

Τα αποτελέσματα του δεύτερου μέρους αναφέρονται παρακάτω.

«Συμπεριφορά προσωπικού υποδοχής»:

Σύμφωνα με τον πίνακα 2.17, φαίνεται οι περισσότεροι ασθενείς 37,1% είναι ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά του προσωπικού που τους υποδέχτηκε, ενώ μόλις το 6,7% είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.17: Συμπεριφορά προσωπικού που υποδέχτηκε του ασθενείς

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΟ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	3	3,4
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	6	6,7
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	27	30,3
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	20	22,5
ΣΥΝΟΛΟ	89	100

«Παροχή πληροφοριών από το προσωπικό υποδοχής»:

Από το πίνακα 2.18 φαίνεται ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι από τις πληροφορίες που τους παρείχε το προσωπικό που τους υποδέχτηκε 41,6% ενώ το 11,2% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.18: Παροχή πληροφοριών από το προσωπικό που υποδέχτηκε τους ασθενείς

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,2
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	10	11,2
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	22	24,7
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	37	41,6
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	18	20,3
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Βοήθεια από ύπαρξη πινακίδων»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.19, οι ασθενείς της μαιευτικής-γυναικολογικής κλινικής είναι ικανοποιημένοι σε ποσοστό 46,1% από την ύπαρξη των πινακίδων στην κλινική ενώ το 4,5% είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.19: Ικανοποίηση από ύπαρξη βοηθητικών πινακίδων

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	4	4,5
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	23	25,8
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	41	46,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	19	21,3
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Καθαριότητα και Λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής»:

Το μεγαλύτερο ποσοστό 50,6% των ασθενών είναι ικανοποιημένη από την καθαριότητα και λειτουργικότητα που επικρατεί στο χώρο υποδοχής ενώ το 13,5% είναι δυσαρεστημένοι (βλ. Πίνακα 2.20).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.20: Ικανοποίηση από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	12	13,5
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	19	21,3
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	45	50,6
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	13	14,6
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Θερμοκρασία στο χώρο υποδοχής ήταν»:

Σε αυτή τη ερώτηση σύμφωνα με τον πίνακα 2.21 οι ασθενείς απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι σε ποσοστό 42,7% από την θερμοκρασία στο χώρο υποδοχής ενώ το 10,1% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.21: Θερμοκρασία στο χώρο υποδοχής

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	3	3,4
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	9	10,1
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	26	29,2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	38	42,7
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	13	14,6
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ησυχία στο χώρο υποδοχής ήταν»:

Η πλειοψηφία των ερωτώμενων (βλ. Πίνακα 2.22), δηλαδή 32 άτομα με ποσοστό 36% είναι ικανοποιημένοι από την ησυχία που επικρατούσε στο χώρο υποδοχής, ενώ 14 άτομα δηλαδή το 15,7% είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.22: Η ησυχία στο χώρο υποδοχής

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	5	5,6
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	14	15,7
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-ΟΥΤΕ	28	31,5
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	32	36,0
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	10	11,2
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Καθαριότητα στους βοηθητικούς χώρους ήταν»:

Όσον αφορά την καθαριότητα στους βοηθητικούς χώρους το 35,9% (32 άτομα) απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι και μόλις το 12,4% απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι με αυτήν τη κατάσταση (βλ. πίνακα 2.23).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.23: Η καθαριότητα στους βοηθητικούς χώρους

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	4	4,5
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	11	12,4
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-ΟΥΤΕ	33	37,1
ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	32	35,9
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	9	10,1
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Κρίνοντας την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία»:

Σύμφωνα με τον πίνακα 2.24 το 29,2% είναι ικανοποιημένοι με την προσβασιμότητα που υπάρχει σε άτομα με αναπηρία ένα το 20,2% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.24: Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	18	20,2
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	34	38,2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	26	29,2
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	10	11,3
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Κρίνοντας τον αριθμό ανθρώπων που διαμένουν μαζί μου»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.25 η πλειοψηφία 41,60% (37 άτομα) είναι ικανοποιημένοι από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί τους ενώ το 19,10% (17 άτομα) απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.25: Ικανοποίηση από αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί τους

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,2
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	17	19,1
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	18	20,2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	37	41,6
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	15	16,9
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Κρίνοντας την ποιότητα φαγητού»:

Σε αυτή την ερώτηση 33 ασθενείς με 37,1% ποσοστό απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα του φαγητού ενώ 16 άτομα με 17,9% ποσοστό απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.26)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.26: Ποιότητα φαγητού

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	5	5,6
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	16	17,9
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	28	31,5
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	7	7,9
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

Συνοψίζοντας.....

Τους παραπάνω πίνακες που αφορούν την υποδοχή και το περιβάλλον προκύπτει ότι οι περισσότεροι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι σε όλες τις ερωτήσεις που απαντήθηκαν. Στις ερωτήσεις για την ποιότητα του φαγητού και για την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία η απόκλιση κυμαίνεται από 19,2% έως 21,4% (βλ. πίνακα 2.27).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.27: Υποδοχή -Περιβάλλον



«Ικανοποίηση από την έγκαιρη εισαγωγή στην κλινική»:

Στην ερώτηση αν ήσαστε ικανοποιημένοι από την έγκαιρη εισαγωγή σας οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό 29,2% (26 άτομα) ότι είναι ικανοποιημένοι ενώ σε ποσοστό 10,1% (9 άτομα) ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.28).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.28: Ικανοποίηση από έγκαιρη εισαγωγή

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	3	3,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	9	10,1
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	27	30,3
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	24	27,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	26	29,2
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από τον χρόνο εισαγωγής μέχρι την διεξαγωγή των εξετάσεων»:

Όσο αφορά αυτή την ερώτηση το 32,6%(βλ. πίνακα 2.29) είναι ικανοποιημένοι από το χρόνο που κάνατε εισαγωγή μέχρι την διεξαγωγή των εξετάσεων ενώ το 11,2% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.29: Ικανοποίηση από χρόνο εισαγωγής μέχρι την διεξαγωγή εξετάσεων

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,2
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	10	11,2
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	32	36,0
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	29	32,6
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	16	18,0
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από τον χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων»:

Σε αυτή την ερώτηση και σύμφωνα με τον πίνακα 2.30 34 άτομα με ποσοστό 38,2% απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι και 7 άτομα με ποσοστό 7,9% απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.30: Ικανοποίηση από χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,2
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	7	7,9
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	29	32,6
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	34	38,2
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	17	19,1
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από την τήρηση της ώρας που είχατε ραντεβού»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.31 το 32,6% απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι από την τήρηση της ώρας που είχαν ραντεβού ενώ το 10,1% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.31: Τήρηση της ώρας που είχατε ραντεβού

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	5	5,6
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	9	10,1
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	29	32,6
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	13	14,6
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

Συνοψίζοντας.....

Τους παραπάνω πίνακες που αφορούν την ταχύτητα εξυπηρέτησης της κλινικής οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι. Στην ερώτηση σχετικά με τον χρόνο έκδοσης των αποτελεσμάτων συγκεντρώνετε το μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης ενώ στην ερώτηση σχετικά με την τήρηση προγραμματισμένου ραντεβού ή εξέτασης συγκεντρώνει το μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης (βλ. πίνακα 2.32).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.32: Ταχύτητα εξυπηρέτησης



«Ικανοποίηση από την συμπεριφορά του προσωπικού την ερώτηση των εξετάσεων»:

Σε ποσοστό 35,9% οι ασθενείς απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του προσωπικού την ώρα της εξέτασης ενώ μονό το 7,9% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.33).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.33: Συμπεριφορά προσωπικού ώρα εξέτασης

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	7	7,9
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	29	32,6
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	32	35,9
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	21	23,6
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από τον σεβασμό της προσωπικότητας σας την ώρα της εξέτασης»:

Σε αυτή την ερώτηση υποβαθμίζεται σε ποσοστό 33,7% ότι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι αισθάνονται οι ασθενείς από τον σεβασμό της προσωπικότητας που νιώθουν την ώρα της εξέτασης μαζί με ποσοστό 33,7% ότι είναι ικανοποιημένοι. Ενώ το 5,6% είναι δυσαρεστημένοι (βλ. Πίνακα 2.34).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.34: Σεβασμός προσωπικότητας την ώρα της εξέτασης

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	5	5,6
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	30	33,7
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	30	33,7
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	23	25,9
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων»:

Όσον αφορά αυτήν την ερώτηση το μεγαλύτερο ποσοστό 48,3% απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι από την αξιοπιστία των αποτελεσμάτων ενώ μόλις το 4,5% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.35).

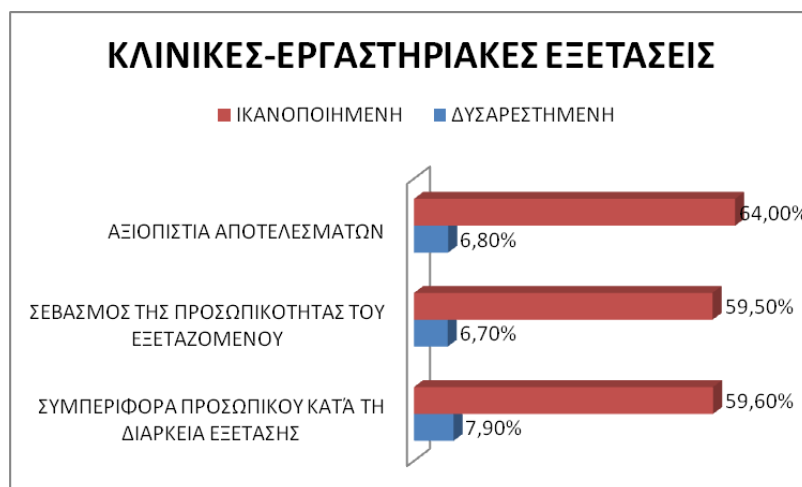
ΠΙΝΑΚΑΣ 2.35: Αξιοπιστία αποτελεσμάτων

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	4	4,5
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	26	29,2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	43	48,3
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	14	15,7
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

Συνοψίζοντας.....

Τους παραπάνω πίνακες που αφορούν ερωτήσεις σχετικά με τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις που πραγματοποιούνται στην κλινική τα αποτελέσματα ικανοποίησης είναι σε πολύ μεγάλο ποσοστό ικανοποιητικά (βλ. πίνακα 2.36).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.36: Κλινικές-εργαστηριακές εξετάσεις



«Είσαστε ικανοποιημένοι από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.37 φαίνεται ότι 40,5% (36 άτομα) είναι ικανοποιημένα από την ποιότητα της ιατρικής φροντίδας ενώ το 7,9% (7 άτομα) είναι δυσαρεστημένα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.37: Ποιότητα ιατρικής φροντίδας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	7	7,9
ΟΥΤΕ	23	25,8
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	36	40,5
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	23	25,8
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από την συμπεριφορά των ιατρών»:

Όσον άφορα αυτή την ερώτηση το 30,3% (27 άτομα) απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των ιατρών ενώ το 10,1% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.38)

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.38: Συμπεριφορά ιατρών

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	3	3,4
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	9	10,1
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	27	30,3
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	17	19,1
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από την ψυχολογική υποστήριξη των ιατρών»:

Σε αυτή την ερώτηση υποβαθμίζεται σε ποσοστό 34,8% ότι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι αισθάνονται οι ασθενείς από την ψυχολογική υποστήριξη που νιώθουν από του ιατρούς μαζί με ποσοστό 34,8% ότι είναι ικανοποιημένοι. Ενώ το 7,9% είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.39).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.39: Ψυχολογική υποστήριξη ιατρών

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	4	4,5
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	7	7,9
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-	31	34,8
ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	31	34,8
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	16	18,0
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από το πόσο κατανοητή ήταν η ενημέρωση από τους ιατρούς»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.40 το 34,8% των ασθενών απαντήστε ότι είναι ικανοποιημένη από το πόσο κατανοητή ήταν η ενημέρωση από του γιατρούς ενώ το 6,7% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένη.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.40: Κατανοητή ενημέρωση από ιατρούς

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	6	6,7
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-	36	40,5
ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	31	34,8
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	14	15,7
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από την γενικότερη συμπεριφορά των ιατρών»:

Σε αυτή την ερώτηση η πλειοψηφία (βλ. πίνακα 2.41) το 46,1% απάντησε ότι είναι ικανοποιημένη από την γενικότερη συμπεριφορά των ιατρών, ενώ το 2,2% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.41: Γενικότερη συμπεριφορά των ιατρών

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,2
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-ΟΥΤΕ	34	38,2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	41	46,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	11	12,4
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

Συνοψίζοντας.....

Τους παραπάνω πίνακες που αφορούν το ιατρικό προσωπικό οι περισσότεροι ασθενείς απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι σε όλες τις ερωτήσεις ενώ το μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης συγκεντρώνεται στη ερώτηση σχετικά με την συμπεριφορά των ιατρών στην συγκεκριμένη κλινική σε ποσοστό 49,4% ενώ η απόκλιση με τους δυσαρεστημένους ασθενείς είναι 35,9% (βλ. πίνακα 2.42).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.42: Ιατρικό προσωπικό



« Ικανοποίηση από την ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας»:

Η πλειοψηφία των ασθενών 39 άτομα (43,8%) απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ 8 άτομα 9% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.43).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.43: Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	8	9,0
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-	28	31,5
ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	39	43,8
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	14	15,7
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από την συμπεριφορά των νοσηλευτών»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.44 το 28,1% των ασθενών απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά των νοσηλευτών ενώ το 6,7% των ασθενών απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.44: Συμπεριφορά των νοσηλευτών

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	6	6,7
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-	40	44,9
ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ		
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	25	28,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	16	18,0
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από την ψυχολογική υποστήριξη που σας παρείχαν οι νοσηλευτές»:

Σε αυτή την ερώτηση υποβαθμίζεται σε ποσοστό 37,1% ότι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι αισθάνονται οι ασθενείς από την ψυχολογική υποστήριξη που νιώθουν από του νοσηλευτές μαζί με το ποσοστό 37,1% ότι είναι ικανοποιημένοι. Ενώ το 9% είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.45).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.45: Ψυχολογική υποστήριξη από νοσηλευτές

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	8	9,0
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	14	15,7
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από την γενικότερη συμπεριφορά των νοσηλευτών»:

Όσον άφορα αυτή την ερώτηση και σύμφωνα με τον πίνακα 2.46 υποβαθμίζεται σε ποσοστό 40,4% ότι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι αισθάνονται οι ασθενεία από την γενικότερη συμπεριφορά των νοσηλευτών μαζί με ποσοστό 40,4% ότι είναι ικανοποιημένοι. Ενώ το 2,3% είναι δυσαρεστημένοι .

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.46: Γενικότερη συμπεριφορά των νοσηλευτών

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	36	40,4
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	36	40,4
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	15	16,9
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

Συνοψίζοντας.....

Τους παραπάνω πίνακες που αφορούν ερωτήσεις σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό της κλινικής οι ασθενείς παρουσιάζονται ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από αυτό. Τα ποσοστά των ασθενών που απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από την γενικότερη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κυμαίνονται από 46,1% έως 59,5% (βλ. πίνακα 2.47).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.47: Νοσηλευτικό προσωπικό



« Ικανοποίηση από την συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού»:

Οι ασθενείς σε αυτή την ερώτηση και σύμφωνα με τον πίνακα 2.48 απάντησαν σε ποσοστό 43,8% ότι είναι ικανοποιημένοι και σε ποσοστό 4,5% ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.48: Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	4	4,5
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	35	39,3
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	39	43,8
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	10	11,3
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Είσατε ικανοποιημένη από την ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασίας από το διοικητικό προσωπικό»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.49 το ποσοστό 43,8% (39 άτομα) απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από την ταχύτητα διεκπεραίωση από το διοικητικό προσωπικό ενώ το 7,9% (7 άτομα) απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.49: Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασίες από το διοικητικό προσωπικό

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	7	7,9
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	30	33,7
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	39	43,8
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	12	13,5
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από την γενικότερη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού»:

Σε αυτή την ερώτηση οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό 40,4% ότι είναι ικανοποιημένοι από την γενικότερη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού ενώ το 3,4% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.50).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.50: Γενικότερη συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	3	3,4
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	40	44,9
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	36	40,4
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	8	9,0
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

Συνοψίζοντας....

Τους παραπάνω πίνακες που αφορούν ερωτήσεις σχετικά με το διοικητικό προσωπικό τα ποσοστά με τους ικανοποιημένους ασθενείς κυμαίνονται από 49,4% έως 57,3% ενώ τα ποσοστά με τους δυσαρεστημένους ασθενείς κυμαίνονται από 5,6% έως 9% (βλ. πίνακα 2.51).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.51: Διοικητικό προσωπικό



«Ικανοποίηση από τον τρόπο αντιμετώπισης των επισκεπτών»:

Όσον αφορά αυτή την ερώτηση το 34,8% απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι από το τρόπο που αντιμετώπισαν του επισκέπτες-συνοδούς τους το προσωπικό ενώ το 11,2% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.52).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.52: Τρόπος αντιμετώπισης επισκεπτών

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	10	11,2
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	31	34,8
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	13	14,6
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

«Ικανοποίηση από την εμπιστευτικότητα (προστασία προσωπικών δεδομένων)»:

Το μεγαλύτερο ποσοστό 43,8% απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι από την προστασία των προσωπικών δεδομένων ενώ το 7,9% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένο (βλ. πίνακα 2.53).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.53: Προστασία προσωπικών δεδομένων

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	7	7,9
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ-ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	29	32,6
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	39	43,8
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	13	14,6
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από τον τρόπο χρέωσης των υπηρεσιών»:

Σε αυτή την ερώτηση και σύμφωνα με τον πίνακα 2.54 υποβαθμίζεται σε ποσοστό 37,1% ότι ούτε δυσαρεστημένοι ούτε ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από το τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες μαζί με ποσοστό 37,1% που απάντησε ότι είναι ικανοποιημένοι. Ενώ το 12,4% είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.54: Τρόπο χρέωσης υπηρεσιών

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,2
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	11	12,4
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	10	11,2
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από την παροχή πληροφοριών σε θέματα πρόληψης»:

Συμφώνα με τον πίνακα 2.55 οι ασθενείς απήντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι σε ποσοστό 39,3% από τις συμβουλές που τους παρείχε η κλινική σε θέματα πρόληψης ενώ το 12,4% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.55: Συμβουλές σε θέματα πρόληψης

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	11	12,4
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	33	37,1
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	35	39,3
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	9	10,1
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από την ενημέρωση που σας δόθηκε για την κατάσταση της υγείας σας»:

Όσο αφορά αυτή την ερώτηση οι ασθενείς απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι σε ποσοστό 28,1% ενώ σε ποσοστό 11,2% απάντησαν ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.56).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.56: Ενημέρωση για κατάσταση υγείας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	2	2,3
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	10	11,2
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	29	32,6
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	25	28,1
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	23	25,8
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Ικανοποίηση από τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας»:

Σε αυτή την ερώτηση το 36% (32 άτομα) απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι από τον σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας που τους παρείχε η κλινική ενώ το 5,6% απάντησε ότι είναι δυσαρεστημένοι (βλ. πίνακα 2.57).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.57: Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΠΟΛΥ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	1	1,1
ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ	5	5,6
ΟΥΤΕ ΔΥΣΑΡΕΣΤΗΜΕΝΗ- ΟΥΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	34	38,2
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	32	36,0
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΗ	17	19,1
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

Συνοψίζοντας.....

Τους παραπάνω πίνακες που αφορούν ερωτήσεις σχετικά με την γενική εξυπηρέτηση της κλινικής οι περισσότεροι ασθενείς απάντησαν ότι είναι ικανοποιημένοι. Τα ποσοστά με τους ικανοποιημένους ασθενείς κυμαίνονται από 48,3% έως 58,4% και τα ποσοστά με τους δυσαρεστημένους ασθενείς κυμαίνονται από 6,7% έως 14,6% ενώ η μεγαλύτερη απόκλιση(49,4%) συγκεντρώνεται στην ερώτηση που αφορά την εμπιστευτικότητα (βλ. πίνακα 2.58).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.58: Γενική εξυπηρέτηση



« Συνολική αξιολόγησης γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής»:

Σε αυτή την ερώτηση η πλειοψηφία 23,6% αξιολόγησε την κλινική με βαθμό 7 ενώ το 18% την αξιολόγησε με βαθμό 5. Υπενθυμίζεται ότι η κλίμακα αξιολόγησης ξεκινούσαμε 0 ως κατώτερο βαθμό και 10 ως ανώτατο βαθμό (βλ. πίνακα 2.59).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.59: Συνολική αξιολόγηση κλινικής

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΒΑΘΜΟΣ 5	9	10,1
ΒΑΘΜΟΣ 6	16	18,0
ΒΑΘΜΟΣ 7	21	23,6
ΒΑΘΜΟΣ 8	19	21,3
ΒΑΘΜΟΣ 9	17	19,1
ΒΑΘΜΟΣ 10	7	7,9
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« Θα ερχόσασταν ξανά στην κλινική»:

Συμφώνα με το διάγραμμα 2.60 οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό 46.1% ότι Μάλλον ναι θα ξαναβροντούσαν στην κλινική ενώ το ποσοστό 16,9% απάντησε ότι μάλλον όχι δεν θα ξανά ερχόντουσαν στην κλινική.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.60: Θα ερχόσασταν ξανά στην κλινική

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	15	16,9
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	41	46,1
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	33	37
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

« θα συστήνατε την κλινική σε φίλους»:

Σε αυτή την ερώτηση οι ασθενείς απάντησαν σε ποσοστό 45% ότι μάλλον ναι θα σύστηναν την κλινική σε φίλους και συγγενείς ενώ το 14,6% απάντησε μάλλον όχι (βλ. πίνακα 2.61).

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.61: θα συστήνατε την κλινική σε φίλους και συγγενείς

	ΣΥΧΝΟΤΗΤΑ	ΠΟΣΟΣΤΑ %
ΣΙΓΟΥΡΑ ΟΧΙ	1	1,1
ΜΑΛΛΟΝ ΟΧΙ	13	14,6
ΜΑΛΛΟΝ ΝΑΙ	40	45
ΣΙΓΟΥΡΑ ΝΑΙ	35	39,3
ΣΥΝΟΛΟ	89	100,0

5.3. Ικανοποίηση/Δυσανεσκη ανά κατηγορία & Δείκτης Γενικής Ικανοποίησης

	Δυσανεσκημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΥΠΟΔΟΧΗ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ			
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.	10,10%	59,60%	3,6854
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε, τη συμπλήρωση των εγγράφων κ.τ.λ.).	13,50%	61,80%	6,6629
Ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση σας στην κλινική.	6,80%	67,40%	3,7978
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής	13,50%	65,20%	3,6629
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση-ψύξη).	13,50%	57,30%	3,5506
Ησυχία.	21,30%	47,20%	3,3146
Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (w.c.,μπάνια).	16,90%	46,00%	3,3483
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία.	21,30%	40,50%	3,2921
Ικανοποίηση από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί σας.	21,30%	58,50%	3,5169
Ποιότητα φαγητού.	23,60%	45,00%	3,236
	Δυσανεσκημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ			
Έγκαιρη εισαγωγή.	13,40%	56,20%	3,9326
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή επέμβασης.	13,40%	50,60%	3,5281
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων.	10,10%	57,30%	3,6404
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας/ημέρας του ραντεβού εξέτασης ή επέμβασης.	15,70%	47,20%	3,4045
	Δυσανεσκημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΚΛΙΝΙΚΕΣ-ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ			
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων.	7,90%	59,60%	3,7528
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου (παραβάν, κ.τ.λ.).	6,70%	59,50%	3,7753
Αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.	6,80%	64,00%	3,7079
	Δυσανεσκημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ			
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών).	7,90%	66,30%	3,8636
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).	13,50%	49,40%	3,5169
Ψυχολογική η υποστήριξη από τους ιατρούς.	12,40%	52,80%	3,5393
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης σας.	9,00%	50,50%	3,5506
Γενικότερη Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.	3,30%	58,50%	3,6629

	Δυσανεστημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ			
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών).	9,00%	59,50%	3,6629
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).	9,00%	46,10%	3,5281
Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό.	10,10%	52,80%	3,573
Γενικότερη Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.	2,30%	57,30%	3,7191
	Δυσανεστημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ			
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).	5,60%	55,10%	3,5955
Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασίας από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης).	9,00%	57,30%	3,6067
Γενικότερη Συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.	5,70%	49,40%	3,5056
	Δυσανεστημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ			
Τρόποι αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνόδων σας	13,50%	49,40%	3,4831
Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών δεδομένων).	9,00%	58,40%	3,6292
Τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες.	14,60%	48,30%	3,4494
Τις συμβουλές και οδηγίες για θέματα πρόληψης.	13,50%	49,40%	3,6404
Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας.	13,50%	53,90%	
Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας.	6,70%	55,10%	3,6629
	Δυσανεστημένη	Ικανοποιημένη	Μέσος Όρος
ΓΕΝΙΚΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ			
Γενική ικανοποίηση από την κλινική.	10,10%	89,90%	7,4494
Θα ξανά επιλέγατε την κλινική.	16,90%	83,10%	3,2022
Θα συστήνατε την κλινική.	15,70%	84,30%	3,2247

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Συνοψίζοντας τα αποτελέσματα της παραπάνω ανάλυσης, διαπιστώνουμε ότι αν και η γενικότερη εντύπωση που επικρατεί είναι ότι οι δημόσιες υπηρεσίες υστερούν σημαντικά και δεν ανταποκρίνονται στις απαιτήσεις που επιβάλλουν τα διεθνή πρότυπα και οι προσδοκίες των χρηστών, η μέτρηση της ικανοποίησης από τη φροντίδα που παρέχουν, οδηγεί σε αντίθετα συμπεράσματα.

Έτσι η ικανοποίηση από τα δημόσια νοσοκομεία κυμαίνεται σε σχετικά υψηλά επίπεδα, παρά τα δεδομένα προβλήματα που σχετίζονται με την ξενοδοχειακή υποδομή, την έλλειψη προσωπικού, την καθαριότητα των χώρων και τη συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας.

Επιπλέον αξίζει να αναφερθεί ότι η ποιότητα της περίθαλψης που παρέχεται από τα δημόσια νοσοκομεία υφίσταται σημαντική επιβάρυνση από την απορρόφηση ενός μεγάλου μέρους των υλικών και ανθρώπινων πόρων στα εξωτερικά ιατρεία τα οποία επισκέπτεται το 30% του πληθυσμού για την παροχή πρωτοβάθμιας περίθαλψης.

Από την άλλη, οι υπηρεσίες των ιδιωτικών κλινικών δημιουργούν μεγαλύτερο αίσθημα ικανοποίησης στους πολίτες, αν και όπως προκύπτει από τις σχετικές μελέτες τα βαρύτερα περιστατικά αντιμετωπίζονται κυρίως σε δημόσια νοσοκομεία. Αυτό ουσιαστικά σημαίνει ότι η ικανοποίηση από την πλευρά των χρηστών αφορά κυρίως στις γενικότερες συνθήκες νοσηλείας και λιγότερο σε αυτή καθ' αυτή την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και το ιατρικό έργο.

Στην παρούσα έρευνα υπογραμμίζεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών της μαιευτικής- γυναικολογικής κλινικής επηρεάζονται από πολλούς και διαφορετικούς παράγοντες.

Μέσα από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών στην μαιευτική-γυναικολογική κλινική του ΠΑΓΝΗ βρέθηκε ότι η συνολική ικανοποίηση πληθυσμού-στόχου κυμάνθηκε σε υψηλά επίπεδα. Ως προς την ικανοποίηση από την υποδοχή και το περιβάλλον τα αποτελέσματα σημείωσαν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από τους ασθενείς. Ως προς την ταχύτητα εξυπηρέτησης τα αποτελέσματα κυμάνθηκαν σε μέτρια επίπεδα ικανοποίησης από τους ασθενείς. Ως προς τις κλινικές και εργαστηριακές εξετάσεις οι περισσότεροι ασθενείς παρουσίασαν ότι είναι ικανοποιημένοι. Ως προς τις εντυπώσεις από την ιατρική καθώς και νοσηλευτική φροντίδα τα αποτελέσματα κυμάνθηκαν σε υψηλά επίπεδα από τους ασθενείς. Ως προς την ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες τα αποτελέσματα κυμάνθηκαν σε μέτρια έως ικανοποιητικά επίπεδα. Τα αποτελέσματα από την

γενικότερη εξυπηρέτηση κυμάνθηκαν σε μέτρια έως υψηλά επίπεδα από τους ασθενείς.

Όσον αφορά την αξιολόγηση της γυναικολογικής-μαιευτικής κλινικής του ΠΑΓΝΗ Ηρακλείου η πλειοψηφία των ασθενών βαθμολόγησαν τη κλινική με βαθμό 7 (σε κλίμακα 0-10)

Στις ερωτήσεις αν οι ασθενείς θα ξαναερχόντουσαν στη κλινική η θα πρότειναν την κλινική σε φίλους η πλειοψηφία απάντησε και στις δυο ερωτήσεις ότι μάλλον ναι.

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

Σε κάθε πάντως περίπτωση, η αναγκαιότητα τους είναι δεδομένη, αφού συνιστούν τρόπο έκφρασης και αποτύπωσης της ανταπόκρισης του συστήματος υγείας στις προσδοκίες και τις απαιτήσεις των πολιτών και μπορούν να βοηθήσουν σημαντικά την χάραξη της πολιτικής υγείας, διότι:

- Συνιστούν δεξαμενές άντλησης πληροφοριών
- Λειτουργούν ως εργαλείο βελτίωσης της διαχείρισης των νοσοκομείων
- Δημιουργούν τις προϋποθέσεις για επιλογές στόχων διαχείρισης βάσει των προτιμήσεων των καταναλωτών.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗ

- Αλεξανδροπούλου, Μ. & Ζαμπέλλη, Β. (2012). Μονάδες ημερήσιας νοσηλείας: Αξιολόγηση της λειτουργίας τους και εκτίμηση της ικανοποίησης των χρηστών. Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης, 5 (2): 13.
- Ανδριώτη, Δ. (1988). Τα επαγγέλματα υγείας στην Ελλάδα, Εκδόσεις Εξάντας. Πολιτικές Υγείας. Αθήνα.
- Βενιού, Α. & Τεντολούρης, Ν. (2013). Παράγοντες που επηρεάζουν την επικοινωνία ιατρού-ασθενούς. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. Διαδικτυακή σελίδα : <http://www.mednet.gr/archives/2013-5/pdf/613.pdf> . Ημερομηνία πρόσβασης :10-8-2013.
- Γείτονα, Μ. (2001). Ο χάρτης της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα. Περιφερειακές ανισότητες στην υγεία. Ιατρική, 79(3): 259-267.
- Δημητριάδου, Α., και συν. (1991). Απόψεις των νοσηλευομένων που αξιολογούν την νοσηλευτική υπηρεσία. Πρακτικά 18ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, 14-16 Μαΐου, Αθήνα.
- Ζηλίδης, Χ. (1988). Αξιολόγηση των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών υγείας του αγροτικού πληθυσμού. ΑΤΕ. Αθήνα.
- Ζηλίδης, Χ. (1995). Τα Κέντρα Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Προβλήματα και δυνατότητες ανάπτυξης της Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας. Θεσ/νίκη, University Studio Press.
- Καλογεροπούλου, Μ.(2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής. 28(5):667-673.
- Καλογεροπούλου, Μ., Μουρδουκούτας, Π., 2007. *Υπηρεσίες Υγείας*, τόμος Α, εκδόσεις Κλειδάριθμος, Αθήνα
- Καμπάνταη, Μ. & Νιάκα, Δ. (2004). Ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες ενός κοινοτικού κέντρου Ψυχικής Υγείας στη Βόρεια Ελλάδα. Αρχείο Ελληνικής Ιατρικής.
- Καριώτης, Π. (1992). Management Υπηρεσιών Υγείας & Βιοιατρική Τεχνολογία. Αθήνα, Euroclinica.

- Κοτσαγιώργη, Ι. & Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχομένη φροντίδα υγείας. Το Βήμα του Ασκληπιού, 9(4):398-408.
- Κυριόπουλος, Γ., Δημολιάτης, Γ., Λάγγας, Δ. & Φιλαλήθης, Τ. (2002). Η Δημόσια Υγεία στην Ελλάδα. Εκδ., Θεμέλιο, Αθήνα.
- Κυριόπουλος, Γ., Οικονόμου, Χ. & Σουλιώτης, Κ. (2003). Υγεία και υπηρεσίες υγείας στα Βαλκάνια. Εκδ., Παπαζήσης, Αθήνα.
- Λαδά – Χαντζοπούλου, Α. (1978). Η δημόσια υγεία – περιθαλψη στην Ελλάδα: Ιστορική εξέλιξη - σημερινά προβλήματα, Εκδόσεις Σύγχρονα Θέματα, Αθήνα.
- Μανιού, Μ. & Ιακωβίδου, Ε. (2009). Η σημερινή εικόνα των δημόσιων και ιδιωτικών νοσοκομείων στην Ελλάδα. ΤΟ ΒΗΜΑ ΤΟΥ ΑΣΚΛΗΠΙΟΥ, 8(4): 391-396 (Οκτώβριος - Δεκέμβριος 2009). Διαθέσιμο ηλεκτρονικά στο http://www.vima-asklipiou.gr/volumes/2009/VOLUME%2004_09/VA_SP_2_08_04_09.pdf
- Μερκούρης, Α. (1996). «Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών». Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.
- Μόσιαλος, Η. & Θεοδώρου, Μ. (2003). Η χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας στην Ευρώπη. Στο Νιάκας, Δ. (ed.), Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας σελ. 25-48. Αθήνα, Mediforce.
- Μπαϊρακτάρης, Κ., Κωσταγιόλας, Π. & Πλατής, Χ. (2006). Πτυχές και ζητήματα για τον Προγραμματισμό στον Τομέα των Υπηρεσιών Υγείας στην Ελλάδα. Επιθεώρηση Υγείας, 17(9):16-20.
- Μπουρσανίδης, Χ., Μπαλασοπούλου, Α. & Κυριόπουλος, Γ. (1992). Το σύστημα χρηματοδότησης του νοσοκομειακού τομέα στην Ελλάδα ως κύκλωμα Ροών, Λειτουργικών Διαδικασιών, Προϋπολογισμού. Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, 1(4): 23-42.
- Νόμος 2071 ΦΕΚ 123/92 Α', Άρθρο 47. «Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς». Διαθέσιμο ηλεκτρονικά στο <http://www.hiv aids.gr/homepage.php?id=koinonia/dikaionomata>

- Νιάκας, Δ. & Γναρδέλλης, Χ. (2000). Έρευνα σε Γενικό Περιφερειακό Νοσοκομείο της Αθήνας. Ανοιχτό Ελληνικό Πανεπιστήμιο, Ιατρική.
- Οικονομοπούλου, Χ.Β., Λιαρόπουλος, Λ.Λ. & Δόσσιος, Α. (2000). Αξιολόγηση ποιότητας υπηρεσιών υγείας. Επιθεώρηση Υγείας, 11: 35-37.
- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ. & Υφαντόπουλος, Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. Τμήμα Πολιτικής Επιστήμης και Δημόσιας Διοίκησης, Σχολή Νομικών, Οικονομικών και Πολιτικών Ερευνών, Πανεπιστήμιο Αθηνών, Αθήνα, Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Αθήνας, Αθήνα. ΑΡΧΑΙΑΣ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ, 25(1):73-82.
- Παπανικολάου, Β. & Σιγάλας, Ι. (1994). «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της Νοσοκομειακής Φροντίδας», Πρακτικά Συνεδρίου : «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας. Θεσσαλονίκη.
- Πιερράκος, Γ. & Τομάρας, Π.Η.(2009). Ικανοποίηση των Ασθενών στην Ανάπτυξη του Μάρκετινγκ. Υπηρεσιών Υγείας. Νοσηλευτική, 48(1): 105–114.
- Ραγιά, Χ. Α. (1987). Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα.
- Ραφτόπουλος, Β. & Θεοδοσοπούλου, Ε. (2002) Μεθοδολογία στάθμισης μιας κλίμακας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 19(5), 577-589.
- Σουλιώτης, Κ., Δουλγεράς, Α., Κοντός, Δ. & Οικονόμου, Χ. (2002). Η ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα στην Ελλάδα: αποτελέσματα γνώμης στην ευρύτερη περιοχή των Αθηνών. Πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, 14(3):114-118.
- Τομάρας Πέτρος, Εισαγωγή στο μάρκετινγκ και την έρευνα αγοράς, Ιδιωτική έκδοση 2009, Αθήνα
- Τούντας, Γ. (2006). Ο σχεδιασμός των υπηρεσιών υγείας. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(1):72-83.

BIBΛΙΟΓΡΑΦΙΑ ΞΕΝΗ

- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 5 (3), 100-108.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 5 (3), 100-108.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957b). What factors affect patients' opinions of their nursing care. *Hospitals*, 31, 61-64.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957c). What hospitals have done to improve patient care. *Hospitals*, 31, 43.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957d). What patients say about their nursing care. *Hospitals*, 31, 44-48.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957e). What personnel say about nursing care. *Hospitals*, 31, 53-57.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1964). *Patients and personnel speak (U.S. Public Health Service Publication No. 527)*, Washington, D.C.: U.S.Publication Office.
- Abramovitz, S., Cote', A.A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.
- Altschul, A.T. (1983). The consumer's voice: nursing implications. *Journal of Advanced Nursing*, 8, 175-183.
- Anderson, E.B. (2002). Patient-centeredness: a new approach. *Nephrol News Issues*, 16(12):80-2.
- Anderson, L. & Zimmerman, M. (1993). «Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: A study of chronic disease management», *Patient Education and Counseling*, 20 (1: 27-36

- Andrews, J., Fairley, A. & Hyland, M. (1970). A geriatric day ward in an English hospital. *Journal of the American Geriatric Society*, 18(5):378–386
- Baider, L., Uziely, B. & DE Nour, A.K. (1997). The impact of perceived behavior on patient-physician satisfaction. *Ann NY Acad Sci*, 809:266–278
- Barnett, P.B. (2001). Rapport and the hospitalist. *Am J Med*, 111:31S–35S
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1492-1502.
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.
- Bond, S., Thomas, L.H. (1999). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16:1492-1502.
- Briscoe, J., Priebe, S. (2004). Defining day hospitals. *Psychiatry* 3(9):8-10.
- Brocklehurst, J.C. (1973). Role of day hospital care. *British Medical Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, Journal 4:223-225.
- Calvert, J. R. (1980). Relative Performance. In Billing, D (ed.), *Indicators of Performance*. Surrey society for research into higher education pp. 38-59. Surrey, University of Surrey, Guilford.
- Carey, R. G., & Seibert, J.H. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*, 31(9), 834-845.
- Carr-Hill, R. (1992). *Skill-mix Versus Effectiveness of Nursing Care*. York: Centre for Health Economics, University of York.
- Carmel, S. (1985). Satisfaction with hospitalization: A comparative analysis of three types of services. *Soc Sci Med*, 21:1243–1249.
- Cleary, P.D, & McNeil, B.J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.

- Donabedian, A.K. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Ellencweig, A.Y. (1992). Analyzing health systems: A modular approach. Oxford, Oxford University Press.
- Ervin, N.E. (2006). Does patient satisfaction contribute to nursing care quality? *J Nurs Adm*, 36(3):126-30.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I - Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
- Fitzpatrick, J.M., Selby, T.T. & While, A.E. (1998). Patients' experiences of varicose vein and arthroscopy day surgery. *Br. J. of Nursing*, 7(18):1107-1115.
- Fox, J. & Storms, D. (1981). «A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care», *Social Science & Medicine*, 15 (5), σελ 557-564.
- Furse, D. H., Burcham, M. R., Rose, R. L., & Oliver, R. W. (1994). Leveraging the value of customer satisfaction information. *Journal of Health Care Marketing*, 14(3), 16-20.
- Gourley, G. & Duncan, D. (1998). Patient satisfaction and quality of life: Humanistic outcomes. *Am J Manag Care*, 4:746–752.
- Grönroos, C. (1984). "A Service Quality Model and Its Marketing Implications," *European Journal of Marketing*, 18(4), 36-45.
- 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.
- Halfon, N., Inkelas, M., Mistry, R., Olson, L. (2004). Satisfaction with health care for young children. *Pediatrics*, 113:1965–1972.

- Hall, J. A. & Dornan, M. C. (1988a). Meta-Analysis of satisfaction with medical care: Description of reserch domain and analysis of overall satisfaction levels. *Social Science and Medicine*, Vol. 27, No 6, pp. 637-644.
- Hendriks, A.A., Oort, F.J., Vrieling, F.M.A. & Smets, E.M.A. (2002), "Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire", Demartment of Medical Psychology.
- Herzberg, F., Mausner, B., & Snyderman, B. (1959). *The motivation to work*. New York: John Wiley.
- Irish Society for quality & Safety in Healthcare, ISQSH (2005) [web site]. Dublin, Irish Society for Quality and Safety in Healthcare (<http://www.isqsh.ie/> , accessed October 2005).
- 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):337-44.
- Juran, J. M. (1989). *Juran on leadership for quality*. New York: The Free Press.
- Laffel, G. & Blumenthal, D. (1989). "The Case for Using Industrial Quality Management in Health Care Organizations." *Journal of the American Medical Academy*, 262(20):2782. doi:10.1001/jama.1989.03430200010001.
- Lawler, E.E. (1971). *Pay and organizational effectiveness: a psychological view*.
- Lawler, J. (1983). Review of Austerlitz (ed), *The Scope of American Linguistics* (Peter de Ridder, 1975). *American Anthropologist*, 81.
- Leebov, W. (1988). *Service excellence: the customer relations strategy for health care*. U.S.A.: A.H.A., American Hospital Publishing
- Leiter, M., Harvie, P., Frizzell, C. (1998). The correspondence of patient satisfaction and nurse burn-out. *Soc Sci Med*, 47:1611–1617
- Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 577-582.
- Locke, E.A. (1976). The nature and causes of job satisfaction. In M.D. Dunnette (Ed.), *Handbook of industrial and organizational psychology* (pp.1297-1349). Chicago: Rand McNally.

- Marshall, M., Crowther, R., Almaraz-Serrano, C. F., Sledge, W., Kluiters, H., Roberts, C., Hill, E., Wiersma, E., Bond, G.R., Huxley, P. & Tyrer, P. (2001). Systematic reviews of the effectiveness of day care for people with severe mental disorders: (1) Acute day hospital versus admission; (2) Vocational rehabilitation; (3) Day hospital versus outpatient care. *Health Technology Assessment* 5: 21.
- Matsui, D., Cho, M. & Reider, M.J. (1998). Physicians' attire as perceived by young children and their parents: The myth of the white coat syndrome. *Pediatr Emerg Care*, 14:198–201
- Mc Cormick, F. (1974). Job task analysis. In Dunnette, MD (ed.), *Handbook of organizational psychology*, pp. 23-48. Chicago, Rand & McNally.
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patients judgments of hospital quality. *Medical Care*, 28(9), Supplement, 1-56.
- Miller–Bader, M. (1998). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3):11-17.
- Nelson, A.R. (1996). *Measuring performance and improving quality*. Sterling, London.
- Nelson, C.W. & Niederberger, J. (1990). Patient satisfaction surveys: An opportunity for total quality improvement. *Hosp Health Serv Adm*, 35:409–427
- Oberst, M. T. (1984). Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53, 2366-2373.
- Ovretveit, J. (1992). *Health service quality*. Blackwell, London.
- Palmer, H.R., Donabedian, A. & Povar, G.J. (1991). *Striving for quality in health care. An inquiry into policy and practice*. Health Administration Press, Ann Arbor.
- Parasuraman, A., Valarie, A. Z. & Berry, L.L. (1988), "SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality," *Journal of Retailing*, 64 (Spring), 12-40.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Programm Planning*, 6, 189.

- Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.
- 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).
- Robbins, S. P. (1993). *Organizational behavior: Concepts, Controversies and Applications*. New Jersey: Prentice Hall.
- Robinson, J.H., Callister, L.C., Berry, J.A. & Dearing, K.A. (2008). Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes. *J Am Acad Nurse Pract*, 20(12):600-7.
- Ross, M. J., & Turner, J. (1986). The human needs model of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 11, 643-649.
- Rubin, H. R. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review*, 47(3), 267-326.
- Scardina, S. A. (1994). SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 8(2), 38-46.
- Shiu, W., Wong, F. & Martin, C. (1987). Oncology day ward: An evaluation. *Singapore Medical Journal* 28(2):190-191
- Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3), 171-177.
- Snell, J. (1996). Patients' assessment of medical care quality. *Hosp Top*, 74:38-43.
- Steven, I. & Douglas, R. (1998). Dissatisfaction in general practice: What do patients really want? *Med J Aust*, 148:280-282.
- Strasen, L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18(11), 5-6.
- Susman, J. (1994). "Assessing consumer expectations and patient satisfaction", University of Nebraska.
- Tavana, M. Mohebbi, B. Kennedy, D.T. (2003). Total quality index: a benchmarking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6), 507- 527.

- Vuori, H. (1987). Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3), 106-108.
- Ware, J. E., & Snyder, M. K. (1975). Dimensions of patients attitudes regarding doctors and medical care services. *Medical care*, 13(8), 669-682.
- Weech-Maldonado, R., Morales, L.S., Spitzer, K., Elliot, M., Hays, R.D. (2001). Racial and ethnic differences in parents' assessment of pediatric in medical aid managed care. *Health Serv Res*, 36:575–594.
- 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 ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ



ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ

ΗΡΑΚΛΕΙΟΥ ΚΡΗΤΗΣ

ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

Αυτή η έρευνα διεξάγεται στα πλαίσια πραγματοποίησης πτυχιακής εργασίας και διερευνά την μέτρηση ικανοποίησης από την παροχή υπηρεσιών σε γυναικολογική-μαιευτική κλινική. Συμμετέχοντας σε αυτή τη μελέτη, μας βοηθάτε στο να ερευνήσουμε την ποιότητα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η συμπλήρωση αυτού του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική. Οι απαντήσεις που θα δώσετε θα κρατηθούν εμπιστευτικές και θα χρησιμοποιηθούν μόνο για ερευνητικούς σκοπούς.

Σας ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συμμετοχή σας

Υπεύθυνοι Φοιτητές

Ρούφας Κωνσταντίνος ΑΜ. 3896

Ξημεράκη Κωνσταντίνα ΑΜ. 3442

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια

Μπορμπουδάκη Λένα
Health Economist, MPH, PhD Candidate,
Public Health & Health Care Management,
Faculty of Medicine, University of Crete
e-mail: lena_borb@yahoo.gr

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΩΝ ΜΕΤΑΒΛΗΤΩΝ

Παρακαλούμε να μας εκφράσετε την άποψη σας για τις υπηρεσίες της κλινικής. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώνεται ανώνυμα.

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΑΣΘΕΝΟΥΣ:

1. Ηλικία: _____ ετών.

2. Οικογενειακή κατάσταση : Παντρεμένη

Ανύπαντρη

Διαζευγμένη

Χήρα

3. Είστε ασφαλισμένη : ΝΑΙ,

ΟΧΙ

4. Ασφαλιστικός Φορέας _____

5. Ιθαγένεια/Υπηκοότητα (αυτή που αναγράφεται στην ταυτότητα ή στο διαβατήριό σας)

Ελληνική

Άλλη από Ελληνική (παρακαλώ σημειώστε _____)

6. Επίπεδο εκπαίδευσης : Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

Πανεπιστήμιο/ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό Δίπλωμα σπουδών

Διδακτορικό Δίπλωμα Σπουδών (Phd)

Άλλο

7. Νομός που διαμένετε: _____

8. Ποια είναι η παρούσα εργασιακή σας κατάσταση:

- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Ελεύθερος επαγγελματίας
- Αγρότης
- Άνεργος
- Φοιτητής
- Άλλο.....

9. Έχετε νοσηλευτεί ξανά: ΝΑΙ , (πόσες φορές _____)

ΟΧΙ

10. Ποιος ο λόγος νοσηλείας σας: εγκυμοσύνη

άλλο

11. Αν άλλο ποιος ο λόγος _____

12. Αναφέρετε το μηνιαίο εισόδημά σας:

<500€

501-700€

701-1.000€

1001-1500€

1501-2000€

2.001€ και άνω

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΤΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΣΑΣ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΑ ΠΑΡΑΚΑΤΩ:

Τι μέσω χρησιμοποιήθηκε: ΕΚΑΒ ΤΑΞΙ Ι.Χ ΑΛΛΟ

Εύκολη πρόσβαση στην κλινική: ΝΑΙ ΟΧΙ

Δυσκολία εύρεσης θέσης για παρκινγκ: ΝΑΙ ΟΧΙ

Η εισαγωγή σας στην κλινική ήταν: Επείγουσα Προγραμματισμένη

	Πολύ δυσανεστημένη	Δυσανεστημένη	Ούτε δυσανεστημένη Ούτε ικανοποιημένη	Ικανοποιημένη	Πολύ Ικανοποιημένη
ΥΠΟΔΟΧΗ-ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ					
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε.					
Παροχή πληροφοριών (για το που ακριβώς να πάτε, τη συμπλήρωση των εγγράφων κ.τ.λ.					
Ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση σας στην κλινική.					
Εντυπώσεις από την καθαριότητα και λειτουργικότητα στο χώρο υποδοχής.					
Θερμοκρασία χώρων (θέρμανση-ψύξη).					
Ησυχία.					
Καθαριότητα βοηθητικών χώρων (w.c.,μπάνια).					
Προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία.					
Ικανοποίηση από τον αριθμό ατόμων που διαμένουν μαζί σας.					
Ποιότητα φαγητού.					

	Πολύ δυσανεστημένη	Δυσανεστημένη	Ούτε δυσανεστημένη Ούτε ικανοποιημένη	Ικανοποιημένη	Πολύ Ικανοποιημένη
TAXYTHTA EΞYΠHPETHΣHΣ					
Έγκαιρη εισαγωγή.					
Χρόνος αναμονής για τη διενέργεια εξετάσεων ή επέμβασης.					
Χρόνος έκδοσης αποτελεσμάτων εξετάσεων.					
Τήρηση της προγραμματισμένης ώρας/ημέρας του ραντεβού εξέτασης ή επέμβασης.					
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΚΑΙ ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΕΣ ΕΞΕΤΑΣΕΙΣ					
Συμπεριφορά του προσωπικού κατά την διάρκεια των εξετάσεων.					
Σεβασμός της προσωπικότητας του εξεταζόμενου (παραβάν, κ.τ.λ.).					
Αξιοπιστία των αποτελεσμάτων.					
ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΙΑΤΡΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ					
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών).					
Συμπεριφορά των ιατρών (ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).					
Ψυχολογική η υποστήριξη από τους ιατρούς.					
Πλήρης και κατανοητή ενημέρωση από τους ιατρούς σχετικά με την πορεία της κατάστασης σας.					
Γενικότερη Συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.					
ΕΝΤΥΠΩΣΕΙΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ					
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών).					
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).					
Ψυχολογική υποστήριξη από το νοσηλευτικό προσωπικό.					
Γενικότερη Συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.					

	Πολύ δυσανεστημένη	Δυσανεστημένη	Ούτε δυσανεστημένη Ούτε ικανοποιημένη	Ικανοποιημένη	Πολύ Ικανοποιημένη
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ					
Συμπεριφορά διοικητικού προσωπικού (ενημέρωση, ευγένεια, φιλικότητα, σεβασμός).					
Ταχύτητα διεκπεραίωσης διαδικασίας από το διοικητικό προσωπικό (ταχύτητα εξυπηρέτησης).					
Γενικότερη Συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού κατά την διάρκεια της νοσηλείας.					
ΓΕΝΙΚΗ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ					
Τρόποι αντιμετώπισης των επισκεπτών ή συνόδων σας					
Εμπιστευτικότητα (προστασία των προσωπικών δεδομένων).					
Τον τρόπο που χρεώνονται οι υπηρεσίες.					
Τις συμβουλές και οδηγίες για θέματα πρόληψης.					
Την ενημέρωση που σας δόθηκε σχετικά με την κατάσταση της υγείας σας.					
Σεβασμός ανθρώπινης αξιοπρέπειας.					

ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗΣ - ΜΑΙΕΥΤΙΚΗΣ ΚΛΙΝΙΚΗΣ

Σε κλίμακα από το 0 έως το 10 (με 0 το χειρότερο και 10 το καλύτερο) με ποιο βαθμό θα αξιολογούσατε την συνολική σας εμπειρία από την γυναικολογική-μαιευτική κλινική την οποία επισκεφτήκατε.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στην κλινική:

Σίγουρα όχι Μάλλον όχι Μάλλον ναι Σίγουρα ναι

Θα συστήνατε την κλινική σε φίλους ή στην οικογένεια σας:

Σίγουρα όχι Μάλλον όχι Μάλλον ναι Σίγουρα ναι

ΠΑΡΑΚΑΛΟΥΜΕ.ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΤΥΧΟΝ ΕΠΙΣΗΜΑΝΣΕΙΣ Ή ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Σας ευχαριστούμε θερμά για το χρόνο που διαθέσατε για την συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.