

ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

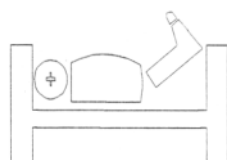
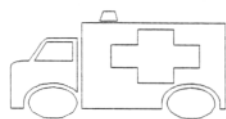
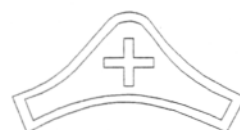
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΠΡΟΝΟΙΑΣ



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ

" Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ-ΚΡΙΤΗΡΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ-ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΕΩΣ"



ΕΠΟΠΤΗΣ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ :
ΠΑΡΑΣΚΕΥΟΠΟΥΛΟΣ ΛΕΩΝΙΔΑΣ

ΣΠΟΥΔΑΣΤΡΙΕΣ :

ΔΡΙΤΣΑ ΠΗΝΕΛΟΠΗ
ΑΥΓΕΡΗ ΑΝΑΣΤΑΣΙΑ

ΚΑΛΑΜΑΤΑ 2000

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- I. Αντωνοπούλου . Λ . , Κομητοπούλου . Δ . και Σοφιανός Ε .(1991) . Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών . Επιθεώρηση Υγείας . 50
- II. Καπανίδης . Ν . (1991) . Ο φόβος του νοσοκομείου . Επιθεώρηση Υγείας . 59 .
- III. Κυριακόπουλος .Ι . , Δράκου . Ι . , Κτένας . Ε . κ' Γεωργούσης . Ε . (1993) . Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα Επιθεώρηση Υγείας . 41 .
- IV. Λανάρα . Β . (1990) . Νοσηλευτική Έρευνα : Εξέλιξη και προοπτικές .
- V. Διαρόπουλος . Λ . (1990) . Το προϊόν του νοσοκομείου: θεωρητικά και πρακτικά προβλήματα μέτρησης Επιθεώρηση Υγείας . 54 .
- VI. Νιάκας . Δ . (1991) . Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης κόστους του υγειονομικού τομέα στο διεθνή χώρο και η Ελληνική περίπτωση . Επιθεώρηση Υγείας . 27 .

Τ Ε Ι Κ Α Λ Α Μ Α Τ Α Σ
Τ Μ Η Μ Α
Ε Κ Δ Ο Σ Ε Ω Ν & Β Ι Β Λ Ι Ο Θ Η Κ Η Σ

Αφιερωμένη

στους γονείς μας

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	1
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	4
ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ.....	7
ΜΕΡΟΣ Α'.....	9
Κεφ.1 Η Ικανοποίηση του Ασθενή	
1.1 Παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών.....	9
1.2 Χρησιμότητα Μέτρησης Ικανοποίησης Ασθενών..	14
Κεφ.2 Η Κατάσταση στην Ελλάδα.....	21
Κεφ.3 Θεωρητική Εξέλιξη και Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών	
3.1 Θεωρητική Εξέλιξη.....	23
3.2 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών.....	26
Κεφ.4 Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Ασθενών	
4.1 Η Εννοια της Ποιότητας των Υπηρεσιών Υγείας ...	32
4.2 Η Εννοια της Ικανοποίησης των Ασθενών.....	39
Κεφ.5 Μέτρηση Ικανοποίησης των Ασθενών από τις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες	44
Κεφ.6 Σημαντικά Ευρήματα.....	48
ΜΕΡΟΣ Β'	

Κεφ.1 Υλικό και Μέθοδος

1.1 Σκοπός Έρευνας.....	52
1.2 Το δείγμα της έρευνας	52
1.3 Μεθοδολογία.....	52

Κεφ.2 Αποτελέσματα

2.1 Περιγραφικά Αποτελέσματα.....	56
2.2 Συζήτηση Αποτελεσμάτων.....	62
2.2.1 Καταλληλότητα Δείγματος.....	62
2.2.2 Αποτελέσματα Ποσοτικής Ανάλυσης.....	63
2.2.3 Συμπεράσματα.....	70

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Τα τελευταία χρόνια , σε παγκόσμιο επίπεδο παρατηρείται ένα έντονο ενδιαφέρον για την μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Στο παρελθόν οι αξιολογήσεις της ποιότητας βασιζόνταν αποκλειστικά στην άποψη του προσωπικού των μονάδων υγείας. Σήμερα όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως θεραπευτική παρέμβαση, ενώ άλλοι προτείνουν ότι η μέτρηση της μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στη διοίκηση προσωπικού, στη λήψη αποφάσεων και στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών και τέλος στην προαγωγή των υπηρεσιών υγείας, ύστερα από μελέτη των συνθηκών της αγοράς.

Ιδιαίτερη σημασία αποκτά η ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες εφόσον το νοσηλευτικό προσωπικό συνιστά την πλειοψηφία του υγειονομικού προσωπικού και βρίσκεται συνεχώς στο

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

Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας άρχισαν το 1956 ,στην Αμερική, από το χώρο της νοσηλευτικής . Σήμερα , σε προηγμένες χώρες , όπως η Αμερική και η Μεγάλη Βρετανία , η μέτρηση της ικανοποίησης είναι κατοχυρωμένη νομικά και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας των νοσοκομείων.

Μια τέτοια προσπάθεια έγινε και από εμάς για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Σκοπός της έρευνας μας ήταν η κατασκευή μιας αξιόπιστης και έγκυρης κλίμακας μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή. Η έρευνα βασίστηκε στη συλλογή ποσοτικών δεδομένων με τη χρήση ερωτηματολογίου.

Τα αποτελέσματα έδειξαν μικρό βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες που τους

παρέχονται . Τα ποσοστά ικανοποιημένων ασθενών , σύμφωνα με τα ποσοτικά δεδομένα , κυμάνθηκαν από 4% για τις κτιριακές εγκαταστάσεις των νοσοκομείων έως 72% για τη φροντίδα που τους παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό .

Οι ασθενείς αναγνώρισαν την πληροφόρηση , το περιβάλλον και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών ως τους σπουδαιότερους παράγοντες και οι προσδοκίες τους ήταν ιδιαίτερα χαμηλές για την πληροφόρηση , την εξυπηρέτηση και το φαγητό. Τέλος οι ασθενείς έδειξαν μια τάση να δικαιολογήσουν την δυσαρέσκεια τους με τη συχνή αναφορά στην έλλειψη προσωπικού την οποία αναγνώρισαν ως πηγή των περισσότερο προβλημάτων.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Σε παγκόσμιο επίπεδο , το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας, ο ανταγωνισμός και οι αυξημένες ανάγκες των ασθενών είχαν ως αποτέλεσμα να δοθεί μεγάλη έμφαση στην μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές .

Οι ειδικοί στη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συμφωνούν ότι υπάρχει ανάγκη για αναγνώριση προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών και αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας είναι ένας σημαντικός και εγκυρος δείκτης της ποιότητας της φροντίδας .

Η επίτευξη ενός επιθυμητού επιπέδου υγείας και ικανοποίησης είναι η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας της φροντίδας . Σήμερα ένα πρόγραμμα ποιοτικής διασφάλισης θεωρείται ελλιπές αν δεν συμπεριλαμβάνει ένα συστηματικό τρόπο με το οποίο οι ασθενείς να μπορούν να αναφέρουν και να αξιολογούν την βασική νοσοκομειακή φροντίδα που έλαβαν .

Σκοπός λοιπόν της πτυχιακής αυτής εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες μέσω ενός μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης των παρακάτω υπηρεσιών .

Σε πολλές χώρες τόσο η μέτρηση της ποιότητας προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας όσο και η συμμετοχή των ασθενών στην ποιοτική βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας είναι είναι κατοχυρωμένη νομικά .Στις Η.Π.Α. το ενδιαφέρον για τις απόψεις των ασθενών ξεκίνησε από μια μεγάλη έρευνα που έγινε σε εθνικό επίπεδο και αφορούσε κύρια τις νοσηλευτικές παρεμβάσεις .Στη συνέχεια με νόμο από το 1973 όλοι οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας που υποστηρίζονταν από την ομοσπονδιακή κυβέρνηση υποχρεώθηκαν να αξιολογούν την ποιότητα της φροντίδας με μετρήσεις του αποτελέσματος της φροντίδας , οι οποίες να αντανακλούν όχι μόνο τις απόψεις των λειτουργιών υγείας αλλά και των ασθενών .

Το 1987 περισσότερα από το 60 - 70% των νοσοκομείων στις Η.Π.Α. έχουν εφαρμόσει κάποιο επίσημο πρόγραμμα η και στρατηγική που αφορούσε τη σχέση με τους ασθενείς . Σήμερα στην ίδια χώρα το μεγαλύτερο όργανο ελέγχου και αξιολόγησης των νοσοκομείων η Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations (JCAHO) ,αναγνωρίζει την σπουδαιότητα των μετρήσεων της

ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτη του αποτελέσματος της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας .

Στη Μ. Βρετανία έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην ικανοποίηση των ασθενών η οποία αντανakλάτε στο White Paper "Working for Patients" στους στόχους του οποίου συμπεριλαμβάνει ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών με κύριο γνώμονα την ικανοποίηση των επιθυμιών που εκφράζουν οι ασθενείς .Αλλά και ο μεγάλος αριθμός σχετικών ερευνών που έχουν γίνει στη Μ. Βρετανία επιβεβαιώνει το αυξανόμενο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα αυτή .

Η δική μας έρευνα έχει σκοπό να διερευνήσει τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες. Για την πραγματοποίηση του σκοπού αυτού χρησιμοποιήσαμε ερωτηματολόγιο αποτελούμενο από 25 ερωτήσεις . Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων έγινε με ανοιχτές συνεντεύξεις σε ασθενείς (N=50, δείγμα από μια παθολογική και μια χειρουργική κλινική του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα) .

Επειτα πραγματοποιήθηκε η ανάλυση των δεδομένων που συλλέξαμε και βγάλαμε τα συμπεράσματα μας τα οποία παραθέτουμε στην παρούσα εργασία .

ΠΕΡΙΓΡΑΜΜΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ

Η εργασία μας αποτελείται από δύο μέρη .Το πρώτο μέρος βασίζεται στη βιβλιογραφία που υπάρχει σχετικά με το θέμα μας .Χωρίζεται σε έξι κεφάλαια .

Στο πρώτο κεφάλαιο γίνεται λόγος γενικά για την ικανοποίηση του ασθενή .Αναλύονται οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών και εξηγείται η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών .

Στο δεύτερο κεφάλαιο αναφερόμαστε στη κατάσταση που επικρατεί στην Ελλάδα σχετικά με τις νοσοκομειακές υπηρεσίες .

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται μια προσπάθεια να δοθεί οροσμός στην έννοια "ικανοποίηση του ασθενών" και παραθέτουμε θεωρίες διαφόρων ερευνητών που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών .

Στο τέταρτο κεφάλαιο αναφερόμαστε στον όρο ποιότητα υπηρεσιών υγείας και στον όρο "ικανοποίηση ασθενών" και προσπαθούμε να βρούμε και να αξιολογήσουμε την σχέση που υπάρχει μεταξύ τους .

Το πέμπτο κεφάλαιο αναφέρεται στη μέτρηση της ικανοποίησης και τους τρόπους με τους οποίους αυτή θα μπορούσε να επιτευχθεί .

Τέλος το έκτο κεφάλαιο παραθέτουμε κάποια σημαντικά ευρήματα σε σχέση με έρευνες που έχουν γίνει για την ικανοποίηση των ασθενών .

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από την έρευνα μας η οποία πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο Αλεξάνδρα και η οποία παρουσιάζεται αναλυτικά παρακάτω .

Στην προσπάθεια μας αυτή είχαμε μεγάλη βοήθεια από τον καθηγητή μας κύριο Λεωνίδα Παρασκευόπουλο τον οποίο θέλουμε να ευχαριστήσουμε. Επίσης θα πρέπει ευχαριστήσουμε τον πρόεδρο του Νοσοκομείου Αλεξάνδρα, κύριο Δέλμαχο Γεώργιο καθώς και την προϊστάμενη της μαιευτικής κλινικής κυρία Καλαιτζάκη Στέλλα, που μας βοήθησαν πολύ για την πραγματοποίηση της ερευνάς μας. Τέλος θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε όλους τους ασθενείς που πρόθυμα πήραν μέρος στην ερευνά μας καθώς και τους γονείς μας που μας συμπαραστάθηκαν τόσο ηθικά όσο και οικονομικά καθ'όλη τη διάρκεια των σπουδών μας.

ΜΕΡΟΣ Α΄

ΜΕΡΟΣ Α΄

Κεφ.1: "Η Ικανοποίηση του Ασθενή."

1.1 Παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών.

Οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας είναι πολλοί. Σύμφωνα με τον Vuori (1987), δύο φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση αυτή 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 τον μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων" .

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

υγείας ως μία κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Όταν ένας ασθενής είναι δυσαρεστημένος και αισθάνεται ότι οι επιθυμίες του δεν λαμβάνονται υπόψη, δεν είναι ενδεικτικό τέλειας πνευματικής ευημερίας αλλά αντίθετα, φτωχής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας .

Άλλοι παράγοντες που συντέλεσαν στην αυξημένη προσοχή που δίνεται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας είναι οι οικονομικοί περιορισμοί και το κλίμα του καταναλωτισμού των τελευταίων δεκαετιών .

Σήμερα, το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί όλα τα ανεπτυγμένα κράτη. Επομένως είναι φανερό η ανάγκη μέτρησης της φροντίδας υγείας προκειμένου να κριθεί η σωστή, ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Είναι φανερό λοιπόν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Εξάλλου σε μία έρευνα, η οποία έγινε σε 51 νοσοκομεία , (τυχαίο δείγμα , N=15.005), βρέθηκε ότι η ικανοποίηση των ασθενών εξηγούσε το 17-27% της μεταβλητότητας των μετρήσεων της οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων . Η έρευνα αυτή δείχνει το ενδιαφέρον που δίνεται τελευταία στη διερεύνηση της σχέσης μεταξύ ικανοποίησης ασθενών και οικονομικής κατάστασης των νοσοκομείων .

Από την άλλη πλευρά το καταναλωτικό κλίμα της εποχής μας έχει οδηγήσει σ'ένα έντονο ανταγωνισμό και στην απάντηση των καταναλωτών για μεγαλύτερη υπευθυνότητα όλων εκείνων που προσφέρουν υπηρεσίες. Η στάση δηλαδή των καταναλωτών έχει δραματικά αλλάξει με την μετάβαση από έναν παθητικό προς έναν ενεργητικό ρόλο. Οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν εξαίρεση .

Σήμερα οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης από ότι στο παρελθόν είναι καλύτερα πληροφορημένοι και πιο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται .Οι ασθενείς όλο και περισσότερο επιζητούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων να γνωρίζουν τι συμβαίνει στην περίπτωση τους και να κατανοούν τη διάγνωση .Επομένως η ποιότητα της φροντίδας στο νοσοκομείο δεν μπορεί να προκύψει μέσα από ορισμούς της ποιότητας που καθορίζονται από τους λειτουργούς υγείας .

Η μετάβαση από έναν παθητικό σε έναν ενεργητικό χρήστη των υπηρεσιών υγείας έχει τις ρίζες της στη δεκαετία του '60 μιας περιόδου που όλοι οι οργανισμοί κοινωνικής προσφοράς αντιμετώπισαν έντονα ερωτηματικά και ήταν ουσιαστικά συνέχεια μιας αλλαγής που είχε ήδη λάβει χώρα στους οργανισμούς και τις επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων .

Άλλωστε η συμμετοχή των καταναλωτών στη διαχείριση

της ποιότητας έχει εφαρμοστεί από παλιά στη βιομηχανία όπου οι έρευνες στο καναλωτικό κοινό κατευθύνουν την παραγωγή ποιοτικών προϊόντων .

Όμως η παροχή υπηρεσιών έχει κάποια ιδιαιτερότητα έναντι των βιομηχανικών προϊόντων,όπως η αύλη φύση τους και ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος, παράγοντες οι οποίοι συντελούν στη δημιουργία μιας στενότερης σχέσης μεταξύ του καταναλωτή των υπηρεσιών και εκείνου που προσφέρει τις υπηρεσίες καθιστώντας δυσκολότερη τη διόρθωση των λαθών .Στις υπηρεσίες υγείας οι χρήστες είναι σε ακόμα στενότερη προσωπική επαφή και εξάρτηση από εκείνους που παρέχουν υπηρεσίες δηλαδή τους λειτουργούς υγείας. Οι διαφορές αυτές καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό στην οργάνωση και στη λήψη αποφάσεων για την παροχή υπηρεσιών που αφορούν άμεσα την υγεία τους .

Η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας έχει επίσης αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια με συνέπεια όχι μόνο την αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας αλλά και την δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων .Παρ'όλο όμως που σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας εξακολουθούν να αισθάνονται ,ότι δεν

τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας .Επομένως είναι αναγκαία η συνεχή μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στη καθημερινή πράξη και ο καλύτερος συντονισμός όλων όσων συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς .

Επιπρόσθετα, δημιουργούνται πολλά ερωτήματα για την επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή .Ο καλύτερος τρόπος για να βρεθεί μια απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής και αυτό , γιατί μπορεί να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό του φάκελο ,για τις οποίες είναι ο πιο αξιόπιστος κριτής.

Συμπερασματικά ,η μετάβαση της κοινωνίας μας από τον ατομικισμό στην έννοια της κοινωνικής ευημερίας και από τον βιολογικό ορισμό της νόσου στο διευρημένο ορισμό της υγείας ,οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι ,το κλίμα του καταναλωτισμού και του ανταγωνισμού ,η αύξηση των αναγκών και απαιτήσεων του πλυθησμού ,και τέλος η τεχνολογική ανάπτυξη και τα επακολουθήματα δείχνουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας να προσαρμοστούν στις νέες αυτές συνθήκες.

1.2 Χρησιμότητα Μέτρησης Ικανοποίησης Ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Οι ασθενείς είναι δυνατόν να δώσουν πληροφορίες οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών. Γι' αυτό το λόγο, πολλοί ερευνητές αγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (Linder – Pelz 1982).

Υποστηρίζεται ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι αντεικιμενικός σκοπός αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Για παράδειγμα, η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας και σύμφωνα με πολλούς ερευνητές θεωρείται όχι μόνο προϋπόθεση για την θεραπευτική αγωγή, αλλά εξισώνεται με την αυτοθεραπεία.

Η ταχύτερη ανάρρωση των περισσότερο ικανοποιημένων ασθενών είναι δυνατό να αποδοθεί στο αίσθημα εμπιστοσύνης και την απορρέουσα συμμόρφωση προς τις θεραπευτικές οδηγίες η οποία πηγάζει από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, λόγω της συμμετοχής των ασθενών με την έκφραση των απόψεων τους για την ποιότητα των υπηρεσιών. Για τον λόγο αυτό, δεν είναι λίγοι εκείνοι που θεωρούν ότι

και μόνο η αναζήτηση της άποψης των ασθενών για την φροντίδα που τους παρέχεται αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση αφού αυξάνει την ικανοποίηση τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή αποτρέποντας την υιοθέτηση ενός παθητικού ρόλου .

Η Ραγιά (1987) υπογράμμισε την άμεση σχέση της ψυχικής κατάστασης και του επιπέδου υγείας των ασθενών λέγοντας ότι η “ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, αλλά και η ψυχική καταστασή των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας “ .

Υποστηρίζεται ότι η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μέτρηση της ικανοποίησης να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας . Έχει δειχθεί ότι οι προσδοκίες των ασθενών δεν είναι καλά σχηματισμένες πριν την είσοδο στο νοσοκομείο . Συνεπώς , εάν το προσωπικό το επιθυμεί , μπορεί να διαμορφώσει ή να επηρεάσει τις προσδοκίες και την αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για τη φροντίδα υγείας . Οι νοσηλευτές , λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή , είναι αυτοί που μπορούν να επηρεάσουν την αντίληψη των ασθενών, να συμβάλλουν ουσιαστικά στη διόρθωση όλων των προβλημάτων και να

εγγυηθούν ότι το περιβάλλον των ασθενών παραμένει θεραπευτικό όλο το εικοσιτετράωρο .

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι επίσης πολύ σημαντική για τους διευθυντές , τα διοικητικά συμβούλια και όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα στο χώρο της υγείας . Ο Leebon (1988) , ειδικός στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας , υποστηρίζει ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παραπονά τους είναι ουσιαστικά μια δεύτερη ευκαιρία για να γίνουν τα πράγματα σωστά .

Σήμερα η αλλαγή θεωρείται ο πιο σταθερός περιβαλλοντικός παράγοντας στις υπηρεσίες υγείας . Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους , για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα και για την επιτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας. Στη συνέχεια, το προσωπικό μπορεί να αξιοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για διορθωτικές παρεμβάσεις, που όχι μόνο θα βελτιώσουν άμεσα τη φροντίδα υγείας και την κατάσταση των ασθενών , αλλά παραλληλα θα αυξήσουν την ικανοποίηση τους , η οποία πιθανό στη συνέχεια να οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία. Επιπρόσθετα , η διοίκηση είναι δυνατό να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην

αξιολόγηση , επεβράβευση και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού .

Στον ιδιωτικό τομέα η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην προσέλκυση των πελατών . Σύμφωνα με μία μεγάλη έρευνα στις Η.Π.Α., εάν ικανοποιηθεί ένας πελάτης το λέει σε άλλους τέσσερις και σε ακραίες περιπτώσεις σε άλλους έντεκα υποψήφιους πελάτες . Γι'αυτό, όταν δεν ικανοποιηθεί ένας πελάτης πρέπει να ικανοποιηθούν τουλάχιστον τρεις για να υπάρξει εξισορρόπηση .

Άλλη έρευνα , η οποία έγινε επίσης στις Η.Π.Α. , έδειξε ότι ένα επισήμως αναφερόμενο παράπονο από έναν ασθενή αντιστοιχεί σε 6-10 σοβαρά και σε 20-50 λιγότερο σοβαρά παράπονα ασθενών για τις περιοχές της φροντίδας από τις οποίες δεν ικανοποιήθηκαν, τα οποία όμως δεν δηλώνονται . Παραγοντοποίηση των παραπάνω δεδομένων έδειξαν ότι το κόστος που προέκυψε από κάθε δυσαρεστημένο ασθενή ήταν 330 δολάρια (Petersen 1988).

Οι ερευνητές και όσοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση στρατηγικής υγείας ενδιαφέρονται τόσο για την μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας σε συνάρτηση με το κόστος , όσο και για την επίδραση που έχει η ικανοποίηση στην πρόσβαση και χρήση των υπηρεσιών υγείας . Υποστηρίζεται ότι ο ικανοποιημένος

ασθενής είναι πιθανότερο να χρησιμοποιήσει πάλι τις υπηρεσίες υγείας.

Σύμφωνα με τον Vuori (1987) , εκτός από τη χρησιμότητα των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών , υπάρχουν και ηθικοί λόγοι για τους οποίους πρέπει να γίνουν καθημερινή πράξη . Σε όλες τις δημοκρατικές κοινωνίες εκείνοι που επηρεάζονται από τις αποφάσεις που τους αφορούν πρέπει να έχουν άποψη για τις αποφάσεις αυτές, διαπίστωση που βασίζεται στην έννοια της δημοκρατίας που γεννήθηκε στη χώρα μας. Αλλά και το Ιπποκρατικό ιδεώδες, σύμφωνα με το οποίο το σημαντικότερο στοιχείο είναι η πλήρης ευεξία του ασθενούς , δίνει την ηθική βάση για την ενσωμάτωση της μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών .

Ο ασθενής έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίηση του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο. Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μία ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς , με στόχο τη βελτίωση των παραγόμενων αγαθών και υπηρεσιών , είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του μεγαλύτερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών , του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας . Το δικαίωμα έκφρασης του ασθενή

δείχνει ουσιαστικά την ευθύνη που έχει το προσωπικό για τη συλλογή αυτών των πληροφοριών .

Ο Strasen (1988) , για την εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης ασθενών , προτείνει τα εξής:

A. Όλοι οι ασθενείς να συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο κατά την εξοδό τους από το νοσοκομείο και τα αποτελέσματα που θα προκύπτουν να είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθούν .

B. Να ενσωματωθούν συγκεκριμένα στάνταρτ ικανοποίησης ασθενών στις αναλύσεις και περιγραφές κάθε θέσης αλλά και στο υπόλοιπο πρόγραμμα ποιοτικής διασφαλισής .

Γ. Να αναπτυχθεί μηχανισμός σύνδεσης ικανοποίησης ασθενών και αξιολόγησης και επιβράβευσης προσωπικού, και

Δ. Να γίνεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των προσφερόμενων υπηρεσιών με βάση τις προσδοκίες, τις ανάγκες και την ανατροφοδότηση από τις απόψεις των ασθενών.

Συνοψίζοντας , η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατό να χρησιμοποιηθεί στη(ν):

A. Αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.

B. Αξιολόγηση συμβουλευτικών παρεμβάσεων και σύνδεση με τη συμπεριφορά υγείας και ασθένειας.

Γ.Λήψη διοικητικών αποφάσεων.

Δ.Αξιολόγηση της επίδρασης αλλαγών στην οργάνωση της φροντίδας.

Ε.Διοίκηση προσωπικού.

ΣΤ.Προσέλκυση ασθενών – πελατών (marketing) και

Ζ.Διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

Κεφ.2 “Η Κατάσταση στην Ελλάδα.”

Μετά το 1960, έγιναν ουσιαστικές αλλαγές στο χώρο της υγείας , αλλά στον ελληνικό λαό είχε ήδη δημιουργηθεί μια αρνητική εικόνα για τα νοσοκομεία πριν από αυτή την περίοδο.Για το λόγο αυτό ακόμα και σήμερα, υπάρχει αναμφισβήτητα μια κρίση εμπιστοσύνης για πολλά νοσοκομεία που εκδηλώνεται κυρίως με τη ροή ασθενών από την επαρχία στο κέντρο.Την τελευταία δεκαετία, γίνεται αρκετός λόγος για τη συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους των δαπανών για την υγεία και την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων . Ολοι οι ερευνητές, συμφωνούν ότι τελευταία παρατηρήθηκε μια αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας η οποία όμως δε συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα.(Κυριόπουλος 1991).

Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, αν και έχουν γίνει κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες σε επιμέρους τομείς των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Λίγες έρευνες αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες .

Αντίθετα, το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των καταναλωτών στον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έχει αυξηθεί, γεγονός που αποδεικνύεται από τις προσπάθειες του

κράτους να βελτιώσει τις σχέσεις πολίτη-κράτους και να κατοχυρώσει τα δικαιώματα των καταναλωτών με νομοθετικές ρυθμίσεις.

Στην περιοχή της ποιότητας της φροντίδας υγείας έχουν γίνει αρκετές ερευνητικές προσπάθειες (Πλατή 1989, Πλατή και Λαναρά 1988, Plati, Lanara, και Mantas 1992), αλλά δεν έχει αναφερθεί κάποια αξιολόγηση στα πλαίσια ενός οργανωμένου προγράμματος. Είναι λοιπόν φανερό η ανάγκη για την εκπόνηση νέων ερευνών οι οποίες να εστιάζουν προς αυτή την κατεύθυνση .

Κεφ.3 “Θεωρητική Εξέλιξη και Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών.”

3.1 Θεωρητική Εξέλιξη.

Πολύ λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για τη δοκιμή παλαιότερων ή την ανάπτυξη νέων θεωριών και δεν έχει δοθεί η δέουσα προσοχή στο νόημα της ικανοποίησης των ασθενών. Οι περισσότερες θεωρίες που έχουν προταθεί για να εξηγήσουν την ικανοποίηση των ασθενών προέρχονται ή βασίζονται στις θεωρίες υποκίνησης, που έχουν αναπτυχθεί και χρησιμοποιηθεί κύρια στον εργασιακό χώρο.

Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών του Maslow(1943, 1970), η οποία προσπαθεί να δώσει μια εξήγηση γιατί οι άνθρωποι δρουν με συγκεκριμένο τρόπο, δεν αναφέρεται άμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών . Η θεωρία αυτή έχει χρησιμοποιηθεί συχνά στη νοσηλευτική ως θεωρητικό πλαίσιο για την παροχή φροντίδας , για την αξιολόγηση των αναγκών και την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς και για την μέτρηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών .

Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι ανθρώπινες ανάγκες ταξινομούνται ιεραρχικά σε βασικές ανάγκες, οι οποίες περιλαμβάνουν τις σωματικές ανάγκες (π.χ. σίτισης, ένδυσης, ανάπαυσης) και την ανάγκη για ασφάλεια και προστασία , και σε ανώτερες ανάγκες , οι οποίες περιλαμβάνουν την

ανάγκη ένταξης σε μία ομάδα, την ανάγκη για αυτοπραγμάτωση δηλαδή την ανάγκη για προσωπική ανάπτυξη των ικανοτήτων του ατόμου. Αν μία ομάδα αναγκών ικανοποιηθεί τότε το άτομο προχωρά στην ικανοποίηση ανώτερων ιεραρχικά αναγκών. Σε αντίθετη περίπτωση το άτομο επηρεάζεται από τις ανικανοποίητες ανάγκες του που κατευθύνουν τη συμπεριφορά του.

Η θεωρία ιεράρχησης των αναγκών έχει ευρέως αναγνωρισθεί και αυτό ίσως να οφείλεται στην απλότητα της και στην ευκολία κατανοησής της. Έχει όμως δεχθεί έντονη κριτική κυρίως όσον αφορά την ύπαρξη ανεξάρτητων και συγκεκριμένων ομάδων αναγκών οι οποίες είναι δυνατό να ιεραρχηθούν και να ισχύουν για όλους τους ανθρώπους καθώς επίσης και τη δυνατότητα εφαρμογής της σε ασθενείς.

Σύμφωνα με κάποιους άλλους ερευνητές (Linder-Pelz, Oberst) αναγνωρίζονται πέντε προσδιοριστικοί ψυχοκοινωνικοί παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών από τη φροντίδα υγείας:

A. Προσδοκίες: είναι η υποκειμενική πιθανότητα να συμβεί ένα γεγονός ή πιο απλά τι περιμένει ο ασθενής .

B. Αξία-Σπουδαιότητα: πόσο σπουδαίο είναι κάτι για τον ασθενή.

Γ. Δικαίωμα: εκφράζει την αντίληψη της φροντίδας ή του αποτελέσματος ως δικαίωμα .

Δ.Γεγονός:είναι η αντίληψη του τι συμβαίνει πραγματικά, και

Ε.Διαπροσωπικές Συγκρίσεις:αναφέρονται στη σύγκριση που κάνουν οι ασθενείς με άλλους, αλλά και με προηγούμενες εμπειρίες τους .

Σημαντικό είναι το γεγονός ότι σχεδόν όλοι οι ερευνητές αναγνωρίζουν τις προσδοκίες ως ένα σημαντικό παράγοντα στη διαμόρφωση της ικανοποίησης των ασθενών. Δεν υπάρχει όμως συμφωνία για το βαθμό και τον τρόπο με τον οποίο οι ακάλυπτες προσδοκίες επιδρούν στη συνολική ικανοποίηση .

3.2 Ορισμός Ικανοποίησης Ασθενών

A. Εννοιολογικός Ορισμός

Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συχνά, οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της αντίληψης τους για την ποιότητα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά ενώ υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών . Ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο όπως π.χ. ευχαρίστηση , εμπιστοσύνη , ευτυχία και για το λόγο αυτό οποιαδήποτε αξιολόγηση είναι πολύ υποκειμενική .

Στην πρώτη έρευνα που έγινε η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλήψεις στη φροντίδα .

Υπάρχουν διάφοροι ορισμοί για την ικανοποίηση των ασθενών που έχουν δοθεί από διάφορους ερευνητές , κάποιιοι είναι οι παρακάτω:

- Η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες

του ασθενούς. Η ικανοποίηση είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό (Donabedian 1980) ,

- Η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας (Petersen 1988),
- Η ικανοποίηση του ασθενή είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας. (Smith 1992) ,
- Η ικανοποίηση του ασθενή είναι ο βαθμός σύγκλισης μεταξύ των προσδοκιών που έχουν οι ασθενείς για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψης τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. (Risser 1975)

Από τους παραπάνω ορισμούς φαίνεται ότι δεν υπάρχει συμφωνία για το αν η ικανοποίηση του ασθενή είναι στάση, αντίληψη ή απλά μια γνώμη για τη φροντίδα υγείας. Στάση είναι η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και συμπεριλαμβάνει τρία στοιχεία, το γνωσιακό, το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά, ενώ η αντίληψη αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με

στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον, και η οποία είναι δυνατό να επηρεαστεί από τις στάσεις του κάθε ατόμου. Σύμφωνα με αρκετούς ερευνητές, η ικανοποίηση των ασθενών είναι στάση η οποία αναφέρεται κύρια στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών την οποία κάνουν . Συχνά τίθεται το ερώτημα κατά πόσο η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αντανακλά στάσεις απέναντι στη ζωή γενικότερα (ικανοποίηση από τη ζωή) , παρόλο που δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία, τα οποία να επιβεβαιώνουν ένα τέτοιο συμπέρασμα.

B. Λειτουργικός Ορισμός.

Ο λειτουργικός ορισμός μιας έννοιας περιγράφει τον τρόπο που αυτή μετρείται στα πλαίσια μιας συγκεκριμένης έρευνας ή δραστηριότητας. Εχουν προταθεί διάφορες διαστάσεις ή περιοχές για την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

Το κύριο ερώτημα είναι αν , και κατά πόσο και ποιες περιοχές της φροντίδας υγείας μπορούν να περιγράψουν ή να ξεχωρίσουν οι ασθενείς .

Τα βιβλιογραφικά δεδομένα υποστηρίζουν την έλλειψη ερευνών ποιοτικού τύπου για την μελέτη του ερωτήματος αυτού . Οι ερευνητές έχουν εφαρμόσει κυρίως ποσοτικές

μεθόδους για να εκτιμήσουν εάν οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές της φροντίδας . Τα αποτελέσματα των ποσοτικών ερευνών που έχουν γίνει ποικίλουν .

Γενικά υπάρχουν ενδείξεις , ότι οι ασθενείς διακρίνουν ξεχωριστές περιοχές φροντίδας .

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

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

- Ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα .
- Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό .
- Ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα .
- Ικανοποίηση από τους βοηθούς νοσηλευτές .
- Ικανοποίηση για την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για διαδικασίες και θεραπείες .
- Ικανοποίηση από τον θόρυβο .
- Ικανοποίηση από την καθαριότητα .
- Ικανοποίηση από το φαγητό .
- Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες συνοδών .
- Και τέλος ικανοποίηση από τις προσδοκίες και το είδος των υπηρεσιών .

Σύμφωνα με τον Meterka και τους συνεργάτες του (1990) υπάρχουν επτά περιοχές ικανοποίησης .

- Υποδοχή των ασθενών .
- Καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο .
- Νοσηλευτική φροντίδα .
- Ιατρική φροντίδα .
- Υπόλοιπο προσωπικό περιβάλλον νοσοκομείου .
- Συνθήκες διαβίωσης .
- Διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης .

Τέλος οι Garey και Seibert (1993) ανέφεραν την ύπαρξη οχτώ περιοχών ικανοποίησης .

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

Από τα παραπάνω γίνεται φανερό ότι η τεχνική πλευρά και οι διαπροσωπικές σχέσεις αναφέρονται στους περισσότερους λειτουργικούς ορισμούς . Στον όρο τεχνική αντιστοιχούν οι τεχνικές ικανότητες , οι γνώσεις , η δεξιοτεχνία , η φυσική φροντίδα , και τέλος η εμπειρία στην εφαρμογή της ιατρικής φροντίδας . Ενώ στον όρο διαπροσωπικές σχέσεις αντιστοιχεί

η θεραπευτική σχέση , η οποία συμπεριλαμβάνει την ευγένεια , την λεκτική και μη επικοινωνία και την δυνατότητα του ασθενούς να συμμετέχει στη φροντίδα υγείας .

Εχει βρεθεί ότι οι ασθενείς ξεχωρίζουν την τεχνική και τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας για διαφορετικές υπηρεσίες και κατηγορίες προσωπικού . Σύμφωνα όμως με άλλους ερευνητές , παρ'όλο που έχει δοθεί πολύ μεγάλη έμφαση στις δύο αυτές διαστάσεις είναι αμφίβολο εάν οι ασθενείς είναι ικανοί να διακρίνουν τις δύο αυτές πλευρές της φροντίδας .

Κεφ.4 “Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίηση Ασθενών”

4.1 Η Έννοια της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας

Μέχρι σήμερα, η έννοια της ποιότητας δεν έχει επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μια έννοια νεφελώδης ή ακόμα και ένα άπιαστο όνειρο. Σύμφωνα με τον Brook η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και σύνθετη.

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

Ο Donabedian, το 1970, όρισε την ποιότητα της φροντίδας ως τη συμμόρφωση μεταξύ της πραγματικής φροντίδας και προκαθορισμένων κριτηρίων αλλά στη συνέχεια τόνισε τη δυσκολία προσέγγισης της έννοιας της

ποιότητας στο χώρο της υγείας, λέγοντας ότι προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας πρέπει πρώτα να λυθεί ένα μυστήριο: το νόημα της ποιότητας. Σύμφωνα με τον ίδιο τον ερευνητή δεν είναι ξεκάθαρο εάν είναι ιδιότητα, ομάδα από λειτουργικά συνδεδεμένες ιδιότητες, απόφαση ή προσωπική προτίμηση. Επομένως, η αναγνώριση των ιδιοτήτων που συνθέτουν την έννοια της ποιότητας είναι πολύ δύσκολη. Αλλά ακόμα και αν υπάρξει αναγνώριση των ιδιοτήτων αυτών θα υπάρχει πάντα το πρόβλημα της μετατροπής τους σε κριτήρια και στάνταρντ τα οποία να μπορούν να χρησιμοποιηθούν για την εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας .

Δεν είναι όμως, μόνο οι ιδιότητες της ποιότητας δύσκολο να οριστούν. Τα φαινόμενα ή τα αντικείμενα που αυτές οι ιδιότητες χαρακτηρίζουν είναι επίσης αόριστα. Για παράδειγμα υπάρχουν διαφορετικές έννοιες για το τι συνιστά η ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος με τον οποίο η ιατρική και η νοσηλευτική περιγράφονται και οργανώνονται στο συγκεκριμένο χώρο. Αν, για παράδειγμα, έχει υιοθετηθεί το μηχανιστικό μοντέλο, τότε η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στον καταμερισμό εργασιών και στην εφαρμογή του επαγγελματικού ρόλου με βάση ιατρικούς – τεχνικούς όρους. Οι διαπροσωπικές και μορφωτικές πλευρές

του νοσηλευτικού ρόλου δεν αναγνωρίζονται και το οργανωτικό σύστημα Δε δίνει το χρόνο να αναπτυχθούν. Αυτό σημαίνει ότι η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας .’

Σύμφωνα με την Lang (1976), η οποία ανέπτυξε το αμερικανικό μοντέλο ποιοτικής διασφάλισης, το οποίο έχει υιοθετηθεί από το Αμερικάνικο Σύνδεσμο Νοσηλευτών, η συζήτηση για την ποιότητα πρέπει να τοποθετηθεί μέσα σε κάποιο γενικότερο πλαίσιο . Προκειμένου να δοθεί ένας χρήσιμος ορισμός της ποιότητας πρέπει να τεθεί το ερώτημα, ποιότητα σύμφωνα με ποιόν και κάτω από ποιές συνθήκες. Από πολλούς ερευνητές υποστηρίζεται ότι είναι αδύνατο να αναπτυχθεί ένας ορισμός για την ποιότητα που να ικανοποιεί όλους τους ενδιαφερόμενους . Παραδοσιακά η αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας βασιζόταν αποκλειστικά στην άποψη των λειτουργών υγείας . Τα τελευταία χρόνια υπάρχει συμφωνία για την ύπαρξη διαφορετικών απόψεων και για αυτό το λόγο τίθεται σε αμφισβήτηση η εγκυρότητα των προσπαθειών συσχέτισης της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας της φροντίδας .

Σε μία έρευνα , στην οποία μελετήθηκαν οι απόψεις του προσωπικού για τη φροντίδα, βρέθηκε ότι:

Α.Το διοικητικό προσωπικό επικεντρώθηκε στην έλλειψη πληροφόρησης ως βασική έλλειψη της φροντίδας.

Β.Το ιατρικό προσωπικό στην απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με τη γραφική εργασία και

Γ.Το νοσηλευτικό προσωπικό στα αίτια που απομακρύνουν το νοσηλευτή από τον ασθενή.

Οι λειτουργοί υγείας φαίνεται ότι βασίζονται περισσότερο στην τεχνική πλευρά, ενώ οι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι στον τρόπο μεταχείρισης και τέλος το κοινωνικό σύνολο δίνει περισσότερη έμφαση στην κατανομή και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας .

Η Larson (1984, 1986, 1987) , μετά την ολοκλήρωση τριών ερευνών, κατέληξε στο αντίθετο συμπέρασμα , δηλαδή, ότι το νοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί πιο σημαντικές τις διαπροσωπικές σχέσεις σε αντίθεση με τους ασθενείς που θεωρούν πιο σημαντικές τις τεχνικές παρεμβάσεις . Στις έρευνες αυτές χρησιμοποιήθηκε η τεχνική “Q”, που βασίζεται στην υποχρεωτική επιλογή και κατανομή των ερωτήσεων.Τα διαφορετικά ευρήματα είναι δυνατό να οφείλονται στις διαφορετικές μεθοδολογικές προσεγγίσεις ή ακόμα και να αντιπροσωπεύουν πολιτισμικές διαφορές ή διαφορές στον τρόπο οργάνωσης της φροντίδας.Αυτό όμως, που έχει σημασία, είναι ότι η αναγνώριση ύπαρξης διαφορετικών απόψεων για τη φροντίδα έχει γίνει αποδεκτή από το σύνολο των επιστημόνων και αποτελεί βασική θέση του Π.Ο.Υ.(W.H.O.1979)

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

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

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

Ο όρος διαδικασίες περιλαμβάνει ότι γίνεται για τον ασθενή ή με άλλα λόγια τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αναζητούν και αποκτούν τη φροντίδα υγείας. Οι μετρήσεις διαδικασιών σκοπεύουν στην αναζήτηση πληροφοριών για προβλήματα που συμβαίνουν κατά τη διάρκεια της παροχής των υπηρεσιών υγείας .

Τέλος, ο όρος αποτελέσματα αναφέρεται στην τελική, συνολική επίδραση των διαδικασιών της φροντίδας στην υγεία και ευεξία των ασθενών και των πληθυσμών. Στο θεωρητικό πλαίσιο αυτό η ικανοποίηση του ασθενούς θεωρείται ένα σημαντικό μέτρο του αποτελέσματος της φροντίδας. (Institute of Medicine 1990) .

Ένα άλλο θέμα που απασχόλησε τους ερευνητές είναι οι διαστάσεις της ποιότητας. Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι η διερεύνηση για την ύπαρξη ή όχι διαστάσεων της ποιότητας της φροντίδας πρέπει να αρχίσει από την απλούστερη μορφή φροντίδας: το χειρισμό από τον ιατρό ή άλλο λειτουργό υγείας ενός επεισοδίου αρρώστιας για ένα συγκεκριμένο ασθενή. Αυτός ο χειρισμός είναι δυνατό να περιλαμβάνει την τεχνική (technical) και τη διαπροσωπική (interpersonal) διάσταση . Η πρώτη περιοχή έχει ονομαστεί ως επιστήμη και η δεύτερη ως η τέχνη της ιατρικής .

Τεχνική είναι η εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας των επιστημών υγείας στο χειρισμό ενός προσωπικού προβλήματος υγείας , με τέτοιο τρόπο, ώστε να

αυξάνεται το όφελος χωρίς να αυξάνονται αντίστοιχα οι κίνδυνοι. Ο βαθμός της ποιότητας της τεχνικής διάστασης είναι ουσιαστικά ο βαθμός στον οποίο η φροντίδα που παρέχεται επιτυγχάνει τον περισσότερο επιθυμητό συνδυασμό οφέλους και κινδύνου .

Η διαπροσωπική διάσταση αναφέρεται στην κοινωνική και ψυχολογική αλληλεπίδραση μεταξύ του θεραπευτή και του θεραπευόμενου. Ο χειρισμός των διαπροσωπικών σχέσεων πρέπει να συναντά κοινωνικά οριζόμενες αξίες και κανόνες που καθορίζουν την αλληλεπίδραση των ατόμων τόσο σε γενικές όσο και σε ειδικές περιπτώσεις. Έτσι το μέτρο της ποιότητας των διαπροσωπικών σχέσεων μετρείται με το βαθμό συμμόρφωσης με αυτές τις αξίες, τους κανόνες, τις προσδοκίες και τις φιλοδοξίες .

Στην τεχνική και στη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας είναι δυνατό να προστεθεί και ένα τρίτο στοιχείο της φροντίδας που ονομάζεται “amenities” (φυσικές ανέσεις, ευκολίες, φυσικό περιβάλλον). Αυτός ο όρος περιλαμβάνει ένα ευχάριστο και άνετο δωμάτιο, καθαρά κλινοσκεπάσματα, καλό φαγητό κ.λ.π. Ο Donabedian θεωρεί αυτή την κατηγορία ως μέρος ή παράγοντα που συνεισφέρει στον χειρισμό των διαπροσωπικών σχέσεων .

Ομως είναι αρκετοί οι ερευνητές που διαφωνούν με αυτή τη διάκριση, ισχυριζόμενοι ότι όλες οι τεχνικές παρεμβάσεις δεν είναι επιστημονικές και μερικές

διαπροσωπικές παρεμβάσεις έχουν επιστημονικό υπόβαθρο. Τελικά, αυτός καθ'αυτός ο διαχωρισμός ίσως να μην έχει τόσο μεγάλη σημασία όσο έχει η χρησιμότητά του.

4.2 “Η Εννοια της Ικανοποίησης των Ασθενών “

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται από πολλούς ερευνητές ως αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας. Η τελική επιβεβαίωση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή το επιθυμητό επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενή που είναι αναπόσπαστο στοιχείο και αναγνωρίσιμο μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών .

Με την παραπάνω άποψη συμφωνούν και άλλοι ερευνητές οι οποίοι αναφέρουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι:

A.Ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα .

B.Δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας και

Γ.Προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας .

Στην πραγματικότητα η οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής.Ερευνητές έχουν προτείνει ένα βασικό μοντέλο, ως

ελάχιστο για την αξιολόγηση της ποιότητας, το οποίο περιλαμβάνει πέντε διαστάσεις:

1. Καταλληλότητα θεραπείας
2. Χρόνος νοσηλείας και άλλες μετρήσεις χρησιμοποίησης πόρων
3. Θνησιμότητα
4. Κατάσταση υγείας και
5. Ικανοποίηση ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας.

Όμως, παρά το γεγονός ότι αναγνωρίζεται από πολλούς ερευνητές η σημαντικότητα της ικανοποίησης των ασθενών, διατυπώνονται και επιφυλάξεις για το εάν μπορούν οι ασθενείς να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας. Σύμφωνα με το Γραφείο Αξιολόγησης της Τεχνολογίας του Κογκρέσου των Η.Π.Α., οι ασθενείς είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, ενώ για την αξιολόγηση της τεχνικής πλευράς της φροντίδας είναι απαραίτητες συμπληρωματικές πληροφορίες από άλλες πηγές. Αντίθετα, άλλοι ερευνητές υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοί να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας.

Υπάρχουν όμως και ερευνητές που αμφισβητούν την άποψη ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι έγκυρος δείκτης της ποιοτικής φροντίδας. Ο Eriksen (1987), για παράδειγμα, αμφισβητεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνεπάγεται και

ποιοτική φροντίδα , γιατί όπως ισχυρίζεται η άσκηση επαγγελματικής νοσηλευτικής, όπως π.χ. η διδασκαλία για αυτοφροντίδα, μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών, λόγω της επιδιωκόμενης αλλαγής στον τρόπο ζωής. Γι' αυτό το λόγο διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης δείχνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας και όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα .

Ο Vuori (1987) διερεύνησε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων ικανοποίησης των ασθενών και κατέληξε ότι:

A. Οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας.

B. Οι ασθενείς μπορεί να είναι σε τέτοια φυσική ή ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις.

Γ. Η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται.

Δ. Οι επαγγελματίες και οι ασθενείς μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους και

Ε. Η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα. Εξαρτάται, ακόμα, από χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η

ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Παραδοσιακά, οι λειτουργοί υγείας καθόριζαν τις ανάγκες των ασθενών και τον τρόπο με τον οποίο θα έπρεπε να ικανοποιηθούν. Ένας λόγος για τον οποίο οι επαγγελματίες υγείας δείχνουν ή έχουν δείξει απροθυμία στο να ρωτούν τους ασθενείς τι σκέφτονται για την ποιότητα της φροντίδας, αποφεύγοντας με αυτό τον τρόπο τον εξωτερικό έλεγχο, είναι ότι το χαρακτηριστικό κλειδί ενός επαγγέλματος είναι ο εσωτερικός έλεγχος πάνω στο τι θεωρείται ποιοτικά αποδεκτή επαγγελματική συμπεριφορά .

Οι ασθενείς φαίνεται να έχουν δυσκολία στο να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων. Αυτή η δυσκολία είναι πιθανό να οφείλεται στην τάση για κοινωνική συμμόρφωση ή/και στην εξάρτηση από το προσωπικό. Μερικές έρευνες έχουν δείξει ότι οι απόψεις του προσωπικού και των ασθενών συμπίπτουν σε μεγάλο βαθμό, ενώ άλλες, ότι το προσωπικό βαθμολογεί την ποιότητα της φροντίδας και την ικανοποίηση των ασθενών χαμηλότερα σε σχέση με τους ασθενείς .

Η ικανοποίηση είναι μία υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς την οποία, οι επαγγελματίες πρέπει να δουν σαν πραγματικότητα, ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Αυτό που είναι σημαντικό είναι

πως αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική, γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών συνδέεται με την συμπεριφορά τους και μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των νοσηλευτικών υπηρεσιών .

Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge (1990) για την ποιότητα που είναι “οτιδήποτε αφορά τον καταναλωτή”, θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι “οτιδήποτε αφορά τον ασθενή”.Ότι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος. Επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά που θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και οικονομικών αποφάσεων .

Κεφ 5.”Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών από τις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες.”

Ο αριθμός των ερευνών που έχουν διερευνήσει την ικανοποίηση νοσοκομειακών ασθενών είναι πολύ μικρότερος από αντίστοιχες έρευνες που έχουν γίνει σε εξωνοσοκομειακούς ασθενείς . Οι έρευνες μέτρησης ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες αναφέρονται στη συνολική ικανοποίηση από τις προσφερόμενες υπηρεσίες λαμβάνοντας υπόψη το σύνολο των υπηρεσιών που προσφέρονται στους νοσηλευόμενους ασθενείς, σε αντιδιαστολή με άλλες , στις οποίες αξιολογούνται συγκεκριμένες διαστάσεις , όπως η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα.Στην περίπτωση της αξιολόγησης της συνολικής ιακνοποίησης των ασθενών δεν είναι εύκολο να βγούν συμπεράσματα και να αξιοποιηθούν τα αποτελέσματα , λόγω της γενικής φύσεως των ερωτήσεων που χρησιμοποιούνται . Πολλοί ερευνητές υποστηρίζουν ότι πρέπει να δοθεί προτεραιότητα στη μέτρηση συγκεκριμένων διαστάσεων ή περιοχών των νοσοκομειακών υπηρεσιών . Σε αυτό το κεφάλαιο θα παρουσιαστούν συνοπτικά τα αποτελέσματα καθώς και οι παράγοντες που έχουν βρεθεί ότι

σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες .

Εφόσον , η μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες μετράει πολλές διαστάσεις ή περιοχές των προσφερόμενων υπηρεσιών ταυτόχρονα, δημιουργούνται δύο σημαντικά ερωτήματα . Πρώτον, είναι σε θέση οι ασθενείς να διακρίνουν ξεχωριστές διαστάσεις ή περιοχές των νοσοκομειακών υπηρεσιών και δεύτερον , πόσο σπουδαία είναι η κάθε διάσταση ή περιοχή των υπηρεσιών για τους ασθενείς .

Εχουν αναφερθεί πολλές μέθοδοι για την αξιολόγηση της σπουδαιότητας που έχει η κάθε περιοχή και ερώτηση για τους ασθενείς . Μια μέθοδος είναι να ερωτηθούν απ'ευθείας οι ασθενείς για το τι θεωρούν σημαντικό. Άλλη μέθοδος είναι να μελετηθεί η συσχέτιση κάθε ερώτησης με τη συνολική βαθμολογία ή με κάποια ερώτηση για τη συνολική ικανοποίηση . Ακόμα όμως και αν αξιολογηθεί η σπουδαιότητα κάθε περιοχής της φροντίδας, δε συνεπάγεται ότι αυτή η ιεράρχιση παραμένει σταθερή στα διάφορα στάδια της ασθένειας . Αυτό μπορεί να αποδοθεί στην ευμεταβλητότητα της ψυχολογικής και της σωματικής κατάστασης των ασθενών που επηρεάζει τις ανάγκες αλλά και τις προσδοκίες τους . Στις περισσότερες όμως μετρήσεις, όλες οι περιοχές ή οι ερωτήσεις θεωρούνται ίσης

σπουδαιότητας . Γι'αυτό υπάρχουν έντονες αμφισβητήσεις για τη χρησιμότητα αυτών των αποτελεσμάτων .

Οι έρευνες που έχουν συμπεριλάβει τη μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες είναι δυνατό να ταξινομηθούν ανάλογα με το θεωρητικό και μεθοδολογικό πλαίσιο που ακολουθούν , σε ποιοτικές και ποσοτικές. Πολλοί υποστηρίζουν ότι οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών που βασίζονται μόνο σε ποσοτικά δεδομένα δεν είναι μεγάλης πρακτικής αξίας , γιατί δεν δίνουν πληροφορίες σχετικές με συγκεκριμένους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς δεν είναι ευχαριστημένοι , αλλά και γιατί δεν τους δίνεται η ευκαιρία να κάνουν προτάσεις για τη βελτίωση των υπηρεσιών. Η ποιοτική προσέγγιση δίνει μεγαλύτερο βάθος πληροφοριών , αλλά δεν επιτρέπει την ανάλυση και σύγκριση μεταξύ ερευνών .

Η βαθμολογία που δίνουν οι ασθενείς για τη φροντίδα τους πρέπει να διαφοροποιηθεί από τις αναφορές που κάνουν για αυτήν . Οι βαθμολογήσεις των ασθενών αντιπροσωπεύουν προσωπικές αξιολογήσεις των παρεχόμενων υπηρεσιών και είναι περισσότερο υποκειμενικές από τις αναφορές, επειδή αντανακλούν τις προσωπικές εμπειρίες, προσδοκίες και προτιμήσεις τους .

Οι αναφορές των ασθενών για τη φροντίδα τους βασίζονται στο θεωρητικό πλαίσιο της μέτρησης με βάση κάποιο κριτήριο . Αφορούν γεγονότα που συνέβησαν ή όχι

και είναι περισσότερο αντικειμενικές . Το μειονέκτημα στην περίπτωση αυτή είναι , ότι από ένα αριθμό συμβάντων ή συνθηκών που ικανοποιήθηκαν εξάγεται έμμεσα το συμπέρασμα ότι κάποιος ασθενής είναι ικανοποιημένος, ή όχι, χωρίς να λαμβάνονται υπόψη οι ατομικές διαφορές και η σπουδαιότητα που έχει το κάθε συμβάν για τον κάθε άρρωστο.

Κεφ.6 “Σημαντικά Ευρήματα”

Στις περισσότερες έρευνες, που έχουν γίνει, αναφέρεται υψηλός βαθμός ικανοποίησης των ασθενών με εξαίρεση το φαγητό, το θόρυβο και την παροχή πληροφόρησης. Πολλοί παράγοντες έχουν προταθεί για να εξηγήσουν το υψηλό επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών, όπως η επιθυμία κοινωνικής αποδοχής, η διστακτικότητα για έκφραση αρνητικών απόψεων λόγω πιθανής εξάρτησης από το προσωπικό στο μέλλον και η μέθοδος μέτρησης. Υπάρχει όμως πάντα το ενδεχόμενο οι υπηρεσίες που προσφέρονται να είναι πραγματικά υψηλού επιπέδου. Ανεξάρτητα όμως από τους λόγους για τους οποίους η ικανοποίηση των ασθενών είναι υψηλή, το μικρό ποσοστό μη ικανοποιημένων ασθενών είναι σημαντικό επειδή αντιπροσωπεύει ένα μεγαλύτερο αριθμό ασθενών που διαστάζουν να εκφράσουν τα παραπονά τους και γι' αυτό το λόγο, πρέπει να δίνεται περισσότερη έμφαση στα αρνητικά σχόλια.

Ο σπουδαιότερος παράγοντας που επηρεάζει τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, όπως έχει βρεθεί από παραγοντική ανάλυση και συσχέτιση των διαφορετικών διαστάσεων με τη συνολική βαθμολογία, είναι η ικανοποίηση των ασθενών από τη

νοσηλευτική φροντίδα . Σ' αυτό το συμπέρασμα καταλήγουν τα αποτελέσματα όλων των σχετικών ερευνών, με εξαίρεση δύο έρευνες, οι οποίες έγιναν στο Ισραήλ , και έδειξαν ότι η ιατρική φροντίδα ήταν ο σπουδαιότερος παράγοντας για τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών. Αυτό είναι δυνατό να αποδοθεί στις υπάρχουσες πολιτισμικές διαφορές, στην οργάνωση της φροντίδας και στον τρόπο που αναγνωρίζονται η ιατρική και η νοσηλευτική στη συγκεκριμένη χώρα . Άλλοι παράγοντες που ακολουθούν σε βαθμό σπουδαιότητας είναι η ξενοδοχειακή υποστήριξη, το φαγητό και ο θόρυβος . Σημαντική θεωρείται επίσης και η παροχή της πληροφόρησης με την οποία οι ασθενείς εμφανίζονται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι . Πρόσφατες έρευνες δείχνουν ότι η επικοινωνία μεταξύ προσωπικού και ασθενών είναι μία από τις πιο συχνές πηγές δυσαρέσκειας .

Η ιατρική φροντίδα έχει βρεθεί ότι συνεισφέρει ελάχιστα στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης του ασθενούς από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες και την προθεσή του να συστήσει το νοσοκομείο σε άλλους. Αυτό μπορεί να οφείλεται σε δύο λόγους :

A. στην ισχυρή πίστη και δέσμευση του ασθενούς προς τον ιατρό, τον οποίον επιλέγουν και

B. στην τάση των ασθενών να αποδεσμεύσουν τους ιατρούς από το νοσοκομείο .

Σε αντίθεση με το ιατρικό προσωπικό, για τους νοσηλευτές οι ασθενείς δεν έχουν επιλογή, γεγονός που ίσως τους κάνει να είναι πιο κριτικοί απεναντί τους. Μια άλλη εξήγηση που μπορεί να δοθεί είναι ότι οι ασθενείς περιορίζουν την κριτική τους στις πλευρές εκείνες της φροντίδας που μπορούν εύκολα να κατανοήσουν .

Ένα άλλο σημαντικό εύρημα για το οποίο φαίνεται να υπάρχει σύμφωνα είναι η σχέση του χρόνου που μεσολαβεί από την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο και της χρονικής στιγμής που αξιολογείται η ικανοποίηση της . Αρκετοί ερευνητές έχουν μια σχέση που παίρνει την μορφή "Q" . Δηλαδή οι ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας ή λίγο χρόνο μετά και αρκετούς μήνες αργότερα εξέφρασαν μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με αρρώστους που είχαν βγει από το νοσοκομείο λίγες εβδομάδες πριν .

Τα ευρήματα για την συσχέτιση των ατομικών χαρακτηριστικών με την συνολική ικανοποίηση ποικίλουν . Συχνά αναφέρεται , ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετικές προτιμήσεις και ανάγκες , χαμηλότερες προσδοκίες και απαιτήσεις ή γιατί υπάρχει διαφορά στην αντιμετώπισή τους .

Στη χώρα μας έχουν γίνει τρεις μεγάλες έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών από την νοσοκομειακή φροντίδα . Ο Κυριόπουλος και οι συνεργάτες του , σε μια έρευνα που έγινε στην περιοχή των Αθηνών (N=467, τυχαίο δείγμα) βρήκαν ότι

οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις ιατρικές (72%) σε σχέση με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες (61%). Επίσης στην πλειοψηφία τους (59,6) είχαν κακή άποψη για την ξενοδοχειακή υποδομή και τους χώρους υγιεινής.

Σε παρόμοια αποτελέσματα για το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, αλλά με χαμηλότερα ποσοστά ικανοποιημένων ασθενών (49,6% , 34,6% αντίστοιχα) , κατέληξαν και οι Παπανικολάου και Σιγάλας (1995) , σε μια έρευνα που έγινε σε δύο μεγάλα νοσοκομεία της Θεσσαλονίκης (N=831) . Οι λειτουργικές ελλείψεις η καθαριότητα και η έλλειψη επικοινωνίας ήταν τα συχνότερα προβλήματα που αναφέρθηκαν από τους ασθενείς και στη μελέτη αυτή .

Τέλος η Αντωνοπούλου και οι συνεργάτες της (1991) μελέτησαν τους παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης ασθενών που προσέρχονται στα εξωτερικά ιατρεία τις ημέρες εφημερίας (N=200 τυχαίο δείγμα) . Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η ικανοποίηση των ασθενών καθορίζεται από δύο παράγοντες , την επικοινωνία που είχαν κυρίως με τους ιατρούς και τους λόγους για τους οποίους τον επισκέφτηκαν τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου .

ΜΕΡΟΣ Β'

ΜΕΡΟΣ Β΄

ΕΡΕΥΝΑ

Κεφ.1 ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ

1.1 Σκοπός έρευνας :

Η κατασκευή ενός μοντέλου ποιοτικής αξιολόγησης των νοσοκομειακών υπηρεσιών για την διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από τις παραπάνω υπηρεσίες .

1.2 Το δείγμα της έρευνας :

Το δείγμα της έρευνας αποτέλεσαν ασθενείς κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους στο νοσοκομείο Αλεξάνδρα (σ'ένα παθολογικό και ένα χειρουργικό τομέα) . Αποτελείται από πενήντα (50) ασθενείς . Οι ασθενείς που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο Αλεξάνδρα είναι άτομα από το γενικό πληθυσμό Αθηνών και Επαρχίας και προέρχονται από όλες τις κοινωνικοοικονομικές τάξεις .

1.3 Μεθοδολογία :

A. Κριτήρια επιλογής δείγματος .

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος της μελέτης ήταν :

- Οι ασθενείς να έχουν νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο τμήμα τρεις τουλάχιστον μέρες πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης .
- Να υπάρχει η δυνατότητα λεκτικής επικοινωνίας .

- Οι ασθενείς να βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας και να μην λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα ή να υποβάλλονται σε κάποια άλλη θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε την ψυχολογική τους κατάσταση .
- Να υπάρχει προφορική συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα ύστερα από επεξήγηση του σκοπού της έρευνας και μίας συντομής περιγραφής της διαδικασίας διεξαγωγής της συνέντευξης .

B. Διαδικασία επιλογής των ατόμων του δείγματος .

Πριν από την διεξαγωγή της έρευνας ζητήθηκε και δόθηκε σχετική άδεια από το διοικητικό Συμβούλιο του Ιδρύματος . Η διαδικασία της επιλογής του δείγματος ήταν η ακόλουθη . Επικοινωνούσαμε με την υπεύθυνο του τμήματος και αφού την ενημερώναμε για τον σκοπό της έρευνας και την διαδικασία που θα ακολουθούσαμε , της ζητούσαμε να δώσει τα ονόματα των ασθενών , που πληρούσαν τα κριτήρια για την συμμετοχή στην έρευνα . Στη συνέχεια γινόταν ο προγραμματισμός για τις συνεντεύξεις . Αν κάποιος ασθενής επρόκειτο να πάρει εξιτήριο έμπαινε πρώτος στη σειρά .

Όλες οι συνεντεύξεις έγιναν στα δωμάτια των ασθενών ενώ ο χρόνος διεξαγωγής των συνεντεύξεων ήταν το πρωί από τις 08:00-12:30 και το απόγευμα από τις 17:00-19:00

πριν το βραδινό φαγητό . Ο μέσος χρόνος των συνεντεύξεων ήταν 15 λεπτά . Ο συνολικός χρόνος που απαιτήθηκε ήταν πολύ μεγαλύτερος αφού περιλάμβανε προγραμματισμό των συνεντεύξεων , και την ανάμνηση σε περίπτωση που ο ασθενής δεν ήταν διαθέσιμος σε μια δεδομένη στιγμή .

Γ. Συλλογή δεδομένων .

Η συλλογή των πληροφοριών έγινε με την μορφή συνέντευξης πρόσωπο με πρόσωπο γιατί τα βασικά πλεονεκτήματα της είναι :

- Το βάθος και η λεπτομέρεια των πληροφοριών .
- Η εφαρμογή της σε άτομα που δεν μπορούν να διαβάσουν ή να γράψουν .
- Το υψηλό ποσοστό συμμετοχής .
- Ο έλεγχος της εγκυρότητας μέσω της παρατήρησης του ερωτώμενου και της συλλογής των διαφόρων σχολίων .

Η συνέντευξη περιλάμβανε τρία μέρη : Την διεξαγωγή , την κλίμακα μέτρησης (ερωτήσεις) και τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών .

Σκοπός της εισαγωγής ήταν :

- Να συσταθεί ο ερευνητής στον ασθενή .
- Να ενημερωθεί ο ασθενής για την σημαντικότητα του θέματος και τον σκοπό της έρευνας .
- Να διαβεβαιωθεί η ανωνυμία .

- Να ζητηθεί η συγκατάθεση των ασθενών για την συμμετοχή στην έρευνα .
- Να αναφερθεί η δυνατότητα διακοπής οποιαδήποτε χρονική στιγμή .
- Να γίνει επεξήγηση της διαδικασίας με την οποία θα γίνει η συνέντευξη .

Την κλίμακα μέτρησης αποτελούσαν 25 ερωτήσεις .Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε ουδέτερο ύφος και κάλυπταν τις εξής περιοχές : Εξυπηρέτηση , νοσήλεια αντιμετώπιση πόνου πληροφόρηση - εκπαίδευση , παρακολούθηση , ανταπόκριση - ταχύτητα , διαθέσιμο χρόνο , χρόνο για ξεκούραση και ύπνο , καθαριότητα , φαγητό , ευγένεια , σεβασμό , ενδιαφέρον και προσωπικές προτιμήσεις .

Για την διευκόλυνση των αρρώστων είχε δημιουργηθεί μια ειδική οπτική απεικόνιση της ερώτησης με μεγάλα γράμματα που παρουσίαζε τις τέσσερις δυνατές αριθμητικές επιλογές και την σημασία τους . (Βλεπε Παράρτημα)

Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν έτσι ώστε να μη γίνεται εναλλαγή ερωτήσεων από διαφορες περιοχές γεγονός που μπορεί να προκαλέσει σύγχυση στους ερωτώμενους

Κεφ. 2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

2.1 Περιγραφικά Αποτελέσματα .

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η κατανομή των ασθενών του δείγματος κατά κατηγορίες ατομικών χαρακτηριστικών και η ικανοποίηση τους από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες με βάση ποσοτικά δεδομένα . Τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος αποτελούνται από δημογραφικά στοιχεία , που είναι τα εξής :

- I. Ηλικία
- II. Φύλλο
- III. Οικογενειακή κατάσταση
- IV. Μορφωτικό επίπεδο
- V. Επάγγελμα
- VI. Τόπος μόνιμης κατοικίας
- VII. Ασφαλιστική κάλυψη

Η ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνει 25 ερωτήσεις εκ των οποίων 6 εξαρτώνται άμεσα από το ιατρικό προσωπικό ενώ οι υπόλοιπες 11 αφορούν το περιβάλλον . (Χρόνος για ξεκούραση και ύπνο , καθαριότητα διατροφή , κτιριακές εγκαταστάσεις) και δεν εξαρτώνται άμεσα από το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό .

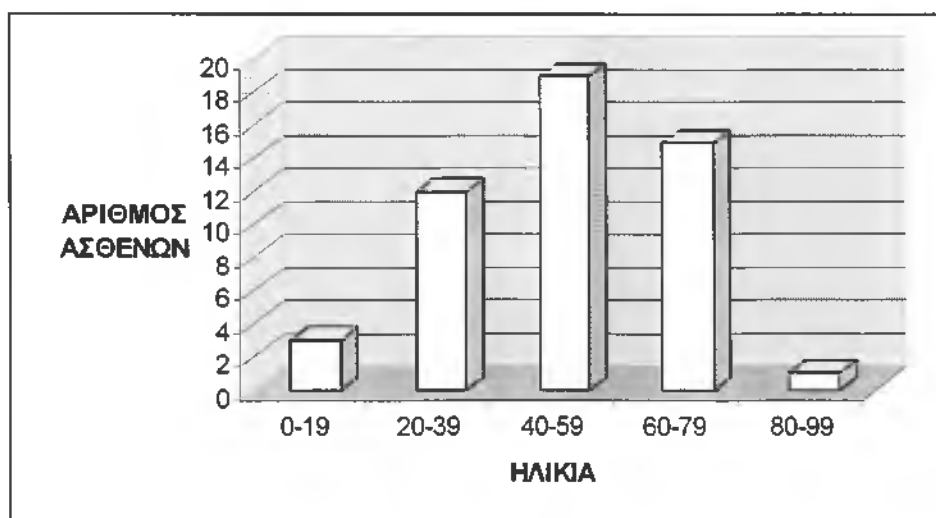
Δημογραφικά στοιχεία .

Από τους ασθενείς του δείγματος 33 ήταν άντρες (66%) και 17 γυναίκες (34%) . Η ηλικία κυμάνθηκε από 18 ετών η μικρότερη έως 90 η μεγαλύτερη , με μέση τιμή 51,76 έτη . Η κατανομή της ηλικίας των ασθενών φαίνεται στον παρακάτω πίνακα .

ΠΙΝΑΚΑΣ 1

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ
0-19	3(6%)
20-39	12(24%)
40-59	19(38%)
60-79	15(30%)
80-99	1(2%)



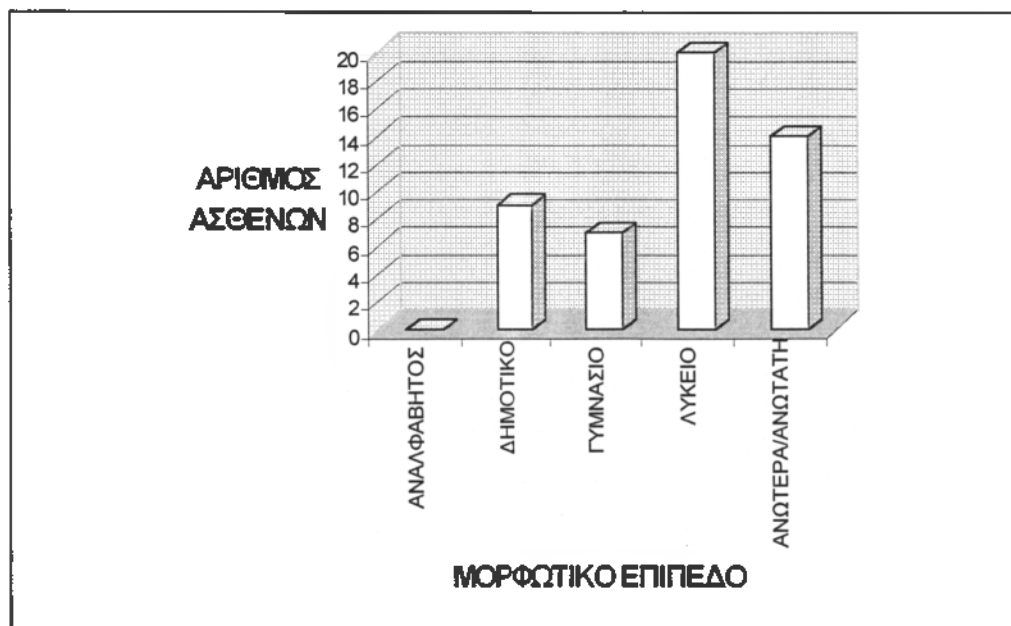
Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο οι περισσότεροι ασθενείς είχαν δευτεροβάθμια εκπαίδευση (40%)

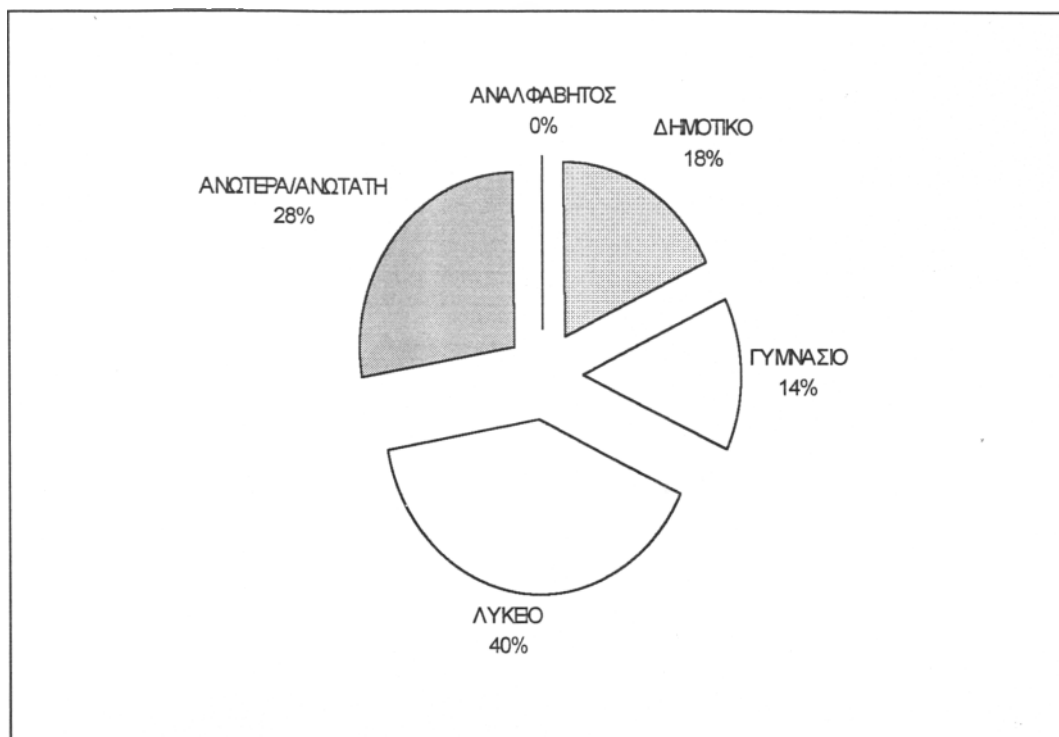
ΠΙΝΑΚΑΣ 2

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ

ΕΠΙΠΕΔΟ.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)
ΑΝΑΛΦΑΒΗΤΟΣ	0 (0%)
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	9 (18%)
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	7 (14%)
ΛΥΚΕΙΟ	20 (40%)
ΑΝΩΤΕΡΑ/ΑΝΩΤΑΤΗ	14 (28%)





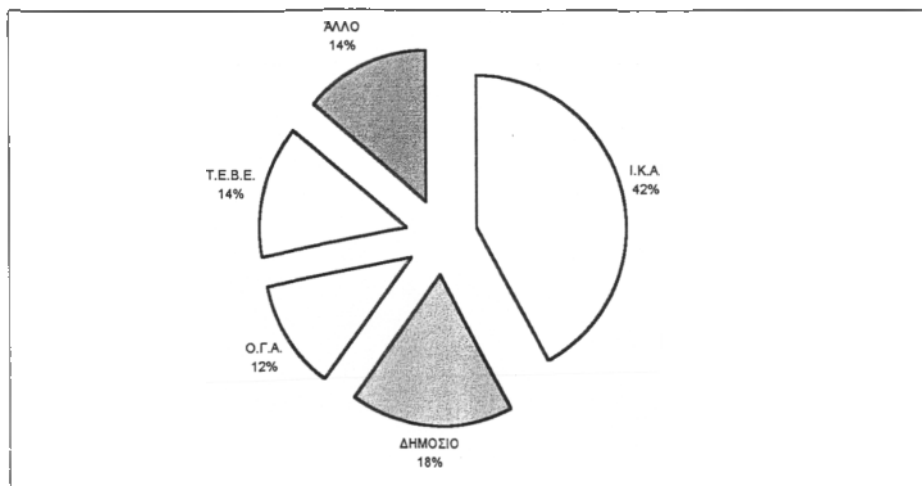
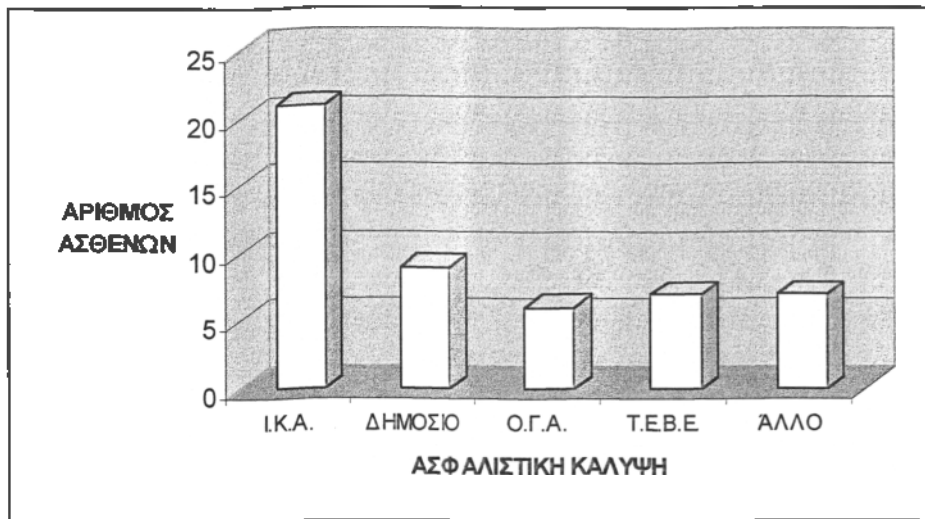
Οι περισσότεροι ασθενής του δείγματος έχουν ασφαλιστική κάλυψη από το Ι.Κ.Α. (42%) .

ΠΙΝΑΚΑΣ 3

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΗΝ

ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ

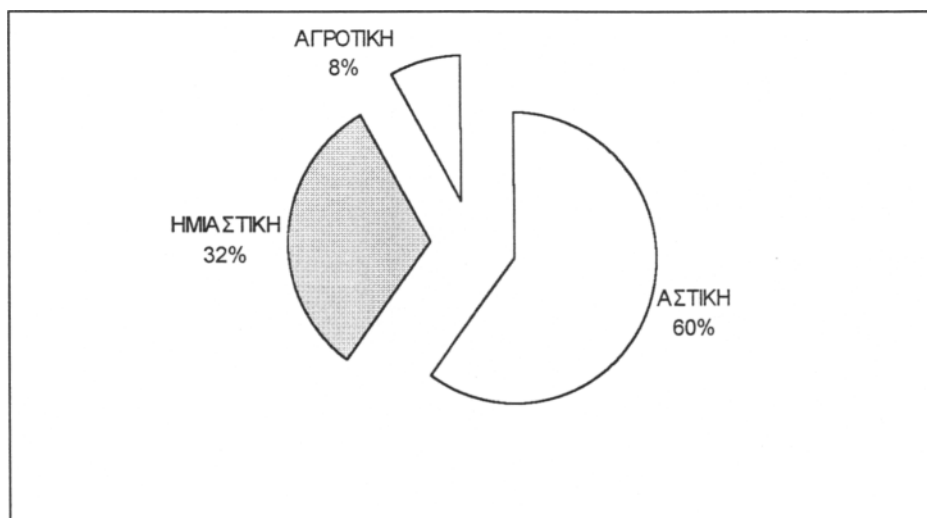
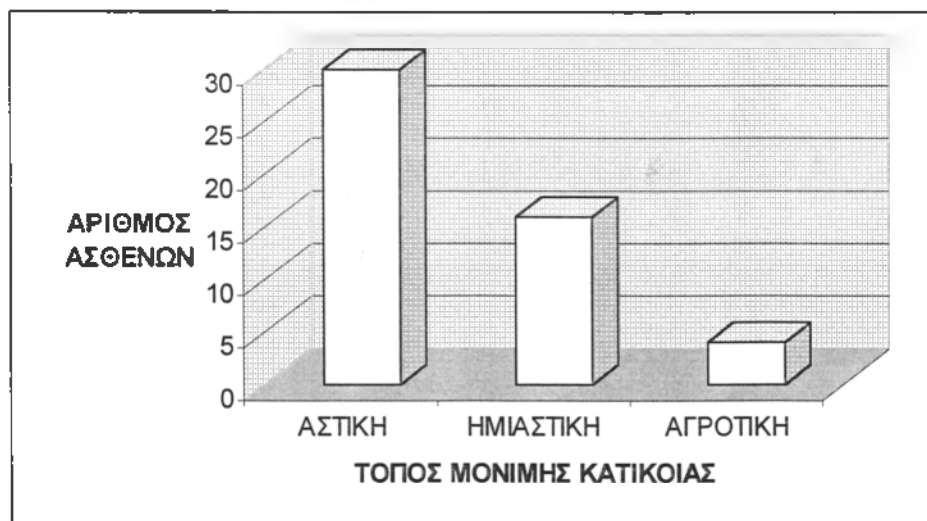
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ	ΑΡΙΘΜΟΙ ΑΣΘΕΝΩΝ(%)
Ι.Κ.Α.	21 (42%)
ΔΗΜΟΣΙΟ	9 (18%)
Ο.Γ.Α.	6 (12%)
Τ.Ε.Β.Ε.	7 (14%)
ΑΛΛΟ	7 (14%)



Στον πίνακα 4 φαίνονται η κατανομή των ασθενών σε σχέση με τον τόπο μόνιμης κατοικίας .Ποσοστό 60% των ασθενών κατοικούσε μόνιμα σε αστική περιοχή , 32% σε ημιαστική περιοχή και 8% σε αγροτική περιοχή .

ΠΙΝΑΚΑΣ 4**ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ
ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ**

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝ. ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ (%)
ΑΣΤΙΚΗ	30 (60%)
ΗΜΙΑΣΤΙΚΗ	16 (32%)
ΑΓΡΟΤΙΚΗ	4 (8%)



2.2 ΣΥΖΗΤΗΣΗ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ

2.2.1. Καταλληλότητα Δείγματος

Το δείγμα της έρευνας είναι δυνατό να θεωρηθεί αντιπροσωπευτικό του ελληνικού πληθυσμού για τρεις λόγους:

1. Στο νοσοκομείο που έγινε η έρευνα έρχονται ασθενείς από όλες τις γεωγραφικές περιοχές της Ελλάδας , γεγονός που επιβεβαιώνεται από το σχετικά μεγάλο ποσοστό των ασθενών (40%) ,που δήλωσε ως τόπο μονιμης κατοικίας κάποια αγροτική η ημιαστική περιοχή .
2. Δεν έγινε καμιά προσπάθεια επιλογής περιστατικών με εξαίρεση την δυνατότητα επικοινωνίας .
3. Το δείγμα συμπεριλάμβανε ασθενείς που νοσηλεύονταν τόσο σε χειρουργικές (40%) , όσο και σε παθολογικές κλινικές (60%) , που έχουν διαφορετικό βαθμό εξάρτησης αναγκών .

Την αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος επιβεβαιώνει και η κατανομή των ατομικών χαρακτηριστικών των ασθενών. Η μοναδική ίσως επιφύλαξη σχετίζεται με την κατάσταση των ασθενών γιατί οι ασθενείς , που δεν ήταν σε θέση να επικοινωνήσουν δεν συμμετείχαν σε έρευνα . Οι ασθενείς όμως αυτοί έχουν κατά κανόνα μεγαλύτερες ανάγκες και γι'αυτό ίσως είναι περισσότερο κριτικοί για τις υπηρεσίες που τους τους παρέχονται .

2.2.2 ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΠΟΣΟΤΙΚΗΣ ΑΝΑΛΥΣΗΣ

Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι οι βαθμολογήσεις των ασθενών δεν ήταν τόσο υψηλές σε σχέση με τα βιβλιογραφικά δεδομένα, σύμφωνα με τα οποία στις περισσότερες έρευνες το 80% των ασθενών είναι ικανοποιημένοι με όλες τις ερωτήσεις της κλίμακας μέτρησης. Το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών κυμάνθηκε από 4% για τις κτιριακές εγκαταστάσεις μέχρι 72% για τη φροντίδα που τους παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό.

Σύμφωνα με την ποσοτική ανάλυση, οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό ως προς την επιδεξιότητα με την οποία εκτελεί διάφορες πράξεις, τη συμπεριφορά και τη συνέπεια ως προς την ώρα που πραγματοποιούνται οι παραπάνω πράξεις.

Επίσης ικανοποιημένοι σε ποσοστό 69% ήταν από το ιατρικό προσωπικό ως προς την αξιολόγηση της καταστάσής τους και τις θεραπευτικές διαδικασίες που ακολουθήθηκαν στην περιπτωσή τους. Αρκετά ικανοποιημένοι, (88%) ήταν σε σχέση με την ποσότητα του φαγητού και (86%) με τον τρόπο και την ώρα σερβιρίσματος. Τέλος σε ποσοστό 72% εμφανίζονται ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του δωματίου τους και σε ποσοστό 74% από την καθαριότητα των

κοινοχρήστων χώρων, ενώ το ποσοστό ικανοποιημένων από την καθαριότητα της τουαλέτας είναι πολύ μικρότερο, (38%).

Λιγότερο ικανοποιημένοι εμφανίζονται από την πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό και το νοσηλευτικό προσωπικό για την κατάσταση της υγείας τους, τις εξετάσεις που έκαναν ή θα κάνουν κ.α. (53%), την ποικιλία του φαγητού (26%), και την γραφειοκρατική διαδικασία εισαγωγής (28%).

Συνολικά οι ασθενείς εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το νοσηλευτικό προσωπικό σε ποσοστό 72% και από το ιατρικό προσωπικό σε ποσοστό 69%. Ο μέσος ασθενής όμως δεν έχει την εμπειρία ή τις γνώσεις να αξιολογήσει την τεχνική πλευρά των ιατρικών και νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να χρησιμοποιεί αντιπροσωπευτικά στοιχεία που μπορεί ο ίδιος να κατανοήσει, ώστε να αξιολογήσει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία. Τα στοιχεία αυτά συνήθως αφορούν την ικανοποίηση των βασικών βιολογικών αναγκών οι οποίες είναι περισσότερο κατανοητές στον ασθενή.

Σήμερα, σε όλα σχεδόν τα νοσοκομεία, η διατροφή η καθαριότητα και ο θόρυβος είναι ευθύνη της διοικητικής υπηρεσίας στην οποία υπάγονται οι εργαζόμενοι στους τομείς αυτούς. Το ποσοστό των ικανοποιημένων από τις διοικητικές υπηρεσίες στο σύνολό τους ανέρχεται στο 60% με

μεγαλύτερο το ποσοστό ικανοποίησης από το φαγητό (70%), έπειτα από την καθαριότητα (61%) και τέλος από τον θόρυβο, την γραφειοκρατία καθώς και την ταχύτητα εξυπηρέτησης και τη συμπεριφορά του προσωπικού των διοικητικών υπηρεσιών για την πραγματοποίηση διαφόρων πράξεων όπως : έκδοση εισιτηρίου, έκδοση εξιτηρίου, έκδοση πιστοποιητικών κ.α., (53%).

Το μικρότερο ποσοστό ικανοποίησης εμφανίζεται όσον αφορά τις κτιριακές εγκαταστάσεις (4%). Αυτό εξηγείται αφού το κτίριο τόσο του νοσοκομείου Αλεξάνδρα όσο και των περισσότερων δημοσίων νοσοκομείων είναι πολύ παλιό, με πολλές φθορές και πολλές ελλείψεις.

Επίσης πολύ συχνά αναφέρθηκε η έλλειψη προσωπικού στις ερωτήσεις που αναφέρονται στην εξυπηρέτηση και ανταπόκριση των νοσηλευτών καθώς και στην καθαριότητα. Οι ασθενείς αναφέρονται στην έλλειψη προσωπικού, με σκοπό να δικαιολογήσουν τις ελλείψεις στην παροχή των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Στον πίνακα 5 που βλέπουμε παρακάτω φαίνεται το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών ανάλογα με το μορφωτικό τους επίπεδο . Παρατηρούμε ότι περισσότερο ικανοποιημένοι σε ποσοστό 78,2% είναι οι ασθενείς που έχουν υποχρεωτική εκπαίδευση και λιγότερο ικανοποιημένοι (38,9%) εμφανίζονται οι ασθενείς που έχουν πανεπιστημιακή μόρφωση . Αυτό θα μπορούσαμε να το εξηγήσουμε εάν

σκεφτούμε ότι τα άτομα κατωτέρου μορφωτικού επιπέδου έχουν λιγότερες γνώσεις σχετικά με τους ιατρικούς όρους και μεγαλύτερη δυσκολία στο να εκφράσουν την γνώμη τους και να κρίνουν άτομα ανωτέρου μορφωτικού επιπέδου (π.χ. γιατροί) αρνητικά . Τα άτομα αυτά πολλές φορές δεν μπορούν να κατανοήσουν αυτά που τους λένε γιατροί και νοσηλευτές με αποτέλεσμα να τα αποδέχονται χωρίς αντιρήσεις και προσπάθεια αμφισβήτησης . Δηλαδή ότι δεν μπορούν να το κατανοήσουν απλά το αποδέχονται ως σωστό . Το αντίθετο ακριβώς συμβαίνει με άτομα ανωτέρου μορφωτικού επιπέδου .Τα άτομα αυτά εμφανίζονται να έχουν τις στοιχειώδεις γνώσεις που χρειάζονται για να κατανοήσουν τι τους λένε και να μπορούν να κρίνουν εάν αυτό είναι σωστό ή όχι με αποτέλεσμα πολλές φορές να αμφισβητούν ακόμα και τους γιατρούς και να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι τόσο από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσο και από το διοικητικό .

Επίσης στον πίνακα 6 βλέπουμε την ικανοποίηση των ασθενών ανάλογα με τον τόπο μόνιμης κατοικίας τους . Είναι φανερό ότι τα άτομα που κατοικούν μόνιμα σε αγροτικές περιοχές είναι περισσότερο ικανοποιημένα (80,4%) σε σχέση με αυτά που ζούν μόνιμα σε αστικές περιοχές .(58,2%) .

Αυτό θα μπορούσαμε να το δικαιολογήσουμε εάν σκεφτούμε ότι οι κάτοικοι αστικών περιοχών έχουν μεγαλύτερη πρόσβαση στις νοσοκομειακές υπηρεσίες σε

σχέση με τους κατοίκους αγροτικών περιοχών ,έρχονται σε επαφή με νοσοκομεία είτε ως ασθενείς είτε ως επισκέπτες και μπορούν να κρίνουν και να συγκρίνουν . Αντίθετα άτομα που ζούν μόνιμα σε αγροτικές περιοχές , σπάνια έρχονται σε επαφή με τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, σε περίπτωση ανάγκης, αφού καταφεύγουν στα κέντρα υγείας της περιοχής τους.Ετσι πολλά από αυτά τα άτομα, γνωρίζουν τη δευτεροβάθμια και τριτοβάθμια περίθαλψη για πρώτη φορά, σε μεγάλη ηλικία με αποτέλεσμα να μην έχουν μέτρο σύγκρισης και να αποδέχονται το άγνωστο ως σωστό και ικανοποιητικό.

Βλέπουμε λοιπόν ότι άτομα υπό διαφορετικές συνθήκες, είναι δυνατό να κρίνουν τις ίδιες νοσοκομειακές υπηρεσίες διαφορετικά εξαιτίας διαφόρων παραγόντων όπως οι δύο παραπάνω παράγοντες, δηλαδή το μορφωτικό επίπεδο και ο τόπος μόνιμης κατοικίας.Βέβαια τέτοιοι παράγοντες είναι και άλλοι όπως η ηλικία, αφού διαφορετικές ανάγκες έχουν τα νεότερα άτομα απ'ότι τα πιο ηλικιωμένα, και η ασφαλιστική κάλυψη, αφού κάθε ασφαλιστικό ταμείο προσφέρει διαφορετικές παροχές.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟ
ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ.

ΜΟΡΦΩΤΙΚΟ ΕΠΙΠΕΔΟ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ
ΥΕ	78,2%
ΔΕ	69,3%
ΤΕ	51,2%
ΠΕ	38,9%

ΥΕ:Υποχρεωτική Εκπαίδευση

ΔΕ:Δευτεροβάθμια Εκπαίδευση

ΤΕ:Τεχνολογική Εκπαίδευση

ΠΕ:Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση

ΠΙΝΑΚΑΣ 6**ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΝΑΛΟΓΑ ΜΕ ΤΟΝ ΤΟΠΟ
ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ.**

ΤΟΠΟΣ ΜΟΝΙΜΗΣ ΚΑΤΟΙΚΙΑΣ	ΠΟΣΟΣΤΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ (%)
Αγροτική	80,4%
Ημιαστική	61,0%
Αστική	58,2%

2.2.3 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Τα κύρια αποτελέσματα αυτής της έρευνας αναγνωρίζουν ως σπουδαιότερους παράγοντες την πληροφόρηση, το περιβάλλον και την ικανοποίηση των βασικών αναγκών. Οι ασθενείς όμως του δείγματος εξέφρασαν αρκετή δυσαρέσκεια για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται σε σχέση με αυτούς τους παράγοντες. Δηλαδή τα ποσοστά ικανοποίησης τους ήταν αρκετά χαμηλά για την πληροφόρηση, την εξυπηρέτηση και το φαγητό και έδειξαν μία τάση να δικαιολογήσουν τη δυσαρεσκειά τους με τη συχνή αναφορά τους (κατά τη διάρκεια της συνέντευξης) στην έλλειψη προσωπικού, την οποία αναγνώρισαν ως πηγή των περισσότερων προβλημάτων .

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΣΥΝΟΛΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	8%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	32%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	55%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	5%

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	4%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	27%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	63%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	6%

**ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΒΑΣΗ ΤΟ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	3%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	25%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	63%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	9%

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΜΕ ΘΕΜΑ ΤΟ
ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	33%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	53%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ	7%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 1
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	8	16%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	8	16%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	27	54%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	7	14%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 2
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	11	22%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	31	62%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	7	14%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 3
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	8	16%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	31	62%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	10	20%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 4
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	19	38%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	28	56%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	2	4%

VII. Παπανικολάου . Β . κ' Σιγάλας . Ι . (1995) . Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας . Επιθεώρηση Υγείας . 56 .

VIII. Πλατή . Χ . και Λανάρα . Β . (1988) . Διερεύνηση παραγόντων που συμβάλλουν στις πτώσεις ασθενών γενικού νοσοκομείου . Ιατρική Επιθεώρηση Ενόπλων Δυνάμεων . 22 .

IX. Abdellah . F. G . και Levine . E . (1957). What hospitals have done to improve patient care . Hospitals . 31 .

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 5
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	9	18%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	27	54%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	13	26%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 6
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	7	14%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	15	30%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	27	54%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 7
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	4	8%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	21	42%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	25	50%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 8
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	8	16%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	41	82%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 9
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	9	18%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	37	74%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	4	4%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 10
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	3	6%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	18	36%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	28	56%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 11
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	21	42%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	25	50%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	3	6%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 12
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	2	4%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	12	24%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	32	64%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	4	8%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 13
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	7	14%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	24	38%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	18	36%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 14
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	12	24%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	33	66%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	4	8%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 15
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	6	12%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	34	68%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	10	20%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 16
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	3	6%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	22	44%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	21	42%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	4	8%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 17
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	7	14%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	30	60%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	13	26%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 18
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	7	14%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	40	80%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	3	6%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 19
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	6	12%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	41	82%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	3	6%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 20
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	22	44%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	26	52%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 21

ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	22	44%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	25	50%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	2	4%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 22
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	10	20%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	39	78%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	1	2%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 23
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	19	38%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	31	62%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 24
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	19	38%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	29	58%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	2	4%

ΠΕΡΙΓΡΑΦΙΚΑ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΩΤΗΣΗΣ 25
ΚΑΤΑΝΟΜΗ ΠΟΣΟΤΙΚΩΝ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ

	ΑΡΙΘΜΟΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	ΠΟΣΟΣΤΟ
ΚΑΘΟΛΟΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	31	62%
ΛΙΓΟ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	17	34%
ΑΡΚΕΤΑ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	2	4%
ΠΟΛΥ ΙΚΑΝΟΠ/ΜΕΝΟΣ	0	0%

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Καλημέρα σας. Πως είστε σήμερα Τα ονοματά μας είναι Δρίτσα Πηνελόπη και Αυγέρη Αναστασία. Είμαστε φοιτήτριες του τμήματος Διοίκηση Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας.

Με την άδεια του νοσοκομείου ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ πραγματοποιούμε αυτή την έρευνα στα πλαίσια της πτυχιακής μας εργασίας.

Σκοπός μας είναι να διερευνήσουμε τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες.

Σε πολλές χώρες του εξωτερικού η γνώμη του ασθενή λαμβάνεται σοβαρά υπόψη στην προσπάθεια βελτίωσης των νοσοκομειακών υπηρεσιών.

Θεωρούμε τη βοήθειά σας εξαιρετικά σημαντική. Η συμμετοχή σας είναι ανώνυμη και εθελοντική.

Η διαδικασία θα έχει ως εξής : Θα σας ρωτώ να μου λέτε αν είστε ικανοποιημένος και πόσο (δηλαδή καθόλου-λίγο-αρκετά-πολύ) σχετικά με τη νοσηλεία σας στο νοσοκομείο. Θα αναφερθώ σε θέματα που σχετίζονται με την παραμονή σας εδώ, τις ανάγκες που έχετε, τις σχέσεις ως ασθενείς με το προσωπικό (ιατρικό και νοσηλευτικό) κ.λ.π. και εσείς θα απαντάτε.

Θα θέλατε να μας βοηθήσετε σε αυτή μας την προσπάθεια;

ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ - ΓΕΝΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

Α/Α	ΚΛΙΝΙΚΗ	ΗΜΕΡΟΜΗΝΙΑ	ΩΡΑ

1. Ηλικία : _____

2. Φύλο : _____

3. Οικογενειακή κατάσταση : _____

4. Μορφωτικό επίπεδο : _____

5. Επάγγελμα : _____

6. Τόπος μόνιμης κατοικίας : _____

7. Ασφάλεια : _____

8. Ημέρες νοσηλείας : _____

9. Διάγνωση εισόδου : _____

ΠΟΣΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΙ ΕΙΣΤΕ;

1

2

3

4

ΚΑΘΟΛΟΥ

ΛΙΓΟ

ΑΡΚΕΤΑ

ΠΟΛΥ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ

1.Είστε ικανοποιημένοι από την βοήθεια του νοσηλευτικού προσωπικού για για την εκτέλεση δραστηριοτήτων ή ενεργειών που δεν μπορείται να εκτε-
σετε ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

2.Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο με τον οποίο το νοσηλευτικό εκτελεί
διάφορες πράξεις όπως : Χορήγηση φαρμάκων ,ενέσεις αλλαγή ορων κ.λ.π

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

3.Είστε ικανοποιημένοι με την συνέπεια ως προς την ώρα που πρέπει να
γίνουν ,με την οποία εκτελούνται οι παραπάνω πράξεις ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

4.Είστε ικανοποιημένοι από την λήψη μέτρων από το προσωπικό για την
ανακούφιση του πόνου ; (όπως χορήγηση φαρμάκων ,αλλαγή θέσης κ.λ.π)

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

5.Την πρώτη μέρα που ήρθατε στο νοσοκομείο για την γραφειοκρατική
διαδικασία εισαγωγής στην μονάδα τη βρήκατε ικανοποιητική;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

6.Είστε ικανοποιημένοι από την πληροφόρηση από το ιατρικό προσωπικό
για τις εξετάσεις που κάνετε ή θα κάνετε ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

7.Σας πληροφόρησαν για τις θεραπευτικές διαδικασίες που ακολούθησαν ή θα ακολουθήσουν την περιπτωσή σας ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

8.Πόσο συχνά το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό σας επισκέπτεται κ' αξιολογεί την καταστασή σας ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

9.Βρίσκεται ότι το προσωπικό ανταποκρίνεται γρήγορα στο κάλεσμα σας όταν χρειάζεται βοήθεια ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

10.Είστε ικανοποιημένοι από τις οδηγίες που σας δίνει το προσωπικό για το πώς θα φροντίζεται τον εαυτό σας σχετικά με την ασθενηιά σας τόσο μέσα στο νοσοκομείο όσο και μετά την εξοδό σας από αυτό ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

11.Ξεκουράζεσται ή υπάρχουν ενοχλήσεις από άλλους και δεν μπορείτε ; (θόρυβος από άλλους ασθενείς , συνοδούς , προσωπικό)

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

12.Είστε ικανοποιημένοι από το την καθαριότητα του δωματίου σας ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

13.Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα της τουαλέτας ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

14.Είστε ικανοποιημένοι από την καθαριότητα των κοινόχρηστων χώρων ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

15.Βρίσκετε ικανοποιητική την ποσότητα του φαγητού ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

16. Βρίσκετε ικανοποιητική την ποιότητα του φαγητού ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

17. Βρίσκετε ικανοποιητική την ποικιλία ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

18.Είστε ικανοποιημένοι από τον τρόπο και την ώρα σερβιρίσματος ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

19.Είστε ικανοποιημένοι από την συμπεριφορά του προσωπικού απεναντί σας ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

20.Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό αφιερώνει χρόνο για να συζητήσει μαζί σας να ακούσει τα παραπονιά σας , να κατανοήσει τα προβλήματα σας και να σας συμπαρασταθεί στις δύσκολες στιγμές ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

21. Το προσωπικό λαμβάνει υπόψη τις προσωπικές σας επιθυμίες κ' προτιμήσεις ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

22. Συνολικά πόσο ικανοποιημένοι είστε από τις νοσηλευτικές – ιατρικές υπηρεσίες και τη συνεισφορά τους στην καλύτερευση ή όχι της κατάστασης της υγείας σας ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

23. Είστε ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του προσωπικού της γραμματείας ως προς την ταχύτητα εξυπηρέτησης κατά της παρακάτω πράξεις : (Έκδοση εισητηρίου , έκδοση εξιτηρίου , έκδοση πιστοποιητικών κ.α.)

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

24. Είστε ικανοποιημένοι από τον τροπο και τις ώρες πραγματοποίησης του επισκεπτηρίου ;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

25. Είστε ικανοποιημένοι από τις κτιριακές εγκαταστάσεις του νοσοκομείου;

- | | | | |
|--------------------------|---------|--------------------------|--------|
| <input type="checkbox"/> | ΚΑΘΟΛΟΥ | <input type="checkbox"/> | ΑΡΚΕΤΑ |
| <input type="checkbox"/> | ΛΙΓΟ | <input type="checkbox"/> | ΠΟΛΥ |

Σχόλια (επιπλέον) – τι άλλο θα θέλατε να προσθέσετε ;
