



ΑΝΩΤΑΤΟ
ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ
ΙΔΡΥΜΑ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΚΑΙ ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ

**«Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ
ΚΑΙ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΤΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΟΔΟΥ ΚΑΙ Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΠΙΘΑΝΗΣ
ΣΥΣΧΕΤΙΣΗΣ ΤΗΣ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ
ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ»**

ΚΑΡΑΓΙΑΝΝΗ ΜΑΡΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ: ΕΛΕΝΗ ΣΙΟΥΡΟΥΝΗ

ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ ΕΦΑΡΜΟΓΩΝ

MSc ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Ε.Σ.Υ.

ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΝΟΕΜΒΡΙΟΣ 2009

Ευχαριστίες

Ευχαριστώ την κα. Ελένη Σιουρούνη Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας του Α.Τ.Ε.Ι Καλαμάτας για την εμπιστοσύνη που μου έδειξε με την ανάθεση του θέματος της παρούσας πτυχιακής εργασίας, την διαρκή καθοδήγηση που μου προσέφερε και τις ανεκτίμητες συμβουλές για τη δομή, το περιεχόμενο, τα τεχνικά χαρακτηριστικά και την παρουσίαση της πτυχιακής. Επίσης, ευχαριστώ τον κ. Μαυριδόγλου Γεώργιο Καθηγητή Εφαρμογών για τις καίριες συμβουλές και προτάσεις τους, ως προς την ανάλυση, τον σχολιασμό των αποτελεσμάτων αλλά και την ίδια την εργασία.

Ευχαριστώ ακόμα, την οικογένειά μου, για την ηθική υποστήριξη και συμπαράσταση που μου παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια έως την ολοκλήρωση της εργασίας, τον συμφοιτητή μου Δικαίο Βουδιγάρη για την πολύτιμη βοήθειά του, και τέλος, όλους όσους συντέλεσαν στην ολοκλήρωση της έρευνάς μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ.....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.....	10
1.1 Γενικά.....	10
1.2 Γενικές έννοιες επαγγελματικής ικανοποίησης.....	11
1.3 Ιστορική εξέλιξη επαγγελματικής ικανοποίησης.....	14
1.3.1 Σύγχρονη οργάνωση επαγγελματικής ικανοποίησης.....	17
1.4 Θεωρητική εξέλιξη - Θεωρίες Management και επαγγελματική ικανοποίηση.....	18
1.4.1 Θεωρίες ικανοποίησης.....	20
1.4.2 Θεωρίες διεργασίας.....	27
1.5 Άλλες θεωρίες management	29
1.5.1 Η θεωρία του Taylor και το επιστημονικό management.....	29
1.5.2 Ο Mayo και οι μελέτες Hawthorne.....	29
1.5.3 Ο McGregor και η θεωρία του Χ και του Υ.....	30
1.5.4 Η θεωρία των τριών αναγκών του McClelland (1961).....	31
1.6 Μελέτες μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας - πρόνοιας.....	32
1.6.1 Οι έρευνες ικανοποίησης στην Ελλάδα.....	33
1.6.2 Οι έρευνες ικανοποίησης σε διεθνές επίπεδο.....	33
1.7 Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης.....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	40
2.1 Ορισμοί ικανοποίησης ασθενών - Εννοιολογικός ορισμός.....	40
2.2 Η διάσταση της ικανοποίησης των ασθενών.....	42
2.2.1 Ανασκόπηση των κοινωνικοψυχολογικών – κοινωνιολογικών θεωριών σχετικά με την ικανοποίηση.....	43
2.3 Παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών.....	45

2.3.1	Καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών.....	47
2.4	Σφαιρικός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών.....	53
2.4.1	Ερεθίσματα, χρησιμότητα της κριτικής και αντιδράσεις ασθενών.....	53
2.4.2	Ατομικές διαφορές ασθενών και μέτρια αποτελέσματα.....	55
2.5	Χρησιμότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών.....	57
2.6	Η ικανοποίηση του πελάτη – ασθενή και οι συνέπειές της.....	62
2.6.1	Οι συνέπειες του να έχεις δυσαρεστημένους ασθενείς.....	62
2.6.2	Όψεις της ικανοποίησης του ασθενή.....	63
2.6.3	Χρησιμοποιώντας με θετικό τρόπο τις πληροφορίες για την ικανοποίηση του ασθενή.....	67
2.6.4	Μερικοί τρόποι χρήσης των στοιχείων ικανοποίησης του ασθενή.....	68
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ.....72		
3.1	Γενικά.....	72
3.2	Καθορίζοντας την ποιότητα φροντίδας.....	73
3.3	Ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση.....	76
3.4	Το σύστημα παροχής υπηρεσιών.....	78
3.5	Ποια είναι η εκτίμηση του πελάτη – ασθενή για την ποιότητα.....	80
3.6	Κρίσεις του ασθενή για την ποιότητα των νοσοκομείων.....	81
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 :ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ – ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....84		
4.1	Το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου « Ανδρέας Παπανδρέου ».....	84
4.1.1	Ιστορικό.....	84
4.1.2	Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου.....	86
4.2	Υλικό και μέθοδος.....	88
4.2.1	Σκοπός της έρευνας.....	89
4.2.2	Μεθοδολογία – Όργανο μέτρησης.....	89
4.2.3	Συλλογή δεδομένων.....	89
4.2.4	Κριτήρια επιλογής δείγματος.....	91
4.2.5	Τα ερωτηματολόγια - Περιεχόμενα ερωτηματολογίων.....	92

4.3 Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας.....	93
4.3.1. Περιγραφικά αποτελέσματα.....	93
4.4. Αποτελέσματα.....	101
4.4.1 Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας.....	101
4.5 Συζήτηση – Συμπεράσματα – Προτάσεις.....	113
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	115
Ξενόγλωσση.....	115
Ελληνόγλωσση.....	127
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	129
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ.....	130
Α.1)Μέτρηση ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου.....	130
Α.2) Εργασιακή ικανοποίηση.....	130

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1.4.1.1: Η θεωρία του Herzberg για τα κίνητρα και τα αντικίνητρα.....	27
Πίνακας 2.5.1: Θεωρητικό πλαίσιο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών.....	61
Πίνακας 4.4.1.3: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο.....	102
Πίνακας 4.4.1.4: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το χρόνο αναμονής για εισαγωγή σε προγραμματισμένα περιστατικά.....	102
Πίνακας 4.4.1.5: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σχετικά με την προγραμματισμένη εισαγωγή.....	103
Πίνακας 4.4.1.6: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σχετικά με την επείγουσα ή άμεση παραπομπή.....	104
Πίνακας 4.4.1.7: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το χρόνο αναμονής για κρεβάτι.....	105
Πίνακας 4.4.1.8: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού.....	105
Πίνακας 4.4.1.9: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την αντιμετώπιση του ιατρικού προσωπικού.....	106
Πίνακας 4.4.10: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το υπόλοιπο προσωπικό.....	107
Πίνακας 4.4.11: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το φαγητό.....	107
Πίνακας 4.4.12: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το εσωτερικό περιβάλλον.....	108
Πίνακας 4.4.13: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τις εσωτερικές διαδικασίες.....	109
Πίνακας 4.4.14: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τον πόνο κατά τη νοσηλεία.....	109
Πίνακας 4.4.15: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την ικανοποίηση κατά την έξοδο.....	110
Πίνακας 4.4.16: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την ικανοποίηση κατά την παραμονή.....	111
Πίνακας 4.4.17: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την γενική ικανοποίηση του προσωπικού.....	112

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΣΧΗΜΑΤΩΝ

Σχήμα 1.4.1: Η πυραμίδα του Maslow.....	22
Σχήμα 3.3.1.: Πυραμίδα ικανοποίησης που οικοδομεί την άντληση ποιότητας.....	76
Σχήμα 3.4.1: Το σύστημα παροχής υπηρεσιών.....	78

ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ

Ραβδόγραμμα 4.3.1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.....	94
Ραβδόγραμμα 4.3.2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά γενεά.....	95
Ραβδόγραμμα 4.3.3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανάλογα το μορφωτικό επίπεδο.....	96
Ραβδόγραμμα 4.3.4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανάλογα την κατάσταση της υγείας τους.....	97
Ραβδόγραμμα 4.3.5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.....	98
Ραβδόγραμμα 4.3.6: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά γενεά.....	98
Ραβδόγραμμα 4.3.7: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας.....	99
Ραβδόγραμμα 4.3.8: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά καθαρό μηνιαίο εισόδημα.....	100
Ραβδόγραμμα 4.3.9: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος επιπέδου εκπαίδευσης.....	100
Ραβδόγραμμα 4.3.10: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος οικογενειακής κατάστασης.....	101

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Σκοπός: Η αξιολόγηση ποιοτικών μεταβλητών, οι οποίες συνδέονται με τις διαδικασίες των νοσοκομειακών μονάδων. Στόχος είναι η διερεύνηση της ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σε συσχέτιση με την ικανοποίηση των νοσηλευομένων ασθενών. Ο σχεδιασμός της έρευνας ήταν μεθοδολογικός – διερευνητικός και βασίστηκε στη συλλογή δεδομένων.

Υλικό και μεθοδολογία: Η έρευνα έγινε με δύο ερωτηματολόγια, τα οποία απαρτιζόνταν από ερωτήσεις δημογραφικού χαρακτήρα και ερωτήσεις ουσίας για το καθένα. Η καταχώρηση και επεξεργασία των αποτελεσμάτων έγιναν με χρήση του Microsoft Excel 2007 και του SPSS v.16.

Συμπεράσματα: Για την ικανοποίηση των νοσηλευομένων ασθενών , απαραίτητα προϋπόθεση είναι η επαγγελματική ικανοποίηση του προσωπικού καθώς τα δύο αυτά στοιχεία αλληλεπιδρούν το ένα πάνω στο άλλο. Συνεπώς, προέχει η επαγγελματική ικανοποίηση στα πλαίσια ενός οργανισμού όπως είναι μια μονάδα υγείας – νοσοκομείο, για να εξυπηρετείται και να βελτιώνεται άμεσα η ποιότητα υγείας του αρρώστου και κατ' επ' επέκταση η ικανοποίησή του.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στόχος της παρούσας πτυχιακής εργασίας με θέμα: «Η επαγγελματική ικανοποίηση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Ρόδου και η διερεύνηση πιθανής συσχέτισής της με την ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών», είναι η μέτρηση της ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, σε σχέση με τους νοσηλευόμενους ασθενείς.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των εργαζομένων στις μονάδες υγείας, είναι ζήτημα καίριας σημασίας, αφού είναι δυνατό να προκύψουν χρήσιμα συμπεράσματα, τα οποία ωφελούν τους ασθενείς και τους κάνουν να αισθάνονται ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας, σε σχέση με το ανθρώπινο δυναμικό που απασχολείται σε αυτές.

Για την ανάπτυξη του θεωρητικού μέρους, έγινε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση, που στόχο είχε την καλύτερη κατανόηση και αποτύπωση της έννοιας της ικανοποίησης, αλλά και εύρεση παρόμοιων μελετών στον ελληνικό και διεθνή χώρο. Για την εκπόνηση της έρευνας χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια τα οποία μοιράστηκαν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όπως και στους νοσηλευόμενους ασθενείς του νοσοκομείου Ρόδου.

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται μια αναφορά στην επαγγελματική ικανοποίηση και τις θεωρίες του management, όπως αυτές παρουσιάζονται στην ελληνική και ξένη βιβλιογραφία. Στη συνέχεια, γίνεται μια παρουσίαση σχετικά με τις μελέτες μέτρησης και τα ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στην ικανοποίηση των ασθενών, τη σημασία της, τους παράγοντες ικανοποίησης των ασθενών όπως και κάποιους τρόπους χρήσης των στοιχείων ικανοποίησης των ασθενών.

Στο τρίτο κεφάλαιο, γίνεται η συσχέτιση μεταξύ ικανοποίησης και ποιότητας. Αναφέρεται, η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας φροντίδας όπως και η κρίση του ασθενή για την ποιότητα των νοσοκομείων.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, γίνεται η παρουσίαση του γενικού νοσοκομείου της Ρόδου, αναλύονται το υλικό και η μέθοδος της έρευνας. Επίσης, γίνεται ανάλυση των αποτελεσμάτων οι οποίοι προκύπτουν από τις απαντήσεις του δείγματος και την στατιστική επεξεργασία των δεδομένων. Τέλος, γίνεται συζήτηση των αποτελεσμάτων και παρατίθενται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτά.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. Η ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

1.1 Γενικά

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 στη μέτρηση της ποιότητας των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες αυτές. Οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας συμφωνούν ότι υπάρχει ανάγκη για αναγνώριση, προσδιορισμό και ικανοποίηση των αναγκών των ασθενών (JCAHO 1991) και αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες είναι ένας σημαντικός και έγκυρος δείκτης της ποιότητας της φροντίδας.

Ο Donabedian (1966) που πρώτος διατύπωσε ένα θεωρητικό πλαίσιο για τη μέτρηση της ποιότητας υποστήριξε ότι 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 τον οποίο οι ασθενείς να μπορούν να αναφέρουν και να αξιολογούν τη βασική νοσηλευτική φροντίδα που έλαβαν.

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

Στη Μ. Βρετανία έχει δοθεί μεγάλη προσοχή στην ικανοποίηση των ασθενών (Smith 1992), η οποία αντανακλάται στο white paper “Working of Patients” στους στόχους του οποίου περιλαμβάνεται ο σχεδιασμός και η παροχή υπηρεσιών με κύριο γνώμονα την ικανοποίηση των επιθυμιών που εκφράζουν οι ασθενείς (Bond & Thomas 1992). Αλλά και ο μεγάλος αριθμός σχετικών ερευνών που έχουν γίνει στη Μ Βρετανία επιβεβαιώνει το αυξημένο ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας στη χώρα αυτή (Bond et al 1990, Gordin et al 1987, McGuire 1989, Mangen & Griffith 1982, Milne 1986, Pearson et al 1989).

1.2 Γενικές έννοιες επαγγελματικής ικανοποίησης

Η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του, αποτελεί στην ουσία μία συμπεριφορά ή στάση η οποία συνδέεται με άλλες σημαντικές συμπεριφορές ή στάσεις στο χώρο εργασίας. Η ικανοποίηση στο χώρο εργασίας συμβολίζει την ανεξαρτησία, την ελευθερία, το ενδιαφέρον, την αίσθηση της κοινωνικής ένταξης και την ευκαιρία της αυτό-εκπλήρωσης στο κοινωνικό σύστημα. Τα στοιχεία αυτά αποτελούν τις επαγγελματικές προσδοκίες των ατόμων που όταν δεν εκπληρώνονται αναγκάζονται να αποσύρονται συναισθηματικά από το επάγγελμά τους.

Δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός για την έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης παρόλο που έχει οριστεί κατά καιρούς με πολλούς και διαφορετικούς τρόπους. Η πλέον επικρατούσα άποψη είναι ότι η ικανοποίηση από την εργασία πρέπει να θεωρηθεί ως στάση απέναντι στη συγκεκριμένη εργασία. Ο Locke (1984), συνδέει την ικανοποίηση από την εργασία με το σύστημα αξιών του ατόμου και την ορίζει ως μια θετική συναισθηματική ανταπόκριση του ατόμου προς το συγκεκριμένο έργο που ασκεί, η οποία πηγάζει από την εκτίμηση ότι αυτό του παρέχει ή επιτρέπει την πλήρωση των εργασιακών του αξιών. Πάντα κατά τον Locke, η αξία αναφέρεται στον τρόπο δράσης του ατόμου με στόχο να αποκτήσει ή να διατηρήσει κάτι. Οι αξίες είναι υλοκειμενικές και σταθερές στο συνειδητό ή ασυνειδητό του ατόμου. Είναι ταξινομημένες αφού αντιπροσωπεύουν την ιεράρχηση αξιών.

Μια διαφορετική προσέγγιση είναι αυτή που προτείνεται από τις Souza- Poza και Souza-Poza (2000), η οποία βασίζεται στην υπόθεση, ότι υπάρχουν βασικές και καθολικές ανθρώπινες ανάγκες και έτσι, αν κάποιο άτομο εκπληρώσει τις βασικές του ανάγκες τότε θα είναι ευτυχισμένο. Μέσα από αυτό το πλαίσιο συνεπάγεται ότι η ικανοποίηση από την εργασία εξαρτάται από την ισορροπία μεταξύ των εισροών στην εργασία -όπως είναι η εκπαίδευση, ο χρόνος απασχόλησης, η προσπάθεια-και των εκροών από την εργασία όπως είναι ο μισθός, οι

πρόσθετες απολαβές, οι συνθήκες εργασίας. Αν οι εκροές από την εργασία αυξάνουν συγκριτικά με τις εισροές.

Άλλοι θεωρητικοί όπως ο Warr (1987), θεωρούν ότι ικανοποίηση από την εργασία δεν είναι μια απλή έννοια αλλά αποτελείται από επιμέρους στοιχεία και μπορεί να διακριθεί σε εσωγενή και εξωγενή ικανοποίηση (Κάντας, 1998). Η εσωγενής ικανοποίηση έχει σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας και αναφέρεται στις όψεις της εργασίας που έχουν να κάνουν με αυτή καθαυτή τη διεξαγωγή της, όπως ελευθερία επιλογών ως προς τον τρόπο επιτέλεσης του έργου, βαθμός υπευθυνότητας, ποικιλία δραστηριοτήτων, χρήση δεξιοτήτων, εποπτεία κ.ά.

Η εξωγενής ικανοποίηση, έχει σχέση με το περιέχον πλαίσιο μέσα στο οποίο διεξάγεται η εργασία και αναφέρεται στις συνθήκες εργασίας, τα ωράρια, την ασφάλεια, τις αμοιβές κ.ά. Στα ίδια πλαίσια κινείται και ο Rose (2001), ο οποίος θεωρεί ότι η ικανοποίηση από την εργασία είναι μια έννοια δυσδιάστατη που αποτελείται από την εσωγενή και εξωγενή ικανοποίηση. Οι εσωγενείς πηγές ικανοποίησης εξαρτώνται από τα ατομικά χαρακτηριστικά ενός ανθρώπου, όπως είναι η ικανότητα κάποιου να παίρνει πρωτοβουλίες, οι σχέσεις με τους ανωτέρους ή αυτή καθαυτή η εργασία και αποτελούν τα ποιοτικά χαρακτηριστικά της εργασίας. Οι εξωγενείς πηγές ικανοποίησης εξαρτώνται από το περιβάλλον, - όπως είναι ο μισθός, η προαγωγή ή η ασφάλεια στην εργασία- και αποτελούν τις οικονομικές και άλλες υλικές ανταμοιβές ή πλεονεκτήματα της εργασίας. Σε μια σύνθετη λοιπόν μέτρηση της συνολικής ικανοποίησης από την εργασία θα πρέπει να παρουσιάζονται, όσο είναι δυνατό, εξίσου και τα εσωγενή και τα εξωγενή χαρακτηριστικά της εργασίας. Τέλος, θα πρέπει να γίνει αναφορά και στις απόψεις των Landy (1989) και Warr (1987), που πρεσβεύουν ότι η ικανοποίηση από την εργασία δεν αποτελεί κάτι σταθερό. Ο πρώτος υποστηρίζει ότι οι ρυθμιστικοί μηχανισμοί του νευρικού συστήματος, επεμβαίνουν και φέρνουν την ικανοποίηση σε ορισμένα ανεκτά επίπεδα, όπως ακριβώς συμβαίνει με τη λύπη και τη χαρά. Ενώ, ο δεύτερος κάνει μια αναλογία ανάμεσα στις βιταμίνες και την ικανοποίηση από την εργασία: σταθερή δόση βιταμινών είναι απαραίτητη, αλλά υπέρβαση ή έλλειψή τους δημιουργεί προβλήματα. Κάτι παρόμοιο συμβαίνει και με τους παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση από την εργασία. Αυτό που υπονοείται και στις δύο περιπτώσεις, είναι ότι δεν θα πρέπει να περιμένουμε να βρούμε απόλυτη ικανοποίηση στον εργαζόμενο καθώς αν κάτι τέτοιο υπάρξει, αμέσως θα αρχίσει να αναστρέφεται (Κάντας, 1998).

Σύμφωνα με την άποψη του Spector (1997), « επαγγελματική ικανοποίηση σημαίνει απλά πως οι άνθρωποι αισθάνονται σε σχέση με την εργασία τους, καθώς και για τις διαφορετικές διαστάσεις της εργασίας τους».

Η επαγγελματική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια, είναι το αποτέλεσμα της σχέσης ανάμεσα

στις προσδοκίες που έχουν τα άτομα για την εργασία τους και στο τι πραγματικά μπορούν να πάρουν από αυτήν (Abu-Bader,2000). Γίνεται έτσι κατανοητό, πως η ικανοποίηση που αντλεί το άτομο από την εργασία του, αποτελεί στην ουσία μία συμπεριφορά ή στάση η οποία συνδέεται με άλλες σημαντικές συμπεριφορές ή στάσεις στο χώρο εργασίας. Οι έρευνες δείχνουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση από την μεριά των εργαζομένων φαίνεται να συνδέεται με:

- το μισθό και τις γενικότερες παροχές από την εργασία
- το προφίλ των συνεργατών
- το είδος της εποπτείας που ασκείται στον /στην εργαζόμενο /η
- το περιβάλλον εργασίας
- τις προοπτικές εξέλιξης και
- το αντικείμενο της θέσης εργασίας.

Τα αίτια ή καλύτερα οι παράγοντες που συντελούν στην επαγγελματική ικανοποίηση ενός ατόμου μπορούν να ταξινομηθούν σε δυο κατηγορίες:

- τους περιβαλλοντικούς παράγοντες, δηλαδή τις «εξωτερικές επιδράσεις» που το άτομο δέχεται από το περιβάλλον εργασίας του.
- τους ατομικούς παράγοντες, δηλαδή τα «εσωτερικά» κίνητρα του ατόμου και τα προσωπικά του βιώματα που φέρνει μαζί του στην εργασία (Ταλιαδώρου Α.,2004).

Σύμφωνα με τον Spector, τα περιβαλλοντικά χαρακτηριστικά εργασίας που συνδέονται με την επαγγελματική ικανοποίηση του ατόμου αφορούν:

- 1) Στα δομικά χαρακτηριστικά του οργανισμού, δηλαδή στο φυσικό περιβάλλον εργασίας και τις σχέσεις με τους συναδέλφους.
- 2) Στους ρόλους που έχουν οι εργαζόμενοι σε έναν οργανισμό, Εδώ τονίζεται ιδιαίτερα το πόσο σημαντικό είναι να είναι «ξεκάθαροι» οι ρόλοι των εργαζομένων στο πλαίσιο της επιχείρησης , της υπηρεσίας κ.λ.π. ώστε να αποφεύγονται οι συγκρούσεις που προκαλεί η σύγχυση και αμφισημία των ρόλων.
- 3) Στο στρες, δηλαδή την πίεση που συχνά υφίστανται τα άτομα στο χώρο εργασίας τους.
- 4) Στη δυνατότητα συνδυασμού επαγγελματικών και οικογενειακών υποχρεώσεων (Spector 1997).

Και σε αυτό το σημείο, τονίζεται η ευεργετική επίδραση που έχουν πολιτικές του οργανισμού, όπως η ευελιξία στο ωράριο, άδειες, δομές για τη φύλαξη παιδιών κλπ. Αξίζει να σημειωθεί εδώ, πως μέσα στους μύθους που υπάρχουν για την επαγγελματική ικανοποίηση είναι και η άποψη που κυριαρχεί για τις γυναίκες ότι δηλαδή εγκαταλείπουν την

εργασία τους λόγω οικογενειακών υποχρεώσεων, ενώ στην ουσία όπως μια σύμβουλος εργασίας αναφέρει: «Εξαιτίας της δυσαρέσκειάς τους από την εργασία, οι γυναίκες αποφασίζουν πως ήρθε η στιγμή να κάνουν οικογένεια!» Μελέτη του Κέντρου Ερευνών για τα Θέματα Ισότητας, αναφέρει ότι ειδικά οι γυναίκες αντιμετωπίζουν την εργασία ως: «μια απαραίτητη συνθήκη και αναγκαία προϋπόθεση για την προσωπική αυτονομία και αξιοπρέπεια» και αυτό φαίνεται να συνδέεται άμεσα με τον χαρακτηρισμό της εργασίας ως την κατεξοχήν ανθρώπινη δραστηριότητα που διαμορφώνει την ατομική και κοινωνική ταυτότητα, το «κοινωνικό γίνεσθαι» που – όπως έγραφε ο Freud -δένει τον άνθρωπο με την πραγματικότητα. (Αθανασιάδου Χ., Πετροπούλου Σ., Μιμίκου Γ.,2001).

Είναι γεγονός ότι η επαγγελματική ικανοποίηση μπορεί να αποτελέσει ένα σημαντικό δείκτη για το πως το άτομο διαχειρίζεται τις καταστάσεις, σε ένα σημαντικό τομέα της ζωής του. Η μη ικανοποίηση από την εργασία συχνά αποτελεί ένδειξη προβλημάτων στην ατομική ή επαγγελματική ζωή. Για έναν οργανισμό αντίστοιχα, είναι πολύ σημαντικό να έχει ικανοποιημένους συνεργάτες ώστε να διατηρεί την ομαλή λειτουργία του. Ένα θέμα που πρέπει, όμως εδώ να επισημάνουμε, είναι η καλλιέργεια “απατηλών” προσδοκιών των εργαζομένων από τη μεριά της διοίκησης. Οι τυχόν δεσμεύσεις του οργανισμού για παροχές - σε υλικό ή ηθικό επίπεδο –στους εργαζόμενους πρέπει να είναι φειδωλές, ώστε να μην οδηγούν σε υπερβολικές προσδοκίες εκ μέρους των υπαλλήλων ή συνεργατών του. Κάτι τέτοιο θα οδηγούσε σε αντίθετα αποτελέσματα, όπως υποπαραγωγικότητα και αποχωρήσεις. Οι οργανισμοί και η εργοδοσία έχουν την ηθική υποχρέωση να φέρονται με συνέπεια και υπευθυνότητα στους εργαζόμενους, κάτι που δυστυχώς δεν τηρείται σε μεγάλο βαθμό στην ελληνική πραγματικότητα, αλλά και σε άλλες κοινωνίες και πολύ περισσότερο στο επίπεδο των άτυπων εργασιακών σχέσεων. Για αυτόν το λόγο, η παρουσία εργασιακών / οργανωτικών ψυχολόγων στις επιχειρήσεις έχει στις μέρες μας αναδειχθεί, ως μια αυξανόμενη ανάγκη για την ομαλή λειτουργία της εκάστοτε οργανωτικής δομής και του ανθρώπινου δυναμικού της.

1.3 Ιστορική εξέλιξη επαγγελματικής ικανοποίησης

Στο χώρο της διοίκησης, το θέμα της επαγγελματικής ικανοποίησης αποτέλεσε αντικείμενο ενδιαφέροντος και σχολιασμού σε ευρεία κλίμακα.

Στην εξέλιξη αυτή, σημαντικά επέδρασε η αναγνώριση της επαγγελματικής ικανοποίησης με την ευρύτερη έννοια της αποτελεσματικότητας, της παραγωγικότητας και της εργασιακής ευημερίας των εργαζομένων μέσα στους χώρους εργασίας. Στην πρώτη φάση ο όρος

εργασιακή ικανοποίηση απασχόλησε τον Fr. Taylor το 1912 με την έννοια της επίτευξης μέσα από την αυξημένη μισθολογική αποζημίωση των εργαζομένων. Αυτή ακριβώς την περίοδο, οι εργαζόμενοι υπολογίζονταν λιγότερο ως ανθρώπινες υπάρξεις και περισσότερο ως εργαλεία. Η εργοδοσία αποσκοπούσε στην εκμετάλλευση του ανθρώπινου δυναμικού κατά τον αποτελεσματικότερο τρόπο. Σκοπός ήταν η αποτελεσματική διοίκηση κάτω από οποιοδήποτε κόστος ανθρώπινης προσπάθειας. Με την εμφάνιση της βιομηχανικής προόδου σημειώνεται η πρώτη επιστημονική προσέγγιση στο θέμα της επαγγελματικής ικανοποίησης, δηλαδή το 1930. Οι στόχοι της βιομηχανικής παραγωγής άλλαξαν τον τρόπο αντιμετώπισης των εργαζομένων με αποτέλεσμα να αναγνωρίζονται και να υπολογίζονται ως οντότητες με πολλαπλές ανάγκες και αισθήματα. Η πρώτη επιστημονική μελέτη του Horrocks (1935) κατέληξε στο συμπέρασμα σύνδεσης της επαγγελματικής ικανοποίησης με τη ζωή γενικότερα, την ικανότητα προσαρμογής του ατόμου στις περιστάσεις της ζωής και τις δυνατότητες συνδέσμου με τους συνεργάτες του, τη φύση της εργασίας σε σχέση με τις ικανότητες, τα ενδιαφέροντα και τη γενικότερη προετοιμασία για το επάγγελμα. Στη συνέχεια, οι περίφημες μελέτες του Hawthorne έδωσαν νέες προοπτικές διερεύνησης του θέματος. Οι συγκεκριμένες προσεγγίσεις σκοπό είχαν να εξετάσουν την παραγωγικότητα σε σχέση με την εισαγωγή βελτιωμένων συνθηκών εργασίας και την επαυξημένη αμοιβή. Σύμφωνα με τον Mayo (1945) ως καθοριστικός παράγοντας στην ικανοποίηση διακρίθηκε ο βαθμός αλληλεπίδρασης της ομάδας. Η ποιότητα αυτής της σχέσης των ομάδων εργασίας ήταν πλέον σημαντικός προσδιοριστικός παράγοντας ικανοποίησης.

Έτσι πρώτη φορά αναγνωρίζεται η σπουδαιότητα των κοινωνικών σχέσεων στο χώρο της εργασίας και διαπιστώνεται ο κατεξοχήν κοινωνικός χαρακτήρας του εργασιακού περιβάλλοντος όπου πρωταρχικό ρόλο ασκούν οι ανθρώπινες σχέσεις.

Οι διαπιστώσεις των μελετών Hawthorne συνέπεσαν με τις παρατηρήσεις του Fr. Taylor δεκαετίες πριν, ότι δηλαδή οι εργαζόμενοι έχουν μνήμη και οι εκτιμήσεις που διατηρούν σύμφωνα με τις συνθήκες εργασίας επηρεάζουν τις αντιδράσεις τους.

Ενώ παράλληλα, ο ρόλος των χρημάτων κρίνεται εξίσου σημαντικός στην κατηγορία των κινήτρων (Taylor 1977). Οι μελέτες αυτές υπήρξαν οι πρώτες στο χώρο της βιομηχανίας που εξέτασαν το θέμα από ψυχολογικής πλευράς (Slavitt et al 1878) και συντέλεσαν στη διαμόρφωση των ερευνητικών τάσεων τις επόμενες δύο δεκαετίες.

Η ανάπτυξη δομής των σύγχρονων μοντέλων μέτρησης της ικανοποίησης ήταν την περίοδο 1959 έως 1960 όπου εμφανίστηκαν οι θεωρίες των κινήτρων εργασίας και επαγγελματικής ικανοποίησης από επώνυμους ψυχολόγους όπως οι Maslow (1964), Herzberg (1966) , Herzberg et al (1976).

Η πρώτη τεκμηριωμένη μελέτη ολοκληρώθηκε από τους Smith et al (1969). Διαπιστώνεται η ύπαρξη τριών αναγνωρισμένων σχολών ή ιστορικών τάσεων ενασχόλησης με την εργασιακή ικανοποίηση. Αυτές είναι η υλικοτεχνική, η οικονομική και των ανθρωπίνων σχέσεων.

▪ **Φυσική υλικοτεχνική σχολή**

Ο συγκεκριμένος χώρος έδωσε έμφαση, στο ρόλο φυσικής διευθέτησης της εργασίας, τις φυσικές συνθήκες και την αμοιβή. Από τους βασικούς υποστηρικτές της αναφέρονται ο Taylor μαζί με άλλους ερευνητές του 1920.

▪ **Οικονομική σχολή**

Εισηγητής του επιστημονικού τρόπου διοίκησης θεωρείται ο Fr. Taylor. Ο ίδιος μαζί με τους συνεργάτες του δημιούργησε την οικονομική σχολή το 1920 αντιμετωπίζοντας την εργασία με ορθολογικό τρόπο. Στόχος του ήταν η επιτυχία υψηλού επιπέδου εργασιακής παραγωγικότητας και αποτελεσματικότητας δια μέσου της αμοιβής. Το επίπεδο της επαγγελματικής ικανοποίησης του εργαζομένου βασικά καθοριζόταν από το επίπεδο αμοιβής (Taylor 1981). Η σχολή παράλληλα ασχολήθηκε σοβαρά με διάφορες πλευρές του χώρου εργασίας όπως μοντέλα ελέγχου, κατεύθυνσης, τρόπους λήψης αποφάσεων και τυπικές δομές του οργανισμού (King et al 1982). Στη συνολική θεώρηση του θέματος της εργασίας βασική ενότητα αποτελούσε η ευημερία του εργαζομένου.

▪ **Σχολή ανθρωπίνων σχέσεων**

Η σχολή ανθρωπίνων σχέσεων αναπτύχθηκε γύρω στο 1930 με εστίαση του ενδιαφέροντος στις ανάγκες των εργαζομένων, για αποδοχή, εκτίμηση και αυτοεκπλήρωση. Σύμφωνα με τη σχολή οι εργαζόμενοι διακρίνονται ότι διακατέχονται από τα κίνητρα «του εγώ» της ασφάλειας, της περιέργειας, της δημιουργικότητας και της οικονομίας. Οι ανάγκες των εργαζομένων υποκινούνται από εξωγενείς παράγοντες (μισθοδοσία) και ενδογενείς (αυτοεκπλήρωση).

Σκοπός της σχολής ανθρωπίνων σχέσεων ήταν η αντιμετώπιση των αναγκών των εργαζομένων με στόχο την ικανοποίηση μέσα από τη λειτουργία ομάδων εργασίας και τον αναβαθμισμένο ρόλο των προϊσταμένων. Όπως υποστηρίζεται από τον Argyris (1982) ένας ικανοποιημένος εργαζόμενος είναι δημιουργικός παράγοντας και διακρίνεται για τις άριστες διαπροσωπικές του σχέσεις. Η φύση, η σπουδαιότητα και το ενδιαφέρον της εργασίας αποτελούν τα κεντρικά σημεία στην κατανόηση της συμπεριφοράς του εργαζομένου.

1.3.1 Σύγχρονη οργάνωση επαγγελματικής ικανοποίησης

Από το σύνολο της συντονισμένης προσπάθειας προσέγγισης του χώρου εργασίας έλειπε ένας βασικός κρίκος, η δομή του εργασιακού οργανισμού. Το κενό αυτό κάλυψαν οι κοινωνικές επιστήμες με τη θεωρία της οργάνωσης.

Σύμφωνα με τον Shein (1980) η οργάνωση αποβλέπει στον προσχεδιασμένο συντονισμό των δραστηριοτήτων ενός αριθμού ατόμων προς επίτευξη κάποιου κοινού εμφανούς σκοπού μέσα από τον καταμερισμό των εργασιακών δραστηριοτήτων, την ιεράρχηση της εξουσίας και των ευθυνών.

Ο ορισμός της οργάνωσης αναφέρεται στη διεργασία εξασφάλισης γνώσεων με σκοπό τη γνώση της οργανωτικής δομής, ώστε να προβλέπεται και να ελέγχεται η οργανωτική αποτελεσματικότητα μέσα από τον προγραμματισμό (Sullivan and Decker 1988). Οι σύγχρονοι επιστήμονες αναλύουν την οργάνωση δια μέσου της συσχέτισης συστημάτων. Κατά τον Robbins (1983) σύστημα ορίζεται το σύνολο των αλληλένδετων τμημάτων διατεταγμένων σ' ένα ενοποιημένο σύνολο. Τα συστήματα διακρίνονται σε κλειστά και ανοικτά. Τα κλειστά έχουν το χαρακτηριστικό ότι είναι αυτοσυγκροτημένα και ανήκουν μόνο στις φυσικές επιστήμες ενώ τα ανοικτά αναγνωρίζουν τη συσχέτιση των συστημάτων με το περιβάλλον τους.

Σ' αυτή τη κατηγορία, ανήκουν τα νοσοκομεία και κάθε οργανισμός υποκείμενος στην επίδραση του περιβάλλοντος (Dohey et al. 1987). Τα στοιχεία της οργανωτικής δομής απαρτίζουν ο καταμερισμός της εργασίας και η ιεράρχηση της εξουσίας. Η θεωρία της οργάνωσης στοχεύει στη μελέτη της δομής και λειτουργίας των οργανισμών, τη συμπεριφορά των ατόμων και των ομάδων μέσα σ' αυτούς. Όπως αναφέρεται και από τους Sullivan και Decker (1988) «Οργανισμός είναι πολύπλοκο κοινωνικοτεχνικό σύστημα που λειτουργεί βάσει δεδομένων ώστε να απορρέουν συγκεκριμένα αποτελέσματα σε καθορισμένο κλίμα».

Οι σημαντικότεροι παράμετροι του κάθε οργανισμού εργασίας είναι το περιβάλλον, οι πηγές λειτουργίας και οι ιστορικές αξίες του ίδιου του οργανισμού. Το περιβάλλον θέτει περιορισμούς στις απαιτήσεις και παρέχει ποικιλία ευκαιριών. Η ποσότητα, ο τύπος και η ποιότητα των διαθέσιμων πηγών ακούν σημαντική επίδραση στην παραγωγή του οργανισμού. Η παραγωγή του νοσοκομείου, συνδέεται άμεσα με τη βελτίωση τα υγείας, την καλύτερη ποιότητα ζωής, την ευημερία των ατόμων. Η αναγνώριση της επίδρασης, της ιστορικής αξίας του οργανισμού περιλαμβάνει τα κρίσιμα γεγονότα όπως προηγούμενες αποφάσεις, εμπλεκόμενες αξίες, στρατηγικές διάθεσης αγαθών και ανάπτυξης υπηρεσιών. Οι Nadler and

Tushman (1980) επισημαίνουν ότι κλειδιά του οργανισμού αποτελούν τα άτομα, τα καθήκοντά τους και οι τυπικές και άτυπες ρυθμίσεις ή διαδικασίες.

Το συμπέρασμα είναι ότι, το επιστημονικό ενδιαφέρον για την επαγγελματική ικανοποίηση προήλθε από την ανάγκη καθιέρωσης της αποτελεσματικής παραγωγής στους χώρους εργασίας. Ενώ πριν η σημασία ενδιαφέροντος για τον εργαζόμενο ήταν ανύπαρκτη ή καταχρηστική, αργότερα, με την εισαγωγή βελτιωμένων συνθηκών εργασίας και την αναγνώριση των αναγκών του, υπογραμμίζεται ο κοινωνικός χαρακτήρας του περιβάλλοντος εργασίας. Από τότε λοιπόν, οι προσεγγίσεις ή παρεμβάσεις στόχο είχαν τις κοινωνικές ενότητες της εργασίας και του σχεδιασμού οργάνωσης. Δημιουργούνταν προϋποθέσεις ανάπτυξης της σύγχρονης οργάνωσης του περιβάλλοντος εργασίας όπου η δομή, η λειτουργία και η παρουσία των εργαζομένων είχαν πρωταρχική θέση.

1.4 Θεωρητική εξέλιξη – θεωρίες management και επαγγελματική ικανοποίηση

Βασική προϋπόθεση στη μελέτη του θέματος της ικανοποίησης του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, είναι η αναφορά στη γνώση των θεωρητικών βάσεων της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Η έννοια έχει άμεση σχέση με τα κίνητρα εργασίας. Αναφέρεται στις συνθήκες που επηρεάζουν την ανταπόκριση, καθοδήγηση και τη διατήρηση της συμπεριφοράς του ατόμου σε σχέση με το περιβάλλον εργασίας.

Η εμφάνιση των θεωρητικών μοντέλων της επαγγελματικής ικανοποίησης χρονολογείται από το 1950, με βασικούς πρωταγωνιστές τους επιστήμονες της ανθρωπιστικής ψυχολογίας.

Κατά τις εκτιμήσεις της Dosset (1988) στις διαφορετικές επιστημονικές αξιολογήσεις διαπιστώνεται ότι αυτές έχουν τρία κοινά χαρακτηριστικά δηλαδή αναφέρονται:

- Στα αίτια ενεργοποίησης και διατήρησης της ανθρώπινης συμπεριφοράς,
- Στην καθοδήγηση αυτής της συμπεριφοράς προς επίτευξη συγκεκριμένων αντικειμενικών σκοπών,
- Στους τρόπους διατήρησης αυτής της συμπεριφοράς στην πορεία του χρόνου.

Ωστόσο, υπάρχουν διάφορες θεωρίες ως προς τον τρόπο προσέγγισης και διαπραγμάτευσης του θέματος. Στη συνέχεια ακολουθούν οι επικρατέστερες διαχωριστικές ομάδες.

Οι McFrand et al (1984) ταξινομούν τις θεωρίες ικανοποίησης σε τρεις κατηγορίες. Στην πρώτη ανήκουν όσες αναφέρονται στο επάγγελμα και αναπτύσσονται από τους Horrock (1935), Vroom (1964) και Smith et al (1969).

Η δεύτερη κατηγορία απευθύνεται στο άτομο με βασικούς υποστηρικτές το Maslow (1964) και Alderfer (1969).

Και η τελευταία ομάδα αφορά την αλληλεπίδραση του ατόμου με τα επαγγελματικά θέματα με βασικούς υποστηρικτές τον Herzberg και τους συνεργάτες του (1967).

Μια άλλη ταξινόμηση σε τρεις ομάδες προέρχεται από τους Cameron (1973), Wallis and Core (1977) Core και (1981). Στην πρώτη ανήκουν οι θεωρίες διάστασης που εξετάζουν τις ανάγκες, επιθυμίες, προτιμήσεις και αξίες που φέρει το άτομο μέσα στην εργασία του. Καθώς επίσης και την έκταση που αντιλαμβάνεται το άτομο ότι το περιβάλλον εργασίας θα ικανοποιήσει ή θα εκπληρώσει αυτές τις ανάγκες (Redfern 1981).

Η δεύτερη ομάδα αναφέρεται στις θεωρίες ισότητας με κεντρικό σημείο τις τις κοινωνικές συγκρίσεις. Η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια του ατόμου εξαρτάται άμεσα από την άμεση κατανομή των ανταμοιβών σε παρόμοια επαγγέλματα.

Στην τελευταία ομάδα κατατάσσονται οι θεωρίες προσδοκιών με κεντρικό σημείο αναφοράς την εκπλήρωση. Σύμφωνα με τον Redfern (1981) όταν ο εργαζόμενος αντιλαμβάνεται το αποτέλεσμα κάποιας πράξης να είναι ελκυστικό και αναμένει οι προσδοκίες του να οδηγήσουν σε ένα επίπεδο εκπλήρωσης και είναι βέβαιο ότι θα επακολουθήσουν κάποιες ιδιαίτερες ανταμοιβές τότε είναι δυνατόν να κινητοποιηθεί σε δράση ώστε να φθάσει στην ικανοποίηση.

Ένας τελευταίος και ευρύτερης αποδοχής διαχωρισμός είναι ο διαχωρισμός στις δύο μεγάλες κατηγορίες, στις θεωρίες της ικανοποίησης (Content Theories) και της διεργασίας (Process Theories).

Οι θεωρίες ικανοποίησης αναφέρονται στις ανάγκες του ατόμου και στις ανταμοιβές που τις ικανοποιούν. Προσπαθούν να προσδιορίσουν τις ειδικές ανάγκες και αξίες με επαγωγικό τρόπο (Locke 1976). Συγκεκριμένα, επιδιώκουν να αναγνωρίσουν τις προς αντιμετώπιση ανάγκες των εργαζομένων και τις προς επίτευξη αξίες ώστε να αισθάνονται ικανοποιημένοι με την εργασία τους (Cavanagh 1992). Στο σύνολο περιγράφουν τους παράγοντες επίδρασης της επαγγελματικής ικανοποίησης (Grunenberg and Wall 1984).

Συμπερασματικά, οι θεωρίες ικανοποίησης ασχολούνται με την αναγνώριση και ιεράρχηση των αναγκών των ατόμων. Προσπαθούν να καθορίσουν τι κινητοποιεί τα άτομα στην εργασία τους. Επικεντρώνονται στον τύπο των κινήτρων και τους στόχους που οι άνθρωποι

αγωνίζονται να φτάσουν ώστε να αισθάνονται ικανοποιημένοι και να αποδίδουν στην εργασία τους.

Στη δεύτερη μεγάλη κατηγορία των θεωριών διεργασίας, περιγράφεται ο τρόπος αλληλεπίδρασης των επαγγελματιών χαρακτηριστικών με τις προσδοκίες, ανάγκες και αξίες των εργαζομένων προς εξασφάλιση της ικανοποίησης (Grunenberg and Wall 1984). Σύμφωνα με τον Locke (1976) οι θεωρίες επιδιώκουν να καθορίσουν τον τύπο ή τη σειρά των μεταβλητών, όπως ανάγκες, αξίες, προσδοκίες αντιλήψεις, εξετάζοντας παράλληλα την αιτιώδη σχέση μεταξύ τους στον προσδιορισμό της ικανοποίησης. Άλλο σημαντικό είναι ότι αναγνωρίζουν την αμεσότητα επίδρασης των κινήτρων στις προσπάθειες του ατόμου να εκτελεί και να ανταποκρίνεται στους εργασιακούς ρόλους.

Βασικά σε ένα υψηλό ποσοστό όλες οι θεωρίες συμφωνούν ότι οι πρωτοβουλίες δράσης των ατόμων εξαρτώνται από την αλληλεπίδρασή τους με το περιβάλλον. Διαφορές απόψεων υπάρχουν ως προς τις διανοητικές διεργασίες των ατόμων στον προσδιορισμό των αντιδράσεων.

Στη διαχρονική τους εξέλιξη, οι θεωρίες έριξαν το κέντρο βάρους σε ποικίλα εργασιακά δεδομένα. Στην αρχή, η χρηματική αμοιβή θεωρήθηκε ως ένα από τα πρώτα κίνητρα εξασφάλισης της ικανοποίησης (Επιστημονική Διοίκηση). Μεταγενέστερα στα κίνητρα συμπεριλαμβάνονται οι συνθήκες εργασίας, ασφάλειας και ένας περισσότερο δημοκρατικός τρόπος άσκησης της επίβλεψης (Ανθρώπινες σχέσεις) (Luthans 1989).

Πρόσφατα το περιεχόμενο των θεωριών εμπλουτίζεται με την εισαγωγή των αναγκών υψηλού επιπέδου στις οποίες εμπεριέχονται οι έννοιες: εκτίμηση, αυτοπραγμάτωση (Maslow 1964), υπευθυνότητα, αναγνώριση, επιτυχία (Herzberg 1966), πρόοδος, επιτεύγματα ατομικά και γενικά (Alderfer 1969).

Η εκπόνηση της παρούσας εργασίας ταυτίζεται με το διαχωρισμό των θεωριών στις δύο κατηγορίες (ικανοποίησης και διεργασίας) και το θεωρητικό μοντέλο στηρίζεται στις θεωρίες ικανοποίησης.

1.4.1 Θεωρίες ικανοποίησης

Το είδος αυτών των θεωριών διακρίνεται σε δύο ομάδες, στις αναφερόμενες στα ένστικτα και στις ανάγκες, η ομάδα των ενστίκτων είναι η αρχαιότερη. Οι περισσότεροι θεωρητικοί επιστήμονες χαρακτηρίζουν τα ένστικτα ως κληρονομημένες ή έμφυτες τάσεις που προδιαθέτουν τα άτομα να συμπεριφέρονται με συγκεκριμένους τρόπους. Ο ίδιος ο Freud (1940) επεσήμανε ότι τα άτομα δεν είναι πάντοτε συνειδητά ενημερωμένα αναφορικά με τις

ανάγκες και τις επιθυμίες τους. Κάτω από αυτές τις θεωρήσεις πολλοί επιστήμονες άρχισαν να διερωτώνται κατά πόσο αυτά τα ένστικτα ήταν πραγματικά ή αποτέλεσμα μαθησιακής συμπεριφοράς. Αυτή η κριτική σκέψη οδήγησε στην ανάπτυξη της δεύτερης ομάδας θεωριών ικανοποίησης με κεντρική ιδέα τις ανάγκες του ατόμου.

Οι σημαντικότερες θεωρίες αναγκών είναι των Maslow, Alderfer και Herzberg. Ακολουθεί εκτενέστερη ανάλυση αυτού του είδους των θεωριών με ιδιαίτερη έμφαση στη θεωρία του Maslow.

Ο Maslow (1964) ανέπτυξε την πρώτη δημοφιλή θεωρία αναγκών με την υπογράμμιση των στοιχείων μιας ολοκληρωμένης θεωρίας της επαγγελματικής ικανοποίησης και των κινήτρων το έτος 1943. Τη θεώρησή του στηρίξε το αξίωμα, ότι μερικές ανθρώπινες ανάγκες κατά προτεραιότητα είναι βασικές σε σχέση με άλλες και επομένως επιδέχονται την ιεράρχηση. Όταν ένα επίπεδο αναγκών αντιμετωπίζεται, τότε παύει να έχει χαρακτήρα κινήτρου και κατά συνέπεια ενεργοποιείται το επόμενο επίπεδο αναγκών (Young και Hayne 1988). Η κλίμακα ιεράρχησης αναγκών του ατόμου αρχίζει από τη βάση με τις βασικές φυσικές ανάγκες, συνεχίζει με τις ανάγκες ασφάλειας αποδοχής, εκτίμησης και αυτοπραγμάτωσης.

Κατηγοριοποίησε λοιπόν τις ανάγκες σε πέντε επίπεδα: α) φυσιολογικές(βιολογικές) ανάγκες(τροφή, νερό, αέρας κ.τ.λ.) β) αίσθημα ασφάλειας. γ) ανάγκη για αγάπη και τρυφερότητα. δ) ανάγκη για σεβασμό. ε) ανάγκη για ενασχόληση με αυτό πραγματικά που ταιριάζει σε κάποιον.

Αν και η συγκεκριμένη θεωρία δεν αποδεικνύεται πλήρως είναι εύκολο να γίνει κατανοητή αν αναρωτηθεί κανείς πόσοι άνθρωποι υποκινούνται όταν τους δίνονται τίτλοι διάκρισης, όταν μπαίνουν οι φωτογραφίες τους στα ενημερωτικά φυλλάδια των εταιριών κ.τ.λ Επίσης πόσοι άνθρωποι ασχολούνται με όλο τους τον ενθουσιασμό με εξωεπαγγελματικές δραστηριότητες και χόμπι και γιατί πραγματικά δεν μπορούν να εξωτερικεύσουν λίγο από αυτό τον ενθουσιασμό και στην εργασία τους. Μήπως τελικά οι εκάστοτε managers είναι υπεύθυνοι στο να τους εμπνεύσουν προς αυτή την κατεύθυνση (Simons A.J.,Donald B.,Drinnien I.&B.,1987) .

Στο χώρο της εργασίας η θεωρία του Maslow παρουσιάζεται όπως στο σχήμα 1.

Σχήμα 1.4.1 : Η πυραμίδα του Maslow



Πηγή: <http://www.mixtape.gr/t.asp?sub=4&sec=6&uid=19>

Βασικές ή Φυσικές ανάγκες: Αναφέρονται στις φυσικές ανάγκες του ατόμου και περιλαμβάνουν τις ελάχιστες απαιτήσεις για τη διατήρηση στη ζωή. Στους χώρους εργασίας αποκτούν ευρύτερη εννοιολογική σημασία. Αντιπροσωπεύουν τις βασικές ανάγκες των εργαζομένων στην εργασία όπως μισθοδοσία, επιδοτήσεις και παροχές διευκολύνσεων φροντίδας παιδιών. Αυτές οι ανάγκες αποτελούν τα κίνητρα στους εργαζομένους ώστε να επιδίδονται στη εργασία τους και να συνεχίζουν να προσφέρουν τις υπηρεσίες τους όσο θα ικανοποιούνται οι ανάγκες τους.

Ανάγκες ασφάλειας: Ερμηνεύουν την επιθυμία του ατόμου για ασφάλεια κι προστασία σε βραχυπρόθεσμη και μακροπρόθεσμη βάση. Αυτό σημαίνει την προστασία από κινδύνους,

απειλές στερήσει ή αντεκδικήσεις (Young και Hayne 1988). Ο Maslow (1964) υπερτόνισε τη φυσική και συναισθηματική ασφάλεια του ατόμου. Κάτω από αυτές τις επιταγές ολόκληρος οργανισμός εργασίας μπορεί να γίνει ένας μηχανισμός διασφάλισης αυτής της ανάγκης προστασίας του εργαζομένου (Luthans 1989).

Κοινωνικές ανάγκες: Οι ανάγκες του είδους αυτού συνδέονται άμεσα με τα θέματα κοινωνικής φύσης εντός και εκτός της εργασίας. Μέσα στα πλαίσια των συναλλαγών πολλοί εργαζόμενοι επιδιώκουν την ανάπτυξη στενών διαπροσωπικών σχέσεων και κάθε μορφής αλληλεπίδραση με άλλα άτομα. Οι χώροι εργασίας προσφέρονται σ' αυτή την κοινωνική αναγκαιότητα των ατόμων με τη δημιουργία ευκαιριών κοινωνικής αλληλεγγύης με τη στενότερη και ευρύτερη έννοια (Gordon et al 1990). Μέσα στα πλαίσια αυτών των ευκαιριών επίδρασης, οι εργοδοτικοί φορείς καλούνται να ενθαρρύνουν και να προωθούν τους εργαζομένους στην άσκηση του έργου τους ως μέλη ομάδας εργασίας με τη συμμετοχή τους στις αποφάσεις και τον προγραμματισμό της εργασίας, Ακόμη επιβάλλεται η κάλυψη αυτών των κοινωνικών αναγκών με τη δυναμική του ενδιαφέροντος προς τους εργαζομένους.

Κατά τον Tarpren (1984) οι εργαζόμενοι νοιώθουν την ανάγκη να αισθάνονται ότι αποτελούν μέλη ομάδας που απολαμβάνουν την υποδοχή των συνεργατών, μπορούν να δίνουν και να δέχονται στοργή και αγάπη. Η παραμέληση αυτών των αναγκών οδηγεί του εργαζόμενους στα βιώματα της μοναξιάς, της απόρριψης και της αποξένωσης. Πάντα κατά τον Maslow τα άτομα νοιώθουν την ανάγκη του «ανήκειν» ως κοινωνικά όντα. Ο χώρος εργασίας ικανοποιεί αυτή την ανάγκη στα πλαίσια της εργασιακής συνεργασίας, ενώ παράλληλα προάγεται η κοινωνική ένταξη των εργαζομένων ατόμων.

Ανάγκη σεβασμού και εκτίμησης: Οι ανάγκες αυτές αντιπροσωπεύουν υψηλού επιπέδου ανθρώπινες ανάγκες όπως το δυναμισμό, τα επιτεύγματα, την επαγγελματική καταξίωση μέσα από τη θέση εργασίας, (Luthans 1989). Στην ανάλυσή τους αυτές αναφέρονται στην επιθυμία του ατόμου για:

- Έλεγχο του χώρου εργασίας,
- Προβολή των ικανοτήτων και των προσόντων,
- Δημιουργία κλίματος υπόληψης αναφορικά με το άτομο λόγω ικανοτήτων και κατοχής θέσεως κύρους.

Στους τρόπους ικανοποίησης αυτών των αναγκών υπάγονται οι δυναμικές προσπάθειες των εργοδοτικών οργάνων να προβάλλουν κίνητρα στους εργαζόμενους με τις ευκαιρίες

ανάθεσης των αρμοδιοτήτων, τους τίτλους κύρους και επιρροής και τη δημόσια αναγνώριση της άριστης απόδοσης και επίδοσης εργασίας. Κατά τον Maslow το επίπεδο εκτίμησης έχει διπολικό χαρακτήρα, Από τη μια βρίσκεται η αυτοεκτίμηση και από την άλλη η εκτίμηση που απολαμβάνει το άτομο από τους άλλους. Κάθε άτομο νοιώθει έντονα την ανάγκη να βρίσκεται σε θέση υπόληψης στις συνειδήσεις των συνανθρώπων. Όλα αυτά, επειδή κάθε άτομο έχει την ανάγκη να αισθάνεται ότι έχει εσωτερική αξία. Κατά την εμπειρία της Tarpren (1984) στα θέματα της νοσηλευτικής διοίκησης, το αίσθημα της αυτοαξίας συνδέεται άμεσα με το αίσθημα της χρησιμότητας, της επάρκειας, της ικανότητας για ανεξαρτησία και αυτονομία του ατόμου. Στους χώρους εργασίας υπάρχουν προϋποθέσεις αύξησης της αυτοεκτίμησης. Οι εργαζόμενοι αισθάνονται ικανοί και επιδέξιοι όταν σε δεδομένη ευκαιρία χρησιμοποιούν τα ταλέντα και τις ικανότητές τους. Έτσι νοιώθουν χρήσιμοι και απαραίτητοι όταν είναι ικανοί να βοηθούν τους άλλους και να αισθάνονται αυτόνομοι και αποφασίζουν ανεξάρτητα.

Ο σεβασμός και η αναγνώριση από τους άλλους αποτελεί πρόσθετη πηγή εκτίμησης, αφού εκφράζει την κοινωνική αποτίμηση και δημιουργεί αισθήματα ικανοποίησης όταν στηρίζεται στην ειλικρινή παραδοχή ενός πραγματικού προσώπου. Οι άνθρωποι θέλουν να ελκύουν την προσοχή των άλλων, επιθυμούν τη μοναδικότητα στην αναγνώριση, στην εκτίμηση και την αξιοπρέπεια. Έχουν την ανάγκη να αισθάνονται σπουδαίοι, ότι κατέχουν θέση σημαντική μέσα στο κοινωνικό σύνολο και είναι σε θέση να επηρεάζουν άλλους (Tarpren 1984).

Ανάγκη αυτοπραγμάτωσης: Αντανακλά την επιθυμία του ατόμου για ανάπτυξη και επαγγελματική πρόοδο στο υψηλότερο εφικτό επίπεδο (Gordon et al 1990). Σε ευρύτερη απόδοση περιγράφεται ως η ολοκληρωτική χρήση και εκμετάλλευση των ταλέντων, των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων του ατόμου. Συγκεκριμένα εδώ συγκαταλέγονται οι χαμηλού, μέσου και υψηλού επιπέδου ανάγκες (Baron 1986). Τα άτομα συχνά αναζητούν ευκαιρίες δημιουργικότητας κατά την άσκηση του έργου τους ή επιζητούν αυτονομία και υπευθυνότητα. Οι χώροι εργασίας προσπαθούν να παρέχουν ευκαιρίες κινητικότητας προσφέροντας θέσεις με ενδιαφέρον αντικείμενο και περιεχόμενο εργασίας, μαζί με τις δυνατότητες επαγγελματικής ανάπτυξης και προόδου μέσα στον οργανισμό. Ο Maslow στην περιγραφή του σχετικά με το άτομο χρησιμοποιεί ποικιλία χαρακτηρισμών όπως ικανότητα αντίληψης, αποδοχή, αυθορμητισμό, φυσικότητα, ανεξαρτησία, ασφάλεια, ανιδιοτέλεια, φιλοσοφική σκέψη, δημιουργικότητα, ελαστικότητα και ικανοποίηση.

Η εργασία προσφέρεται ως ιδανικός χώρος επίδειξης αυτών των ιδιοτήτων του εργαζομένου ατόμου και ικανοποίησης της ανάγκης για αυτοπραγμάτωση. Προς το σκοπό αυτό, στους

χώρους εργασίας πρέπει να ενθαρρύνονται οι πρωτοβουλίες, η συμμετοχή των εργαζομένων στους προγραμματισμούς και τις αποφάσεις και επαγγελματικές αναπτυξιακές ευκαιρίες (Tappen 1984).

Ο *Maslow* (1964) αναφέρει χαρακτηριστικά για την ικανοποίηση της ανάγκης αυτοπραγμάτωσης του ατόμου, ότι αυτή αυξάνεται παρά μειώνεται. Το γεγονός αυτό συμβαίνει. Επειδή η ανθρώπινη συμπεριφορά καθορίζεται ποικιλόμορφα και χαρακτηρίζεται από πολύμορφη κινητικότητα.

Η θεωρία του *Alderfer* (1969, 1972) περιορίζει τις ανάγκες στις τρεις κατηγορίες: ύπαρξης, σχέσεων και ανάπτυξης. Τα άτομα διαφέρουν ως προς τις ανάγκες τους και οι διαφορές αποδίδονται στο ατομικό επίπεδο ανάπτυξης και στις διαφορετικές ανάγκες που δοκιμάζει το άτομο ως μέλος του κοινωνικού συνόλου.

Η θεωρία του Maslow και Herzberg έτυχαν ευρείας εφαρμογής στη μελέτη των κινήτρων εργασίας και της επαγγελματικής ικανοποίησης ιδιαίτερα στο χώρο της υγείας.

Οι *Herzberg et al* (1967), *Herzberg* (1966,1979), προσεγγίζουν τις ανάγκες του ατόμου με συμπληρωματικό τρόπο. Η ικανοποίηση και η δυσαρέσκεια αναγνωρίζονται ως διαφορετικές ενότητες. Οι παράγοντες τους είναι διαφορετικοί με δεδομένη την διαφοροποιημένη συμπεριφορά του ατόμου. Έτσι οι παράγοντες ικανοποίησης αναφέρονται ως κίνητρα (motivations), αποτελούν τα χαρακτηριστικά στοιχεία του περιεχομένου της εργασίας και περιλαμβάνουν την υπευθυνότητα, την επιτυχία, την αναγνώριση του έργου, της φύση της εργασίας και τις προαγωγές. Η δυσαρέσκεια προέρχεται από τους παράγοντες υγιεινής και συμπεριλαμβάνουν τον τρόπο διοίκησης, την επίβλεψη (εποπτεία), την χρηματική αμοιβή, τις διαπροσωπικές σχέσεις, τις συνθήκες εργασίας και την πολιτική διοίκησης. Στη βάση τους, περιγράφουν το περιβάλλον και συντελούν στην πρόληψη της δυσαρέσκειας ενώ χαρακτηρίζονται ως εξωγενείς παράγοντες. Ουσιαστικά, πρέπει να ικανοποιηθούν πρώτα οι παράγοντες υγιεινής, ώστε να οδηγήσουν το άτομο σε ουδέτερο σημείο και να επιδράσουν τα κίνητρα. Η ικανοποίηση είναι αποτέλεσμα επίδρασης των κινήτρων ενώ η δυσαρέσκεια των παραγόντων υγιεινής (Timmereck και Randall 1981).

Η θεωρία των δύο παραγόντων του Herzberg (1966) αποτελεί την κατεξοχήν θεωρία που χρησιμοποιείται για την ερμηνεία της ικανοποίησης από την εργασία. Σύμφωνα με αυτήν υπάρχουν δύο κατηγορίες παραγόντων που σχετίζονται με την ικανοποίηση από την εργασία: τα κίνητρα και οι παράγοντες υγιεινής.

Στην πρώτη κατηγορία εντάσσονται πέντε επιμέρους παράγοντες που εμφανώς συντελούν στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων και έχουν σχέση με το περιεχόμενο της εργασίας.

Αυτοί είναι η επίτευξη, η αναγνώριση του έργου, η φύση της εργασίας, η υπευθυνότητα και η δυνατότητα προαγωγής.

Οι παράγοντες αυτοί ονομάστηκαν κίνητρα (motivators), επειδή «είναι αποτελεσματικοί στο να παρακινούν το άτομο σε καλύτερη επίδοση και μεγαλύτερη προσπάθεια».

Το δεύτερο σύνολο των παραγόντων σχετίζεται με τη δυσαρέσκεια από την εργασία και συνδέεται με το περιέχον πλαίσιο της εργασίας. Αυτοί είναι η πολιτική της επιχείρησης και ο τρόπος διοίκησής της, η εποπτεία, η χρηματική αμοιβή, οι διαπροσωπικές σχέσεις και οι συνθήκες εργασίας. Ο Herzberg τους ονόμασε παράγοντες υγιεινής (hygiene), γιατί στην ουσία περιγράφουν το περιβάλλον και συντελούν κατά κύριο λόγο στην πρόληψη δυσαρέσκειας από την εργασία ενώ έχουν μικρή επίδραση στη δημιουργία θετικών συναισθημάτων

A) παράγοντες υγιεινής οι οποίοι περιλαμβάνουν :

τη γενικότερη πολιτική και τη διοίκηση της εταιρείας-υπηρεσίας

τους μισθούς και τα χρηματικά επιδόματα

την ποιότητα της επίβλεψης που παρέχεται

την ποιότητα των διαπροσωπικών σχέσεων

τις εργασιακές συνθήκες

το αίσθημα της ασφάλειας στην εργασία

B) παράγοντες υποκίνησης οι οποίοι περιλαμβάνουν:

τη θέση εργασίας

τις ευκαιρίες για προαγωγή

την αναγνώριση

τις προκλήσεις της εργασίας

την αίσθηση της προσωπικής καλλιέργειας μέσα από την εργασία.(Syptak, J. M, Marsland, D.W., Ulmer, D.,1999).

Στον παρακάτω πίνακα, παρουσιάζονται τα κίνητρα και αντικίνητρα που ανέδειξε η έρευνα του Herzberg:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1.4.1.1: Κίνητρα και αντικίνητρα σύμφωνα με τον Herzberg

ΚΙΝΗΤΡΑ	ΑΝΤΙΚΙΝΗΤΡΑ
Επίτευξη κάποιου στόχου	Η διοίκηση και η πολιτική του οργανισμού
Αναγνώριση της προσπάθειας	Η επίβλεψη
Εξέλιξη στην εργασία	Οι συνθήκες εργασίας
Το ίδιο το αντικείμενο της εργασίας	Οι διαπροσωπικές σχέσεις στον οργανισμό
Υπευθυνότητα	Ο μισθός- Η αμοιβή
Δυνατότητα (προσωπικής ανάπτυξης)	Το κύρος
	Η προσωπική ζωή
	Η ασφάλεια εργασίας

Πηγή: learningsupport.elke.uoa.gr/epixeirimatikotita/docs/case_studies_psych.doc

1.4.2 Θεωρίες διεργασίας

Στις θεωρίες αυτές η ικανοποίηση προσδιορίζεται όχι μόνο από τη φύση και το περιεχόμενο της εργασίας αλλά επιπλέον από τις ανάγκες, αξίες και προσδοκίες που φέρει το άτομο σε σχέση με το επαγγελματικό του έργο (Locke 1968, 1969).

Επίσης καθοριστικό ρόλο ασκεί η διάσταση μεταξύ πραγματικής εργασιακής κατάστασης και προσδοκιών. Ουσιαστικά και κύρια, η ικανοποίηση εξαρτάται από τη σχέση ατόμου και περιβάλλοντος εργασίας.

Η θεωρία των προσδοκιών θεωρείται η σημαντικότερη αυτού του είδους με βασικό εκφραστή τον Vroom (1964, 1982). Στην προσέγγισή του αναφέρεται σε συνειδητές επιλογές συμπεριφοράς του ατόμου, οι οποίες βασίζονται στις προσδοκίες του αναφορικά με το μέλλον και την αξία που αποδίδει το άτομο σ' αυτές. Οι ανταποκρίσεις και οι αντιδράσεις του εξαρτώνται από τη διάσταση μεταξύ του τι προσφέρει το περιβάλλον εργασίας, τι επιτυγχάνει ο εργαζόμενος, πώς έχει προσαρμοστεί και τι αναμένει. Οι προσδοκίες του κρίνονται σημαντικές στον προσδιορισμό της συμπεριφοράς του (Locke 1976).

Άλλη θεωρία διεργασίας είναι της ισότητας ή θεωρία δικαίου του Adams (1963, 1965). Σύμφωνα με τον Adams ο εργαζόμενος συγκρίνει τα αποτελέσματα (αμοιβές, αναγνώριση, εξέλιξη κ.λ.π.) της προσπάθειάς του στην εργασία, με αυτά της προσπάθειας των

συναδέλφων του. Αν ο εργαζόμενος αντιληφθεί ότι υφίσταται αδικία, ενεργεί με διάφορους τρόπους προκειμένου να αντισταθεί :

- Αρχίζει να έχει χαμηλότερη παραγωγικότητα
- Υποβιβάζει την ποιότητα
- Αυξάνονται οι ημέρες απουσίας του από την εργασία

Μπορεί να καταλήξει και σε εθελοντική παραίτηση (Borkowski,N., 2005).

Η θεωρία της στοχοθέτησης είναι η τελευταία από τις βασικές θεωρίες διεργασίας. Οι υποστηρικτές της προτάσσουν ως κεντρική ιδέα την ανθρώπινη ενέργεια να στοχεύει σε κάποιο σκοπό (Locke 1976, Lathan and Locke 1979). Η καθιέρωση στόχων μπορεί να βοηθήσει τα άτομα στην αναγνώριση τρόπων ικανοποίησης των αναγκών και στην ενθάρρυνση για προσπάθειες κινητοποιήσεων στην επίτευξη στόχων που θα αποδίδουν καρπούς. Η καθιέρωση ειδικού σκοπού οδηγεί σε υψηλά επίπεδα απόδοσης (Locke et al 1981). Οι ερευνητικές μελέτες επισημαίνουν ότι τα προγράμματα στοχοθέτησης βελτιώνουν την απόδοση σε όλα τα επίπεδα διοίκησης.

Τέλος, το μοντέλο των χαρακτηριστικών των Hackman and Oldham (1975, 1980, Hackman 1986) αποτελεί σημαντική προσφορά στις θεωρίες ικανοποίησης και στη γενικότερη συμπεριφορά στην εργασία. Κατά τη θεωρία, θετικά ατομικά και εργασιακά αποτελέσματα εξασφαλίζονται όταν είναι παρούσες τρεις κρίσιμες ψυχολογικές καταστάσεις, η βιωμένη σημασία της εργασίας (ο εργαζόμενος βιώνει την εργασία του ως κάτι που έχει νόημα και αξία) η βιωμένη υπευθυνότητα της εργασίας (το άτομο αισθάνεται προσωπικά υπεύθυνο και υπόλογο για το αποτέλεσμα της εργασίας του)και η γνώση των αποτελεσμάτων των εργασιακών δραστηριοτήτων (ο εργαζόμενος γνωρίζει ή αντιλαμβάνεται σε σταθερή βάση πόσο αποτελεσματικά εκτελεί την εργασία του).

Αυτές οι καταστάσεις δημιουργούνται με την παρουσία πέντε βασικών εργασιακών χαρακτηριστικών δηλαδή, την ποικιλία δεξιοτήτων, την ταυτότητα του έργου, τη σπουδαιότητα του έργου, την αυτονομία και την επανατροφοδότηση. Τα εργασιακά αποτελέσματα που προκύπτουν είναι υψηλού επιπέδου κίνητρα, υψηλής ποιότητας επίδοση, υψηλού επιπέδου επαγγελματική ικανοποίηση και χαμηλό ποσοστό εργασιακών απουσιών και αποχωρήσεων.

Εν κατά κλειδί, οι επιστήμονες ανθρωπιστικής ψυχολογίας υπήρξαν οι θεμελιωτές των θεωρητικών βάσεων της επαγγελματικής ικανοποίησης. Στόχο τους αποτέλεσε η συνεχής ενεργοποίηση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο περιβάλλον εργασίας προς επίτευξη συγκεκριμένων σκοπών. Δόθηκε έμφαση στις ανάγκες του ατόμου καθώς και στις ανταμοιβές που τις ικανοποιούν (θεωρίες ικανοποίησης). Με τις θεωρίες διαδικασιών επιχειρείται η

διαπραγμάτευση της ικανοποίησης σε σχέση με τη αλληλεπίδραση των επαγγελματικών χαρακτηριστικών, τις προσδοκίες και αξίες των εργαζομένων.

Τέλος, είναι σημαντικό, ότι στη διαχρονική εξέλιξη των θεωρητικών βάσεων σημαντική επιρροή άσκησαν η χρηματική ανταμοιβή, τα κίνητρα και οι ανθρώπινες σχέσεις.

1.5 Άλλες θεωρίες management

1.5.1 Η θεωρία του Taylor και το επιστημονικό management (1911)

Η κεντρική ιδέα του επιστημονικού management του Taylor, που δέχτηκε και σκληρή κριτική την εποχή της έκφρασής της, μόλις το 1911, βασιζόταν στον καταμερισμό της εργασίας (Taylor, F. 1947-1911).

Για να επιτύχει δε καλύτερες αποδόσεις από τους εργαζομένους στην Αγγλική βιομηχανία, συνδυασμένες και με επαγγελματική ικανοποίηση από μέρους τους, δημιούργησε σε κάθε μονάδα «υπηρεσίες σχεδιασμού» τις οποίες και επιφόρτισε με την υποχρέωση: να αναπτύξουν επιστημονικές μεθόδους για να γίνεται η κάθε εργασία να ορίσουν στόχους για την παραγωγικότητα να ορίσουν σύστημα ανταμοιβών για την επίτευξη των προκαθορισμένων στόχων να εκπαιδεύσουν το προσωπικό στις μεθόδους που πρέπει να χρησιμοποιεί για να επιτευχθούν οι στόχοι.(Sandrone V.1997).

1.5.2 Ο Mayo και οι μελέτες Hawthorne (1927-1932)

Σύμφωνα με το Mayo οι διαπροσωπικές σχέσεις των εργαζομένων τόσο μεταξύ τους όσο και με τη διοίκηση είναι καθοριστικός παράγοντας υποκίνησης και επαγγελματικής ικανοποίησης. Μαζί με την ομάδα των ερευνητών του πήραν μία ομάδα έξι γυναικών από τη Western Electric Company στο Σικάγο τις οποίες απομόνωσαν από τους υπόλοιπους εργαζομένους και άλλαξαν τις συνθήκες εργασίας τους, με διάφορους τρόπους,(καινούριο σύστημα αμοιβών, μεγαλύτερα διαλείμματα, φαγητό και αναψυκτικά κ.α.), για διάστημα πέντε ετών και παρακολούθησαν τις επιπτώσεις στην παραγωγικότητα και το ηθικό της ομάδας. Σε όλες τις περιπτώσεις η παραγωγικότητα βελτιώθηκε. Στο τέλος του πειράματος ο Mayo πίστευε ότι απέδειξε αυτό που ήθελε και επέστρεψε τις εργαζόμενες στις προηγούμενες συνθήκες εργασίας τους(εργασία έξι συνεχόμενες μέρες την εβδομάδα, χωρίς διαλείμματα για ξεκούραση, φαγητό κ.τ.λ.).Με έκπληξη διαπίστωσε ότι η αποδοτικότητα των γυναικών έφτασε στα υψηλότερα δυνατά επίπεδα και έτσι άρχισε να αναθεωρεί τα

συμπεράσματά του. Τελικά διαπίστωσε ότι αρχικά οι γυναίκες αισθάνθηκαν σπουδαίες απλά γιατί είχαν διαχωριστεί από τους υπόλοιπους εργαζομένους. Στη συνέχεια όμως ανέπτυξαν μεταξύ τους πολύ καλές διαπροσωπικές σχέσεις, απέκτησαν αυτοτέλεια στη δουλειά τους και δημιούργησαν ένα ευχάριστο εργασιακό περιβάλλον. Με το πείραμα αυτό ο Mayo αποφάσισε ότι η επαγγελματική ικανοποίηση σε μεγάλο βαθμό εξαρτάται από τις καλές διαπροσωπικές σχέσεις και ότι η ισχύς της ομάδας δεν πρέπει ποτέ να υποεκτιμάται (UK-Learning 2001-3).

1.5.3. Ο McGregor και η θεωρία του X και Y(1960)

Ο McGregor ανέπτυξε αυτές τις δύο θεωρίες της ανθρώπινης συμπεριφοράς στην εργασία. Δεν υποστηρίζει ότι οι εργαζόμενοι ανήκουν οπωσδήποτε στον ένα τύπο ή στον άλλο. Κατά κύριο λόγο έβλεπε οι δύο αυτές θεωρίες είναι εκ διαμέτρου αντίθετες – έχοντας μάλιστα μεταξύ τους ένα ευρύ φάσμα πιθανών διαφορετικών εργασιακών συμπεριφορών.

Οι εργαζόμενοι σύμφωνα με τη θεωρία X μπορούν να περιγραφούν σαν :

- Άτομα που δεν τους αρέσει η εργασία και προσπαθούν με κάθε ευκαιρία να την αποφύγουν.
- Άτομα που δεν έχουν φιλοδοξίες, δεν τους αρέσουν οι υπευθυνότητες και προτιμούν να τους καθοδηγεί κάποιος άλλος.
- Άτομα που θέλουν να εργάζονται εκ του ασφαλούς.

Οι εργαζόμενοι σύμφωνα με τη θεωρία Y έχουν τα εξής χαρακτηριστικά σύμφωνα με το McGregor :

- Θεωρούν ότι η εργασία είναι κάτι φυσιολογικό , όπως και η ξεκούραση.
- Είναι καθημερινοί άνθρωποι που δεν αντιπαθούν την εργασία και ανάλογα με τις εργασιακές συνθήκες θεωρούν την εργασία είτε σαν πηγή ικανοποίησης είτε σαν πηγή τιμωρίας.
- Άτομα που επιδιώκουν να αποκτήσουν υπευθυνότητες –εφ' όσον έχουν κάποια υποκίνηση.

Το management για τους εργαζόμενους της κατηγορίας X πρέπει να στοχεύει στην υποκίνηση των εργαζομένων μέσω της επιβράβευσής τους, ενώ η πρόκληση για τους εργαζόμενους της

κατηγορίας Υ είναι η δημιουργία μιας εργασιακής κουλτούρας στα πλαίσια της οποίας οι εργαζόμενοι θα μπορούν να αναπτύξουν τη δημιουργικότητά τους (Vaske,J.J.,Grantham,C.E.,1990).

1.5.4 Η θεωρία των τριών αναγκών του McClelland (1961)

Σύμφωνα με το McClelland υπάρχουν τρεις βασικές ανάγκες που πρέπει να καλύπτει κάθε εργαζόμενος μέσα από την εργασία του.

A) ανάγκη για επίτευξη, (achievement) η οποία περιλαμβάνει:

- την προσωπική υπευθυνότητα (personal responsibility)
- την ανατροφοδότηση (feedback)
- τη μείωση του κινδύνου (moderate risk)

B) ανάγκη για ισχύ, (power) η οποία περιλαμβάνει:

- τη δυνατότητα επιρροής (influence)
- δυνατότητα για διάκριση-ανάδειξη (competitive)

Γ) ανάγκη για αποδοχή (affiliation) η οποία περιλαμβάνει:

- δημιουργία φιλικών σχέσεων
- κλίμα συνεργασίας (co-operative) (Borkowski,N., 2005).

Καθίσταται λοιπόν κατανοητό ότι μέσα στο πέρασμα των χρόνων έχουν αναπτυχθεί και εφαρμοστεί διάφορες θεωρίες γύρω από την έννοια του «σωστού» management και τον κυρίαρχο ρόλο του στην επίτευξη της επαγγελματικής ικανοποίησης. Οι κλασσικές αυτές θεωρίες αποτέλεσαν τη βάση για την εξέλιξη της έρευνας για την επαγγελματική ικανοποίηση για να φτάσουμε σήμερα να μιλάμε για επιστημονικό management στα πλαίσια του οποίου γίνεται προσπάθεια να επιτευχθεί η καλύτερη δυνατή επαγγελματική ικανοποίηση σε συνδυασμό με την καλύτερη δυνατή παραγωγικότητα.

1.6 Μελέτες μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης στις υπηρεσίες υγείας – πρόνοιας

Ένα αποτελεσματικό σύστημα υγείας εξαρτάται κυρίως από την επάρκεια, την ποιότητα και την ορθολογική κατανομή του υγειονομικού – βοηθητικού προσωπικού. Η παραγωγή ανθρώπινου δυναμικού στις υπηρεσίες υγείας-πρόνοιας που είναι «έντασης εργασίας», απαιτεί σχεδιασμό μακράς πνοής, που λαμβάνει υπόψη του την ισότιμη κατανομή ανά κατηγορία και γεωγραφική θέση, παράλληλα με την εσωτερική διαδικασία της παρακίνησης του προσωπικού και της ορθολογικής διαχείρισης του.

Η ισόρροπη ανάπτυξη του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία-πρόνοια δεν είναι κάτι το απόλυτο αλλά έχει σχέση με τον καθορισμό των στόχων που πρέπει να επιτευχθούν (Mejia A.1980). Η εργασιακή απασχόληση στην υγεία-πρόνοια είναι συνάρτηση της βελτίωσης της υγείας και της ποιότητας ζωής του πληθυσμού (Hoare G.Lee K.,1976).

Σε όλο τον κόσμο τα προβλήματα ανάπτυξης του ανθρώπινου δυναμικού στην υγεία πρόνοια είναι ποσοτικά και ποιοτικά και μπορούν να κατηγοριοποιηθούν ως εξής:

(Abel-Smith B,Calltrop J,Dixon M,Dunning At,EvansR,Hooland W,1994, Abel-Smith B.1986, Mejia A. 1987).

- Προβλήματα στο σχεδιασμό: Οι αποφάσεις συχνά βασίζονται σε όχι καλά μελετημένες εκτιμήσεις .Τα σχέδια βασίζονται περισσότερο στη βεβαιότητα ότι τα χρήματα θα δοθούν εκ των υστέρων και λιγότερο στην ανάπτυξη προγραμμάτων για συγκεκριμένες ειδικότητες επαγγελματιών με σαφώς καταγεγραμμένα προσόντα.(Abel-Smith B,Calltrop J, Dixon M,Dunning At, EvansR, Hooland W,1994).
- Προβλήματα στην παραγωγή αποκλίσεις μεταξύ των ακαδημαϊκών στόχων και των απαιτήσεων των υπηρεσιών είναι σημαντικές. Η πρόληψη, η πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, η αποκατάσταση και η κατ' οίκων φροντίδα έρχονται σε δεύτερη μοίρα.(Abel-Smith B.,1994).
- Προβλήματα στη διαχείριση: η έλλειψη κινήτρων, ιδιαίτερα στις πιο απομακρυσμένες περιοχές, προκαλούν τη μη αποδοτική χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας-πρόνοιας. Η σύγχυση των ρόλων και αρμοδιοτήτων, μαζί με την έλλειψη συνεχιζόμενης εκπαίδευσης μειώνουν την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού (Mejia A.,1987).

Σχετικά με την ικανοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού έχουν γίνει διάφορες έρευνες, περισσότερες σε Ευρωπαϊκές χώρες και μάλλον αρκετά λιγότερες στην Ελλάδα. Παρακάτω, παρατίθενται έρευνες, οι οποίες έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα αλλά και τον διεθνή χώρο και

αφορούν στην ικανοποίηση των ανθρώπινων πόρων (επαγγελματική ικανοποίηση, ικανοποίηση ασθενή) στον τομέα της υγείας. Οι έρευνες αυτές, τουλάχιστον στη χώρα μας, αφορούν επί το πλείστον προσωπικό νοσηλευτικών ιδρυμάτων (Χαραλαμπίδου,1996).

1.6.1 Οι έρευνες ικανοποίησης στην Ελλάδα

Η μέτρηση της εργασιακής ικανοποίησης των νοσηλευτών του Π.Γ.Ν. Θεσσαλονίκης ΑΧΕΠΑ, ήταν ο σκοπός της έρευνας της Καραθάνου (2006). Η έρευνα έγινε με δομημένο ερωτηματολόγιο, 44 κλειστών ερωτήσεων σε πενταβάθμια κλίμακα Likert, έπειτα από βιβλιογραφική ανασκόπηση. Το δείγμα αποτέλεσαν 215 νοσηλευτές που εργάζονταν στο νοσοκομείο την περίοδο Δεκέμβριος 2006 – Ιανουάριος 2007. Τα συμπεράσματα της έρευνας ήταν πως οι νοσηλευτές ήταν δυσαρεστημένοι από την εργασία τους, ως προς της οικονομικές απολαβές και τις συνθήκες εργασίας. Επίσης, βρέθηκαν συσχετίσεις μεταξύ, ικανοποίησης και ηλικίας, και ικανοποίησης επαγγελματικής εμπειρίας.

1.6.2 Οι έρευνες ικανοποίησης σε Διεθνές Επίπεδο

Το 2002, οι French F. *et al.*, δημοσίευσαν μελέτη που είχε ως αντικείμενο, τον εντοπισμό των παραγόντων, οι οποίοι διαμορφώνουν την επαγγελματική ικανοποίηση. Το δείγμα ήταν 351 γιατροί του Εθνικού Συστήματος Υγείας, στη Σκωτία. Η έρευνα διεξήχθη με ερωτηματολόγιο, το οποίο εστάλη ταχυδρομικά στους ερωτηθέντες. Τα αποτελέσματα της έρευνας, έδειξαν υψηλή ικανοποίηση ως προς τους συνεργάτες και χαμηλή ικανοποίηση με τις μισθολογικές απολαβές. Ένα ενδιαφέρον σημείο της έρευνας, ήταν πως οι γυναίκες ιατροί, έδειξαν μεγαλύτερη επαγγελματική ικανοποίηση, απ' τους άνδρες.

Η Piko B. (2005), έκανε μια προσπάθεια αποτίμησης, της επαγγελματικής ικανοποίησης του υγειονομικού προσωπικού και την συσχέτιση της με την επαγγελματική εξουθένωση και την σύγκρουση ρόλων. Συνολικά, συγκεντρώθηκαν 201 ερωτηματολόγια από τα 450 που είχαν μοιραστεί, με ποσοστό ανταπόκρισης 44,6%. Το δείγμα προήλθε από 2 μεγάλα νοσοκομεία, όπου το 55,7% των ερωτηθέντων ήταν νοσοκόμες. Στα αποτελέσματα της έρευνας, εμφανίστηκε συσχέτιση μεταξύ της επαγγελματικής εξουθένωσης και της επαγγελματικής ικανοποίησης. Επίσης, έγινε μνεία στον καταλυτικό ρόλο που παίζει το ψυχοκοινωνικό περιβάλλον στον επαγγελματικό χώρο, στην ψυχοσωματική υγεία του υγειονομικού προσωπικού στις εξεταζόμενες μονάδες υγείας.

1.7 Ερευνητικά εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης

Παρά τα ολοένα αυξανόμενα ποσοστά ερευνών γύρω από την επαγγελματική ικανοποίηση, λίγη προσοχή έχει δοθεί στον τρόπο με τον οποίο αυτή μπορεί να μετρηθεί αξιόπιστα μεταξύ των επαγγελματιών στις κοινωνικές υπηρεσίες. Αυτό είναι ένα σημαντικό θεωρητικό και πρακτικό πρόβλημα. Θεωρητικά η πρόοδος στο συγκεκριμένο θέμα παρακωλύεται από τη δυσκολία στην κατανόηση των συσχετίσεων και των συνεπειών της επαγγελματικής ικανοποίησης εάν δεν υπάρχουν αποδεκτά εργαλεία μέτρησης αυτής. Σαν πρακτική συνέπεια αυτού, οι επόπτες εργασίας και οι μάνατζερ μειονεκτούν επειδή δεν είναι ανά πάσα στιγμή στη διάθεσή τους, έτοιμα προς χρήση τέτοια αξιόπιστα εργαλεία, που σκοπό έχουν να προβλέψουν την πρόθεση των εργαζομένων για αλλαγή επαγγέλματος ή τη διάθεσή τους να εγκαταλείψουν το συγκεκριμένο επάγγελμα, το επαγγελματικό στρες, το burnout, (επαγγελματική εξουθένωση) ή η ποιότητα παροχής υπηρεσιών, πράγματα τα οποία φαίνονται να συνδέονται με την επαγγελματική ικανοποίηση. Έρευνες στους επαγγελματίες στις κοινωνικές υπηρεσίες συχνά αποσκοπούν μόνο στο να περιγράψουν τις απόψεις των κοινωνικών λειτουργών για την εργασία τους ενώ επιμέρους στοιχεία για την επαγγελματική ικανοποίηση μελετώνται μεταξύ πολλών άλλων μεταβλητών (Jayrante & Chess,193,1984). Τυπικά ελάχιστη ή καθόλου εγκυρότητα και αξιοπιστία παρέχεται από τα υπάρχοντα εργαλεία μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης, απλούστατα γιατί πρωταρχικός σκοπός είναι περισσότερο να γίνει περιγραφή παρά συστηματική ανάπτυξη εργαλείων μέτρησης (Vinokur-Karlan,1991).

Ένας άλλος περιορισμός στη βιβλιογραφία, όσον αφορά την επαγγελματική ικανοποίηση στις κοινωνικές υπηρεσίες, είναι ότι συχνά προσεγγίζει την ιδέα σα να πρόκειται για μονοδιάστατη έννοια περισσότερο, παρά απαρτιζόμενη από ξεχωριστά, αν και σχετιζόμενα, στοιχεία.. Αυτή η τελευταία προσέγγιση έγινε από τους Conway, Williams,&Green(1987), οι οποίοι πρότειναν η επαγγελματική ικανοποίηση να εξετάζεται σε σχέση με διαφορετικές πλευρές της εργασίας .Τα facets(πτυχές) είναι τα ειδικά χαρακτηριστικά στοιχεία μιας δουλειάς και οι επαγγελματίες δύνανται να έχουν διαφορετικές εκτιμήσεις-αποτιμήσεις για το καθένα από αυτά, όπως οι προκλήσεις που παρέχει μια εργασία το φυσικό περιβάλλον της εργασίας και ο μισθός. Η προσέγγιση των facets στην πραγματικότητα είναι η επικρατέστερη μεθοδολογία στην γενική βιβλιογραφία για την επαγγελματική ικανοποίηση. Αυτή έχει το πλεονέκτημα να αποδίδει σκορ σε υψηλά εξειδικευμένες πλευρές της εργασιακής συμπεριφοράς – διάθεσης. Μπορεί να παράγει γενικεύσιμες απόψεις οι οποίες μπορεί να είναι σχετικά ανεξάρτητες και επιπλέον ακόμα παρέχει ένα συνολικό εργαλείο για την εκτίμηση

της αντίδρασης ενός εργαζόμενου στην εργασία του. Η προσπάθεια των Conway et al να γενικεύσουν αναλυτικό σύνολο από facets σχετικό με τις ανθρωπιστικές επιστήμες παρέχει ένα χρήσιμο τρόπο για να βελτιωθεί η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) ενός εργαλείου μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Ένας ενδεχόμενος περιορισμός από την προσέγγιση των facets στην επαγγελματική ικανοποίηση θα ήταν αν ένα εργαλείο μέτρησης είχε να βάλει σε λίστα και να φέρει στην επιφάνεια την επίδραση – απήχηση κάθε εξειδικευμένου facet της δουλειάς κάποιου ανθρώπου. Τότε θα μπορούσε να δημιουργηθεί μια σχεδόν ατελείωτη λίστα από επαγγελματικά facets για να εκτιμηθούν. Ευτυχώς δεν είναι απαραίτητο ένα ολοκληρωμένο σύνολο από τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της εργασίας για την έγκυρη εκτίμηση της επαγγελματικής ικανοποίησης.

Εάν, όπως προτείνει γενικά η βιβλιογραφία για την επαγγελματική ικανοποίηση, μπορούν να οργανωθούν αρκετά πολύ ειδικά facets σε ένα περιορισμένο αριθμό από κρίσιμες διατάσεις (π.χ. εγγενή έναντι εξωγενών, διαπροσωπικές σχέσεις ,πληρωμές και επιδόματα) ένα χρήσιμο εργαλείο χρειάζεται μόνο για να φέρει στην επιφάνεια απαντήσεις σε ένα δείγμα από επί μέρους στοιχεία από αυτές τις απόψεις .Δε χρειάζεται να φέρει στην επιφάνεια απαντήσεις σε κάθε εξειδικευμένο αποτιμητικό χαρακτηριστικό που είναι εμφανές στο εργασιακό περιβάλλον. Τυπικά μεγάλης εμβέλειας έρευνες για το ηθικό των εργαζομένων, το στρες της εργασίας και το burn out έχουν συμπεριλάβει μερικές μετρήσεις της επαγγελματικής ικανοποίησης. Μερικές έχουν βρει την επαγγελματική ικανοποίηση να σχετίζεται στενά με δομικούς παράγοντες , όπως η αυτονομία και η γραφειοκρατία.

Αρκετοί αναφέρουν ότι η επαγγελματική ικανοποίηση συνδέεται με την υπερένταση που έχει σχέση με τη δουλειά, την πρόθεση για παραίτηση, και την επαγγελματική εγκατάλειψη.(Barber,1986; Dougherty, Bluedorn & Keon,1985; Jayrante & Chess,1983, 1984; Muchinsky & Tuttle, 1979; Spector,1985). Επίσης, οι Iaffaldano and Muchinsky(1985) υποστήριξαν ότι η μειωμένη επαγγελματική ικανοποίηση είναι συνδεδεμένη με χαμηλότερη παραγωγικότητα, μειωμένη συνέπεια στα επαγγελματικά καθήκοντα, αν και η εμπειρική υποστήριξη είναι αμφισβητήσιμη. Περισσότερο σημαντικό από το να λαμβάνει κανείς υπόψη του το σκορ της συνολικής ικανοποίησης, σε έρευνες μέτρησης αυτής, είναι η τεκμηρίωση της εγκυρότητας (περιεχομένου & προγνωστικής) κάθε εργαλείου που σκοπό έχει τη μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης. Η κρίσιμη ερώτηση βέβαια είναι: «είναι το εργαλείο έγκυρο για το σκοπό για τον οποίο έχει κατασκευαστεί»; στην έρευνα που αποσκοπεί στο να εξετάσει θεωρητικά μοντέλα των συσχετίσεων μεταξύ εννοιών, όπως είναι το στρες της εργασίας, η επαγγελματική ικανοποίηση και η επαγγελματική εξουθένωση, το εργαλείο

μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης πρέπει να μετρά αξιόπιστα τόσο τα γενικά χαρακτηριστικά της εργασίας όσο αρκετές επιμέρους διαστάσεις που περιορίζουν τη γενικολογία και την ασάφεια. Στην έρευνα που αποσκοπεί στην άμεση εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης σε μια υπηρεσία, το εργαλείο πρέπει να έχει την ικανότητα να αναγνωρίσει εργαζόμενους των οποίων το ηθικό έχει «πέσει» ή είναι τόσο μειωμένο ώστε να έχουν ενδοιασμούς για τη μακροβιότητα της εργασίας τους και την ποιότητα της εργασίας που προσφέρουν. Επιπρόσθετα τέλος, το εργαλείο πρέπει να παρέχει αρκετή εξειδικευμένη περιγραφική πληροφορία έτσι ώστε να παρέχει τη δυνατότητα υπόδειξης της κατάλληλης διοικητικής παρέμβασης (Koeske GF, KirskSA, KoeskeRD, RauctisMB, 1980-1991).

Ένα ηχηρό παράδειγμα ερευνητικού εργαλείου μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης είναι το ερωτηματολόγιο. Σε αυτό χρησιμοποιείται μία κλίμακα μέτρησης η οποία είναι το μέσο για τον υπολογισμό της στάσης και της συμπεριφοράς των ατόμων. Σε ένα παράδειγμα έρευνας για την ικανοποίηση των ατόμων χρησιμοποιήθηκε η κλίμακα Likert. Με την κλίμακα αυτή ο ερωτώμενος καλείται να δηλώσει το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας του με μια σειρά προτάσεων σχετικά με το αντικείμενο του ενδιαφέροντος. Το ένα άκρο της κλίμακας αντιπροσωπεύει την θετική πλευρά του χαρακτηριστικού και η άλλη την αρνητική. Αυτή η κλίμακα χρησιμοποιήθηκε στα ερωτηματολόγια που αφορούν την επαγγελματική εξουθένωση, την εμπλοκή και την ικανοποίηση στην εργασία.

► Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής εξουθένωσης (New OLBI, Oldenburg Burnout Inventory)

Το ψυχομετρικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Oldenburg Burnout Inventory (OLBI). Αποτελείται από 16 ερωτήσεις και μετρά δύο διαστάσεις της επαγγελματικής εξουθένωσης. Αυτές είναι η *αποστασιοποίηση – αποδέσμευση* (προτάσεις 1*, 3, 6, 7, 9, 11, 13*, 15*) και η *εξάντληση – εξουθένωση* (2, 4, 5*, 8, 10*, 12, 14*, 16*). Η βαθμολογία δίνεται με μια τετραβάθμια κλίμακα και εκφράζει την συχνότητα με την οποία το άτομο συμφωνεί με ότι περιγράφεται σε κάθε ερώτηση και δίνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

- | | |
|--------------------|--------------------|
| 1. σχεδόν διαφωνώ | 3. συμφωνώ απόλυτα |
| 2. διαφωνώ απόλυτα | 4. σχεδόν συμφωνώ |

Οι ερωτήσεις που αναφέρονται σε κάθε διάσταση είναι:

- *Αποστασιοποίηση – Αποδέσμευση*

1. Στην δουλειά μου ανακαλύπτω συνεχώς νέες, ενδιαφέρουσες πλευρές *
2. Μου συμβαίνει όλο και συχνότερα να εκφράζομαι υποτιμητικά για τα εργασιακά μου καθήκοντα.
3. Τον τελευταίο καιρό έχω την τάση να σκέφτομαι λιγότερο στην δουλειά μου, και να την διεκπεραιώνω μηχανικά.
4. Δεν αντιμετωπίζω την δουλειά μου ως πραγματική πρόκληση.
5. Με την πάροδο του χρόνου χάνει κανείς την αρχική σχέση με την δουλειά του.
6. Μερικές φορές αισθάνομαι απόλυτη απέχθεια για τα εργασιακά μου καθήκοντα.
7. Δεν μπορώ να φανταστώ άλλη εργασία για το εαυτό μου.*
8. Όσο περνάει ο καιρός, δένομαι όλο και περισσότερο με την δουλειά μου.*

• **Εξάντληση – Εξουθένωση**

1. Υπάρχουν μέρες που αισθάνομαι κουρασμένος/-η, πριν ακόμα πάω στην δουλειά.
2. Μετά την δουλειά μου χρειάζομαι συχνά περισσότερες ώρες ξεκούρασης από ότι παλιότερα για να έρθω σε φόρμα.
3. Η πίεση από την δουλειά μου είναι αρκετά υποφερτή.*
4. Κατά την διάρκεια της δουλειάς μου, συχνά αισθάνομαι συναισθηματικά εξαντλημένος/η.
5. Μετά την δουλειά έχω γενικά ενέργεια να ασχοληθώ με τις άλλες μου δραστηριότητες.*
6. Μετά την δουλειά μου αισθάνομαι γενικά εξουθενωμένος/-η και εξαντλημένος/-η
7. Συνήθως, μπορώ να χειριστώ τον όγκο της εργασίας μου καλά.*
8. Όταν εργάζομαι, συνήθως αισθάνομαι ζωντανός/-η.*

► Ερωτηματολόγιο εμπλοκής στην εργασία (UWES, Utrecht Work Engagement Scale).

Το ψυχομετρικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε είναι το Utrecht Work Engagement Scale (UWES). Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις και μετρά τρεις διαστάσεις της εμπλοκής στην εργασία. Αυτές είναι η *ενεργητικότητα* (προτάσεις 1, 4, 8, 12, 15), η *αφοσίωση* (προτάσεις 2, 5, 7, 10, 13), και η *απορρόφηση* (προτάσεις 3, 6, 9, 11, 14). Η βαθμολογία δίνεται με μια εφταβάθμια κλίμακα και εκφράζει την συχνότητα με την οποία το άτομο βιώνει ότι περιγράφεται σε κάθε πρόταση και γίνεται με τον ακόλουθο τρόπο:

- | | | | |
|---|---------------------------------------|---|---------------------------|
| 0 | Ποτέ | 4 | μια φορά την βδομάδα |
| 1 | μερικές φορές το χρόνο ή και λιγότερο | 5 | μερικές φορές την βδομάδα |

- 2 μια φορά το μήνα ή λιγότερο
- 3 μερικές φορές το μήνα

6 κάθε μέρα

Οι ερωτήσεις που αναφέρονται σε κάθε διάσταση:

• **Ενεργητικότητα**

- 1. Στην δουλειά μου πλημμυρίζω από ενεργητικότητα.
- 2. Νιώθω γεμάτος ζωντάνια και δύναμη από ενεργητικότητα
- 3. Όταν σηκώνομαι το πρωί έχω διάθεση να πάω στην δουλειά μου.
- 4. Όταν εργάζομαι είμαι ικανός να συνεχίσω την δουλειά μου για πολύ ώρα.
- 5. Στην δουλειά μου έχω μεγάλη πνευματική αντοχή

• **Αφοσίωση**

- 1. Η εργασία που κάνω είναι χρήσιμη και γεμάτη νόημα
- 2. Είμαι ενθουσιασμένος με την δουλειά που κάνω
- 3. Η εργασία μου με εμπνέει
- 4. Νιώθω υπερήφανος για την δουλειά μου
- 5. Η δουλειά μου αποτελεί πρόκληση για μένα

• **Απορρόφηση**

- 1. Ο χρόνος κυλάει γρήγορα όταν εργάζομαι
- 2. Όταν εργάζομαι ξεχνάω τα πάντα γύρω μου
- 3. Νιώθω ευχαριστημένος όταν εργάζομαι με εντατικούς ρυθμούς
- 4. Είμαι τελείως απορροφημένος από την εργασία μου
- 5. Η δουλειά μου με συναρπάζει

► Ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης (jfs) (War, Cook & Wall, job satisfaction)

Το ψυχοτεχνικό μέσο που χρησιμοποιήθηκε είναι το ερωτηματολόγιο επαγγελματικής ικανοποίησης. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 15 ερωτήσεις. Οι επτά αναφέρονται σε εσωγενείς παράγοντες επαγγελματικής (προτάσεις 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14) και οι υπόλοιπες οκτώ σε εξωγενείς παράγοντες επαγγελματικής ικανοποίησης (προτάσεις 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13,

15). Το άτομο καλείται να εκφράσει κατά πόσο ή όχι είναι ικανοποιημένο από τα θέματα που εκφράζουν οι ερωτήσεις. Η κλίμακα βαθμολόγησης είναι η ακόλουθη:

- | | |
|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. πάρα πολύ δυσαρεστημένος | 5. μέτρια ικανοποιημένος |
| 2. πολύ δυσαρεστημένος | 6. πολύ ικανοποιημένος |
| 3. μέτρια δυσαρεστημένος | 7. πάρα πολύ ικανοποιημένος |
| 4. δεν είμαι βέβαιος | |

Αναλυτικότερα οι εσωγενείς παράγοντες καλύπτουν θέματα όπως:

1. Από την ελευθερία να επιλέγεται οι ίδιοι τον τρόπο εργασίας σας
2. Από την αναγνώριση για την απόδοσή σας
3. Από το μέγεθος των αρμοδιοτήτων που σας δίνονται
4. Από τη δυνατότητα να χρησιμοποιείτε τις ικανότητές σας
5. Από τις πιθανότητες προαγωγής σας
6. Από τις πιθανότητες εξέλιξής σας
7. Από την ποικιλία στην εργασία σας

Οι εξωγενείς παράγοντες καλύπτουν τα εξής θέματα:

1. Από τις συνθήκες εργασίας
2. Από τους συναδέλφους
3. Από τον άμεσα προϊστάμενό/η σας
4. Από το μισθό σας
5. Από τις εργασιακές σχέσεις ανάμεσα σε εσάς και τους συνεργάτες
6. Από τον τρόπο που διοικείστε
7. Από τις ώρες εργασίας
8. Από την σιγουριά ότι δεν πρόκειται να απολυθείτε ξαφνικά.

Πηγή: www.dcs.bbk.ac.uk/~kasim01/Thesis%20Project.doc

Στην παρούσα έρευνα για την επαγγελματική ικανοποίηση χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο του Spector, καθηγητή του πανεπιστημίου της Αμερικής, το οποίο, είναι διεθνώς αναγνωρισμένο.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ2: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 Ορισμοί ικανοποίησης ασθενών – Εννοιολογικός ορισμός

Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε (Bond & Thomas 1992) και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συχνά, οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της αντίληψής τους για την ποιότητα χρησιμοποιούνται εναλλακτικά, ενώ σύμφωνα με την Oberst (1984), υπάρχει διαφορά μεταξύ των δυο εννοιών. Κατά τους Wriglesworth και Willams (1975), ο όρος ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για το κάθε άτομο, όπως π.χ. ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ευτυχία και για το λόγο αυτό οποιαδήποτε αξιολόγηση είναι πολύ υποκειμενική.

Στην πρώτη έρευνα που έγινε, η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στη φροντίδα (Abdellah & Levine 1957a) Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), 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, σύμφωνα πάντα με τον ίδιο ερευνητή, είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό. Ο Pascoe (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 του από τις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών. Σύμφωνα με τον Gusman και τους συνεργάτες του (1988), ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή. Ο Petersen (1988) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση 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. Κατά τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας από τη φροντίδα υγείας.

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

αντίληψής τους για τη φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται. 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. Σύμφωνα με τον Robbins (1993), στάση είναι η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και συμπεριλαμβάνει τρία στοιχεία, το γνωσιακό, το συναισθηματικό και τη συμπεριφορά, σε αντιδιαστολή με την αντίληψη, που 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. Κατά την Linder- Pelz (1982a), 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 αντανakλά στάσεις απέναντι στη ζωή γενικότερα (ικανοποίηση με τη ζωή), παρ' όλο που δεν υπάρχουν επαρκή στοιχεία τα οποία να επιβεβαιώνουν ένα τέτοιο συμπέρασμα (ΟΤΑ 1988).

«Αν οι ασθενείς υποτίθεται πώς είναι λογικοί και ικανοί να κάνουν έξυπνες επιλογές σχετικά με την υγεία τους και αν οι επαγγελματίες έχουν το μονοπώλιο της πρόνοιας των υπηρεσιών νοσοκομειακής φροντίδας, τότε υπάρχει ηθική επιβεβλημένη ανάγκη να συμπεριλάβουμε τους ασθενείς στη Διαβεβαίωση Ποιότητας». MANNU VUORI.

Στις δημοκρατικές κοινωνίες πιστεύεται πώς εκείνοι που επηρεάζονται από μία απόφαση θα έπρεπε να έχουν γνώμη σε αυτή την απόφαση, όταν παίρνεται. Αυτή η αρχή της συμμετοχής στα κοινά είναι ένας από τους ακρογωνιαίους λίθους του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας World Health Organisation (WHO) του προγράμματος «Υγεία για όλους», καθώς και πρωταρχικός σκοπός της νοσοκομειακής φροντίδας. Ο WHO προσδιορίζει την «υγεία» σαν μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Το να είσαι δυσαρεστημένος - να αισθάνεσαι πώς οι ανάγκες και οι επιθυμίες σου δεν έχουν ληφθεί υπόψη - είναι σίγουρα όχι ένα χαρακτηριστικό μίας κατάστασης τέλειας πνευματικής ευημερίας αλλά ένα σημάδι φτωχής ποιότητας νοσοκομειακής φροντίδας. (W.H.O.)

Κατά τη διάρκεια των τελευταίων δεκαετιών παγκόσμια οι προσπάθειες όλων των οργανισμών για τη βελτίωση των παρερχομένων υπηρεσιών επωφελήθηκαν από τις εκτιμήσεις του καταναλωτή για τα αγαθά και τις υπηρεσίες, με στόχο τον έλεγχο της

ποιότητας των προϊόντων υιοθετώντας τις θεωρίες βελτίωσης της ποιότητας των DEMING και JURAN θεωρίες υπεύθυνες για τη μεταπολεμική βιομηχανική επιτυχία της Ιαπωνίας.

Μια βασική συστατική αρχή των θεωριών αυτών είναι ότι οι προμηθευτές ενός αγαθού ή μιας υπηρεσίας πρέπει να ανατροφοδοτούν τα προγράμματα τους με κρίσεις των καταναλωτών, στοχεύοντας στο να εντοπίσουν κάποιες ελλείψεις και να προχωρήσουν στην οργάνωση προγραμμάτων βελτίωσης. Οι έρευνες για την ικανοποίηση του καταναλωτή εξελίσσονται έτσι, από απλά όργανα προώθησης αγαθών και υπηρεσιών σε μεθόδους μέτρησης της ποιότητας τους.

2.2 Η Διάσταση της Ικανοποίησης των Ασθενών

Εάν συζητήσουμε με έναν οποιονδήποτε επαγγελματία του τομέα της Υγείας σχετικά με την ικανοποίηση του πελάτη-ασθενή πιθανόν το πρώτο πράγμα που θα σκεφθεί να είναι ... παράπονα. Για πολλούς εργαζόμενους στον τομέα της υγείας, το να προσφέρουν ικανοποίηση σημαίνει να ευχαριστήσουν ένα δυσαρεστημένο πελάτη ή να φροντίσουν τους κολικούς πόνους, τους οποίους οι πελάτες ισχυρίζονται ότι έχουν άφθονους. Παρ' όλο που είναι σημαντικό να βρεθεί λύση για τα παράπονα ή για τις δυσάρεστες διαδικασίες στις ρυθμίσεις της φροντίδας υγείας, γεγονός είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι με τη φροντίδα που τους παρέχεται (Fitzpatrick and Horcins). Η μεγαλύτερη πρόκληση, λοιπόν, δεν είναι να δημιουργήσουμε νέους οπαδούς αλλά να μεγιστοποιήσουμε το επίπεδο ικανοποίησης που ήδη υπάρχει σε διάφορους βαθμούς.

Αν και οι περισσότεροι ασθενείς είναι γενικά ικανοποιημένοι από την εμπειρία της εξυπηρέτησης τους, δεν ήταν το ίδιο ικανοποιημένοι με όλες τις πλευρές της φροντίδας που τους παρήχεται και σ' αυτό βρίσκεται η πρόκληση για το management στη φροντίδα της Υγείας. Πόση εξυπηρέτηση είναι αρκετή για να αποσπάσει σε υψηλό βαθμό ικανοποίηση μεταξύ των καταναλωτών και τι είδους εξυπηρέτηση είναι εκείνη;

Πολλοί συγγραφείς και ερευνητές έχουν εκφράσει παράπονα ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι μία κακώς προσδιορισμένη έννοια. Οι περισσότεροι, εντούτοις, ολοκληρώνουν τα άρθρα ή τα βιβλία τους πάνω στο θέμα χωρίς να έχουν προσφέρει ένα συγκεκριμένο ορισμό αυτής της έννοιας. Ίσως, να είναι όντως δύσκολο να καθορίσουμε ή να περιγράψουμε την ικανοποίηση του ασθενούς.

2.2.1 Ανασκόπηση των Κοινωνικοψυχολογικών - Κοινωνιολογικών θεωριών σχετικά με την ικανοποίηση

Μία ευρεία και κριτική ανασκόπηση των ειδικών συγγραμμάτων της ικανοποίησης του ασθενούς πραγματοποιήθηκε από τον Ware et al. Η ανασκόπηση τους, καλύπτοντας άρθρα και εκθέσεις που εκδόθηκαν μέχρι και το 1975, απηύθυνε μεταξύ άλλων την ερώτηση: Ποιο ήταν το περιεχόμενο των ερωτηματολογίων για την ικανοποίηση; "Με άλλα λόγια, τι ήταν αυτό που πραγματικά μελετήθηκε υπό την ετικέτα "ικανοποίηση του ασθενούς" Αυτοί που έκαναν την ανασκόπηση συμπέραναν ότι οι εμπειρικές μελέτες που δημοσιεύθηκαν όσον αφορά την ικανοποίηση του ασθενούς αντιμετώπισαν ένα μεγάλο αριθμό στοιχείων τα οποία θα μπορούσαν να ταξινομηθούν σύμφωνα με την έννοια την οποία ανεπιφύλακτα σκόπευαν να εκτιμήσουν. Εμφανίστηκαν δέκα τέτοιες έννοιες: ευκολία προσέγγισης / ανέσεις, διαθεσιμότητα πόρων, σταθερότητα φροντίδας, αποτελεσματικότητα της περίθαλψης, κόστος, ανθρωπιά, συλλογή πληροφοριών, παροχή πληροφοριών, ευχάριστο περιβάλλον, ποιότητα / αποδοτικότητα.

Αυτή η ανάλυση περιεχομένου αποτέλεσε έναν έμμεσο τρόπο για να εντοπιστεί ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενούς, εντούτοις όμως, ενώ μας πληροφορεί για το πολυδιάστατο αυτό φαινόμενο, δε μας διευκρινίζει κατ' αρχή ποια είναι η φύση του φαινομένου. Το ζήτημα αυτό δεν έχει ποτέ αντιμετωπιστεί σε σχέση με την ικανοποίηση του ασθενούς. Αξίζει να σημειωθεί, παρενθετικά, ότι ο Gutek (1976) αναφέρει μία παρόμοια έλλειψη εννοιών (αντιλήψεων) της ικανοποίησης του πελάτη, σε έρευνα κρατικών υπηρεσιών, προγραμμάτων και υπηρεσιών. Επιπλέον, δεν πρόκειται να βρεθούν θεωρητικές διατυπώσεις για την ικανοποίηση του πελάτη μέσα στα συγγράμματα που αφορούν την ικανοποίηση του καταναλωτή, εκτός από τη "θεωρία της εξ' αποκαλύψεως προτίμησης". Όμως ακόμα και αυτή η θεωρία μοιάζει να αποφεύγει τα αληθινά προβλήματα, του πώς να ορίσει την ικανοποίηση του καταναλωτή και ποιοι είναι οι καθοριστικοί παράγοντες. Αυτή η ανάλυση περιεχομένου αποτέλεσε έναν έμμεσο τρόπο για να εντοπισθεί ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενούς. Το μεγαλύτερο μέρος των θεωρητικών - όσο και των εμπειρικών - μελετών της ικανοποίησης σχετίζεται με τα συμπεράσματα σχετικά με τη φύση της ικανοποίησης του ασθενούς και των καθοριστικών της παραγόντων που μπορούν να βγουν με βάση τις μελέτες για την ικανοποίηση του επαγγέλματος, στην εργασία.

Ένας γενικά αποδεκτός ορισμός της συμπεριφοράς απέναντι στην ικανοποίηση δίνεται από τους Fishbein και Ajzen (1975). Παρουσιάζουν ένα σχολείο κοινωνικών ψυχολόγων οι οποίοι

τα τελευταία χρόνια πραγματοποίησαν έναν βασικό διαχωρισμό ανάμεσα στις στάσεις συμπεριφοράς και τις αντιλήψεις.

"... το κύριο χαρακτηριστικό που διακρίνει τη στάση συμπεριφοράς από κάποιες άλλες έννοιες είναι η αξιολογητική της, η συναισθηματική της φύση... (Είναι μία) γενική εκτίμηση ή αίσθημα ευμένειας ή δυσμένειας προς το από συζήτηση αντικείμενο ... Γι' αυτόν το λόγο προτείνουμε η στάση "στάση συμπεριφοράς" να εκτιμάται από μια διαδικασία η οποία τοποθετεί το θέμα σε μια διπολική συναισθηματική ή αξιολογική κατεύθυνση πρόσωπο με πρόσωπο με το δεδομένο αντικείμενο". (Fishbein και Ajzen (1975)).

Σύμφωνα με το διαχωρισμό αυτό, οι εκφράσεις για την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια είναι καθαρά εκφράσεις μιας {συμπεριφοράς} και μπορούν να θεωρηθούν θεωρητικά και μεθοδολογικά ως τέτοιες. Ο Ware et al (1976) επισήμαναν ότι ακόμα και μέσα σε μελέτες που θα μελετούν σαφώς την ικανοποίηση του ασθενούς - αλλά περισσότερο συμπεριφορές ή αντιλήψεις όσον αφορά την περίθαλψη - το κοινό χαρακτηριστικό ήταν ότι οι ερευνητές έψαχναν στην ουσία εκτιμήσεις ανθρώπων ή συναισθηματικές απαντήσεις για την περίθαλψη.

Σε μια πρόσφατη αναφορά στα συγγράμματα ικανοποίησης του επαγγέλματος η Hulín (1977) κάνει μια σύντομη περίληψη των κυριότερων θεμάτων και εννοιών σ' αυτό το χώρο:

"Οι ικανοποιήσεις του επαγγέλματος ορίζονται γενικώς ως συναισθηματικές ανταποκρίσεις σε ξεχωριστά χαρακτηριστικά ή απόψεις του καθήκοντος και του περιβάλλοντος της εργασίας. Αυτές οι συναισθηματικές ανταποκρίσεις διαφέρουν ακολουθώντας μια συνεχή σειρά συμπαθειών αντιπαθειών και αντανακλούν μια περίπλοκη διαδικασία συγκρίσεων ανάμεσα στο τι εμπειρίες αποκτά κανείς από το επάγγελμα σημεία αναφοράς τα οποία οι εργάτες έχουν για να εκτιμούν αυτό που δοκιμάζουν οι προσδοκίες τους αναφορικά προς το τι είναι σωστό και δίκαιο σαν αντάλλαγμα για τις προσπάθειες τους καθώς και εναλλακτικές λύσεις διαθέσιμες στους εργάτες. Δεν είναι σωστό να θεωρούμε την ύπαρξη της ικανοποίησης του επαγγέλματος σαν να ήταν μια συγκεντρωτική έννοια. Πρέπει να θεωρούμε ότι υπάρχουν τόσο πολλές διαστάσεις της ικανοποίησης του επαγγέλματος όσα είναι και τα διαφορετικά χαρακτηριστικά των επαγγελμάτων και των χώρων του επαγγέλματος που μπορούν να διακριθούν ... "

Εδώ φαίνεται καθαρά ότι οι ικανοποιήσεις του επαγγέλματος είναι θετικές εκτιμήσεις των πολλαπλών διαστάσεων της δουλειάς. Αυτό συγκλίνει με το προηγούμενο μας συμπέρασμα, ότι η ικανοποίηση είναι μια θετική συμπεριφορά. Συνοψίζοντας ως εδώ,

ορίζουμε την ικανοποίηση του ασθενούς σαν το σύνολο θετικών εκτιμήσεων διάφορων διαστάσεων του τομέα υγείας.

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

Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τη φροντίδα υγείας. Σύμφωνα με τον Vuori (1987) [19], δύο φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση αυτή του ενδιαφέροντος.

Πρώτον, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελιμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης την κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή “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, που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά και όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα. Μεγάλη συνεισφορά σε αυτή τη δεύτερη μετάβαση είχε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, Who 1981), με τον ορισμό της υγείας ως μιας κατάστασης τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Κατά τους Παπανικολάου και Σιγάλα (1995). 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 παρερχομένης φροντίδας υγείας.

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

Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας και η ανάγκη για καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί όλα τα ανεπτυγμένα κράτη (Scardina 1994). Επομένως είναι φανερό η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας. Προκειμένου να κριθεί η σωστή ή όχι αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας. Ο Furse και οι συνεργάτες του (1994) πρότειναν ένα θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει τη διαχείριση των οικονομικών πόρων,

τα κλινικά αποτελέσματα και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών από τους ασθενείς.

Από την άλλη πλευρά, το καταναλωτικό κλίμα της εποχής μας έχει οδηγήσει σε ένα έντονο ανταγωνισμό και στην απαίτηση των καταναλωτών για μεγαλύτερη υπευθυνότητα όλων εκείνων που προσφέρουν υπηρεσίες (Guzman et al 1988). Η στάση δηλαδή των καταναλωτών έχει δραματικά αλλάξει με τη μετάβαση από ένα παθητικό σε ένα ενεργητικό ρόλο. Οι υπηρεσίες υγείας δεν αποτελούν εξαίρεση. Σήμερα, οι χρήστες υπηρεσιών υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, είναι καλύτερα πληροφορημένοι και πιο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται (Peters 1993). 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 (Miller-Bader 1988). Επομένως η ποιότητα της φροντίδας στο νοσοκομείο δεν μπορεί να ιδωθεί μέσα από τους ορισμούς της ποιότητας που καθορίζονται μόνο από τους λειτουργούς υγείας (Strasen 1988).

Η μετάβαση από ένα παθητικό σε ένα ενεργητικό πελάτη-χρήστη των υπηρεσιών υγείας έχει τις ρίζες της στη τη δεκαετία του '60 μιας περιόδου όπου όλοι οι οργανισμοί κοινωνικής προσφοράς αντιμετώπισαν έντονα ερωτηματικά (Guzman et al 1988) και ήταν ουσιαστικά συνέχεια μίας αλλαγής που είχε λάβει χώρα στους οργανισμούς και επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων (Peters 1993). Η συμμετοχή των καταναλωτών στη διαχείριση της ποιότητας έχει εφαρμοστεί από παλιά στη βιομηχανία όπου οι έρευνες στο καταναλωτικό κοινό κατευθύνουν την παραγωγή ποιοτικών προϊόντων.

Όμως η παροχή υπηρεσιών έχει κάποια ιδιαιτερότητα έναντι των βιομηχανικών προϊόντων όπως η άυλη φύση και ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος, παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην δημιουργία μιας στενότερης σχέσης μεταξύ του καταναλωτή και εκείνου που προσφέρει τις υπηρεσίες, καθιστώντας δυσκολότερη τη διόρθωση των λαθών (Barbacus & Mangold 1992, Θεοφανόπουλος 1994). Στις υπηρεσίες υγείας οι πελάτες-χρήστες είναι σε ακόμα στενότερη προσωπική επαφή και εξάρτηση από εκείνους που παρέχουν τις υπηρεσίες, δηλαδή τους λειτουργούς υγείας (Smith 1977). Οι διαφορές αυτές καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό, 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, αλλά και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Παρόλο όμως που

σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες θεραπευτικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, εξακολουθούν να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας (Meterko et al 1990). Επομένως είναι αναγκαία η συνεχή μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (Joy & Malay 1992) και ο καλύτερος συντονισμός όλων όσων συμμετέχουν στην φροντίδα του ασθενούς (Meterko et al 1990). 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 ή νοσηλευτικό φάκελο, για τις οποίες είναι ο πιο αξιόπιστος κριτής (Donabedian 1982).

Συμπερασματικά, 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.

2.3.1 Καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών

Ο Fishbein και Ajzen έκαναν το διαχωρισμό μεταξύ των στάσεων συμπεριφοράς και των αντιλήψεων. Ένας τύπος αντίληψης είναι τα πιστεύω τα οποία αναφέρονται στη γνωστική λειτουργία, ενώ οι στάσεις συμπεριφοράς αναφέρονται στο συναίσθημα. Τα πιστεύω αντιπροσωπεύουν τις πληροφορίες που έχει ένα άτομο σχετικά με ένα αντικείμενο και συνδέουν ένα αντικείμενο με κάποιο χαρακτηριστικό γνώρισμα. Οι άνθρωποι διαφέρουν όσον αφορά τη δύναμη των πιστεύω τους, που σημαίνει ότι, διαφέρουν στην ευδιάκριτη πιθανότητα το χαρακτηριστικό γνώρισμα να συνδέεται με το αντικείμενο.

Επανεξετάζοντας τις θεωρίες της συμπεριφοράς ο Fishbein και Atzen ανακάλυψαν ότι εκείνο που δίνει την καλύτερη εξήγηση για τις σχέσεις ανάμεσα στα πιστεύω και τις στάσεις συμπεριφοράς είναι οι θεωρίες της "προσδοκώμενης αξίας". Οι προσδοκίες είναι το πιστεύω ότι μία δεδομένη απάντηση θα ακολουθηθεί από κάποιο γεγονός. Ένα γεγονός έχει είτε ένα θετικό είτε ένα αρνητικό σθένος ή συναίσθημα. Γι' αυτό το λόγο σύμφωνα με τα μοντέλα προσδοκώμενης αξίας, τα πιστεύω και οι σχετικές εκτιμήσεις είναι οι καθοριστικοί παράγοντες μιας συμπεριφοράς.

" Η συμπεριφορά ενός ατόμου προς ένα αντικείμενο έχει σχέση με τις πεποιθήσεις του, ότι το αντικείμενο έχει κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα, και με τις εκτιμήσεις του για τα χαρακτηριστικά αυτά γνωρίσματα "

Ο σχηματισμός αυτός έχει άμεσες συνέπειες στην εκτίμηση της συμπεριφοράς. Μια στάση συμπεριφοράς – τέτοια όπως η ικανοποίηση του ασθενούς - βασίζεται σε δύο ξεχωριστά κομμάτια πληροφοριών: τη δύναμη των πεποιθήσεων και τις εκτιμήσεις των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων.

Συγκεκριμένα, τα κριτήρια της δύναμης που έχει η πεποίθηση (Π) σχετικά με τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα και τα κριτήρια εκτίμησης (Ε) των χαρακτηριστικών αυτών πολλαπλασιάστηκαν και τα γινόμενα αθροίστηκαν.

Γι' αυτό το λόγο ο Fishbein και Ajzen δίνουν την εξίσωση:

$$\text{Συμπεριφορά} = \sum \Pi_i E_i \quad i=1.$$

Για παράδειγμα: προσπαθώντας να εκτιμήσουμε τις στάσεις συμπεριφοράς προς ένα Νοσοκομείο, μια σειρά κλινικών χαρακτηριστικών γνωρισμάτων θα προσδιορίζονταν από μία σειρά κομματιών από δηλώσεις που έχουν γίνει:

1. Το Νοσοκομείο είναι για όλους.
2. Η επίσκεψη στο Νοσοκομείο κάνει τους ανθρώπους να αισθάνονται καλύτερα.
3. Μία κλινική επίσκεψη κοστίζει ακριβά.
4. Υπάρχουν ουρές αναμονής στο Νοσοκομείο.
5. Το Νοσοκομείο είναι προσιτό στο λαό.

Καθένα απ' αυτά τα στοιχεία συνδέει το αντικείμενο (Νοσοκομείο) με ένα χαρακτηριστικό, δηλαδή πρόσβαση, αποτελεσματικότητα, κόστος, ανέσεις, προσιτότητα. θα ζητηθεί απ' τους συμμετέχοντες στην έρευνα να προσδιορίσουν το σθένος της πεποίθησης (Π) και να εκτιμήσουν (Ε) τα χαρακτηριστικά αυτά. Τα Π*Ε γινόμενα λοιπόν υπολογίζονται για κάθε στοιχείο και ένα σύνολο βαθμών για τη στάση συμπεριφοράς προς το Νοσοκομείο θα είναι αυτό που θα πάρουμε από την άθροιση αυτών των γινομένων.

Σε δύο από τις μελέτες του δικού του χώρου ο Wage κατασκεύασε κλίμακες για να υπολογίσει τα πιστεύω και τις εκτιμήσεις. Χρησιμοποιώντας τον προηγούμενο τύπο, απέδειξε ότι τα ΠΕ κριτήρια συνοδεύονταν σημαντικά με άμεσα κριτήρια της ικανοποίησης υποστηρίζοντας έτσι τη θεωρία του Fishbein και Ajzen.

Ο **Vroom** (1964) τόνισε ότι ο όρος ικανοποίηση επαγγέλματος έχει χρησιμοποιηθεί ανεπιφύλακτα σαν το εννοιολογικό ισοδύναμο του σθένους του επαγγέλματος. Με τη λέξη σθένος εννοούμε το θετικό ή αρνητικό προσανατολισμό προς ένα αποτέλεσμα η προτίμηση για το αποτέλεσμα αυτό. Τέτοιες προτιμήσεις διακρίνονται καθαρά από τις προσδοκίες, οι οποίες αποτελούν πιθανά αποτελέσματα (υποκειμενικές πιθανότητες). Ο διαχωρισμός ανάμεσα στο σθένος και το προσδοκώμενο μοιάζει μ' εκείνον ανάμεσα στις στάσεις συμπεριφοράς και τα πιστεύω.

Ο **Lawler** (1971) επανεξέτασε πολλές μελέτες της ικανοποίησης ταξινομώντας τις σύμφωνα με την ξεκάθαρη θεωρητική τους προοπτική. Ξεχώρισε τη "θεωρία της ασυμφωνίας", τη "θεωρία της δικαιοσύνης" και τη "θεωρία της ολοκλήρωσης". Η θεωρία της ασυμφωνίας θεωρεί ως δεδομένο ότι η ικανοποίηση είναι η αντιληπτή ασυμφωνία μεταξύ του τι ένα άτομο επιθυμεί και του τι συμβαίνει. Ανάμεσα στους θεωρητικούς της ασυμφωνίας, οι αντιλήψεις ποικίλουν όσον αφορά ποια γεγονότα (συμβάντα) συγκρίνονται. Μερικοί εστιάζουν την προσοχή τους σ' αυτό που είναι επιθυμητό ενώ άλλοι κοιτούν αυτό που πρόκειται να γίνει, τι είναι σημαντικό ή τι πρέπει να είναι (αυτό στο οποίο δίνεται ο τίτλος). Η θεωρία της ολοκλήρωσης παρομοίως ορίζει την ικανοποίηση σαν τη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στην επιθυμητή ανταμοιβή και σ' αυτό που τελικά λαμβάνεται. Εντούτοις όμως οι θεωρητικοί της δικαιοσύνης δίνουν βάση στην απλή διαφορά ανάμεσα στο τι συμβαίνει και στο τι θα επιθυμούσαν, ενώ οι θεωρητικοί της ασυμφωνίας διαχωρίζουν αυτή την απλή διαφορά από το αναμενόμενο, επιθυμητό σύνολο. (Οι τύποι της ασυμφωνίας είναι πιο χρήσιμοι από αυτούς της ολοκλήρωσης διότι υπολογίζουν και το επιθυμητό/αναμενόμενο σύνολο στην αρχή). Μερικές μελέτες της φροντίδας υγείας έχουν ανεπιφύλακτα χρησιμοποιήσει το μοντέλο ολοκλήρωσης (Korsch et al. (1968).

Σ' αυτές τις μελέτες η μεταβλητή σε σχέση με το ποια ολοκλήρωση υπολογίστηκε ήταν εξαιρετικά πολύτιμη προσδοκία (παρά σπουδαιότητα, δικαίωμα ή κάτι επιθυμητό). Η τρίτη ομάδα θεωρητικών που επανεξετάστηκε απ' τον Lawler ήταν οι θεωρίες δικαιοσύνης-αυτές προτείνουν ότι η ικανοποίηση είναι μία δικαιοσύνη που λαμβάνεται ή μια ισορροπία εισροών και εκροών. Επιπλέον, η Θεωρία της δικαιοσύνης τονίζει τη σημασία του να υπολογίζει κανείς τη δική του ισορροπία σε σχέση με τις ισορροπίες των άλλων. Αυτή η σχέση ικανοποίησης με τις διαδικασίες κοινωνικής σύγκρισης έχει πολύ μεγάλη πρακτική όσο και θεωρητική σημασία.

Εκτός από το έργο των κοινωνικών ψυχολόγων στην έρευνα της συμπεριφοράς γενικά και στην έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση ειδικά, υπάρχουν και άλλες κοινωνικο-

επιστημονικές διατυπώσεις της γενικής αντίληψης ότι η ικανοποίηση είναι μια λειτουργία αντιλήψεων-πεποιθήσεων και προσδοκιών ειδικότερα.

Ο Merton(1968), χρησιμοποίησε τον όρο "σχετική στέρηση", για να εξηγήσει αισθήματα ικανοποίησης ειδικά εκεί όπου η αντικειμενική κατάσταση έμοιαζε να μην προκαλεί τέτοιου είδους αισθήματα. Στηρίζεται στη χρήση του όρου από τον Stouffer:

"Η ιδέα θα μπορούσε να φαίνεται ότι έχει ομοιότητα με και, εν μέρει, να περιλαμβάνει πολύ γνωστές κοινωνιολογικές έννοιες τέτοιες όπως "κοινωνικό σημείο αναφοράς", "μοντέλα προσδοκίας", ή "ορισμό της κατάστασης" (Stouffer et al. 1949).

Η σχετική στέρηση επίσημα ορίστηκε πρώτα από τους Merton και Rossi(1968, 1957) ως μία ειδική έννοια στην κοινωνική δομική τους θεωρία των ομάδων αναφοράς.

Ο Williams(1975), συνόψισε τη θεωρία της σχετικής στέρησης με όρους πολύ όμοιους με εκείνους που χρησιμοποιήθηκαν από τους θεωρητικούς της ασυμφωνίας και ολοκλήρωσης:

1. Όταν πάρουμε λιγότερα από ένα θέλω (επιθυμίες, ανάγκες) καταλήγουμε σε μία έννοια στέρησης.
2. Όταν έχουμε λιγότερο από ένα προσδοκώ, καταλήγουμε σε αισθήματα απογοήτευσης.
3. Όταν έχουμε κάτι λιγότερο από μια εντολή εξουσιοδότησης από αποδεκτούς κοινωνικούς κανόνες και αξίες (στο ποιο απ' όλα έχει τον τίτλο) καταλήγουμε σε μία έννοια αδικίας".

Ο Williams(1975), έθιξε κάποια θέματα που είναι πολύ σχετικά με την παρούσα ανασκόπηση των κοινωνικοψυχολογικών και κοινωνιολογικών θεωριών που αναφέρονται στην ικανοποίηση. Αναφέρεται στη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στις ατομικές και συλλογικές συγκρίσεις, και στη διαφορά που υπάρχει ανάμεσα στις ατομικές και συλλογικές απαντήσεις όσον αφορά τις εκτιμώμενες διαφορές.

"Η σχετική στέρηση σαν μία κοινωνική κατάσταση αναφέρεται αποκλειστικά στο γεγονός ότι μια κοινωνική ομάδα σε σύγκριση με κάποια άλλη έχει 'περισσότερο' από μία μεταβλητές, για παράδειγμα: εισόδημα, κύρος, ασφάλεια, σεβασμό. Εφόσον θεωρείται ότι η στέρηση αναφέρεται σε καταστάσεις που ορίζονται ότι είναι επιθυμητές από τους σχετικούς κοινωνικούς δράστες, η σχετική στέρηση είναι δυνατόν να εκτιμηθεί από αποδεκτούς κανόνες επιθυμίας... Τώρα, εφόσον τόσο οι επιθυμίες όσο και οι προσδοκίες επηρεάζονται από τις κοινωνικές συγκρίσεις η 'σχετική στέρηση' θα μπορούσε απλώς να οριστεί ως η κατάσταση κατά την οποία κάποιος λαμβάνει λιγότερα απ' αυτά που ελπίζει ότι θα πάρει. Όμως αυτή η ενδοπροσωπική σύγκριση μπορεί να διαφέρει ξεκάθαρα, σε σημαντικά σημεία από τη σύγκριση μεταξύ

κοινωνικών ομάδων που υποδηλώνονται από τη συνηθισμένη χρήση του όρου "σχετική στέρηση" Williams(1975).

Γι' αυτόν το λόγο διακρίνουμε το διαχωρισμό ανάμεσα στην κοινωνικοψυχολογική θεωρία των διαδικασιών κοινωνικής σύγκρισης του Festinger(1954) (που βασίζεται στην εργασία του Lewin για τους βαθμούς επιθυμίας (Lewin 1984)) η οποία αφορούσε τις γνώμες ή τις πράξεις του ατόμου, και το κοινωνιολογικό έργο που ασχολείται με τη διάθεση των πόρων και ανταμείβεται ανάμεσα σε σύνολα ομάδων.

"Η κοινωνική κατάσταση της σχετικής στέρησης, απορρέει από διαπροσωπικές συγκρίσεις παρά από ενδοπροσωπικές συγκρίσεις. Δεν αναφέρεται σε βαθμούς προσδοκιών ή επιθυμιών εκτός κι αν έχουν σχέση με συγκρίσεις ανάμεσα σε κοινωνικές ομάδες. Σαν αποτέλεσμα της λειτουργίας της κοινωνίας, η σχετική στέρηση είναι μια κατά γενική ομολογία καθορισμένη κατάσταση και όχι απλώς μια υποκειμενική συναισθηματική - κατάσταση ενός ατόμου. Οι συγκρίσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα συναισθήματα σχετικής στέρησης, με άλλα λόγια, είναι βεβαιωμένες συγκρίσεις μεταξύ συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων ή κατηγοριών". Williams(1975).

Το ζωτικής σημασίας σημείο εδώ, είναι ότι ενώ και η σχετική στέρηση και η δυσαρέσκεια απορρέουν από τις διαδικασίες σύγκρισης, αναμειγνύονται διαφορετικά αντικείμενα/επίπεδα σύγκρισης. Για αυτό το λόγο είναι σωστό να μιλήσουμε για σχετική στέρηση μεταξύ των καταναλωτών του τομέα υγείας μόνον εάν αναφερόμαστε σε μια κατά γενική ομολογία καθορισμένη κατάσταση ενός συγκεκριμένου κοινωνικού συνόλου (τέτοιο, όπως, σύνολο κατά ηλικία ή κατά έθνος) που συγκρίνει τον εαυτό του με άλλα τέτοια σύνολα. Συζητώντας για την ικανοποίηση του ασθενούς, όμως, αναφερόμαστε σε ατομικές στάσεις συμπεριφοράς. Μέχρι του σημείου που οι αναφερόμενες συγκρίσεις είναι ενδοπροσωπικές.

Η θεωρία του **Festinger**(1954), για τις διαδικασίες της κοινωνικής σύγκρισης επεξηγεί τους τρόπους με τους οποίους οι κοινωνικές συγκρίσεις επηρεάζουν τη διαμόρφωση και εκτίμηση των απόψεων. Οι άνθρωποι εξακριβώνουν εάν έχουν σωστή άποψη ή όχι και εκτιμούν τις ικανότητες τους, συγκρίνοντας τον ίδιο τον εαυτό τους με άλλους ανθρώπους. Η προφορική επικοινωνία από άλλους θεωρείται σαν το κλειδί που καθορίζει τις στάσεις συμπεριφοράς και ως εκ τούτου τις διαδικασίες της κοινωνικής επιρροής, που συγγενεύουν με τις διαδικασίες της κοινωνικής σύγκρισης του Festinger(1954). Και οι δύο θεωρίες με τη σειρά τους συνδέονται στενά με την έννοια των συνόλων αναφοράς(Merton 1968, Kelley 1952), ειδικότερα με τη συγκριτική λειτουργία των συνόλων αναφοράς (Parsons and Shils 1951). Οι Parsons και Shils(1951) εξηγούν με παρόμοιο τρόπο

τις βάσεις συγκρίσεως των εκτιμήσεων. Οι άνθρωποι κρίνουν αντικειμενικά γεγονότα σύμφωνα με τα "πρότυπα ηθικής" τους π.χ. τις αξίες τους. Το σύστημα-αξίας κάθε ατόμου είναι μια σειρά "πρότυπων ιδεών" ή "πρότυπων ηθικών αξιών" που μεταδίδεται με τον πολιτισμό.

Για αυτό το λόγο οι Parsons και Shils τονίζουν την καθοριστικότητα του πολιτισμού στις ικανοποιήσεις του ατόμου, η οποία συγγενεύει με την κοινωνική επιρροή και τις θεωρίες κοινωνικής σύγκρισης όσον αφορά το σχηματισμό της συμπεριφοράς που ανέπτυξαν οι κοινωνικοί ψυχολόγοι.

Εν μέρει, με βάση το έργο του Lewin σχετικά με τα επίπεδα (βαθμούς) επιθυμίας (Lewin et al. 1984), το έργο του Merton(1968)για τις ομάδες αναφοράς και τη διάκριση του Kelley(1952) των συγκριτικών και αξιολογικών ομάδων, οι Thibault και Kelley(1959) πρότειναν ότι:

"οι άνθρωποι αξιολογούν τις περιστάσεις σε σχέση με αυτά που πιστεύουν ότι κάποιος άλλος κατάφεραν ή σε σχέση με αυτά που οι ίδιοι έχουν δοκιμάσει στο παρελθόν"

Ο όρος βαθμός σύγκρισης, αναφέρεται σε ένα στάνταρ ή αναφορικό σημείο πάνω στο οποίο αξιολογείται μια σχέση που σημαίνει ότι, με αναφορά σε αυτό δοκιμάζεται εάν η σχέση είναι ικανοποιητική ή ανεπαρκής. Ο βαθμός σύγκρισης είναι:

"... ένα ψυχολογικά γεμάτο νόημα ενδιάμεσο σημείο για μια κλίμακα αποτελεσμάτων, ένα ουδέτερο σημείο στην κλίμακα ικανοποίησης- δυσαρέσκειας ... (Βαθμός σύγκρισης) είναι κάποια τροποποιητική ή μέτρια τιμή (αξία) όλων των αποτελεσμάτων (συμπερασμάτων) που είναι γνωστά στο πρόσωπο ..." (Nunnally 1967).

Παρόλο που οι Thibault και Kelley διευκρίνισαν τις υποθέσεις τους σχετικά με τις μικρές ομάδες δυαδικών σχέσεων, αυτές οι υποθέσεις πιθανόν να είναι επίσης χρήσιμες στο να εξηγήσουμε τις διαφοροποιημένες εκτιμήσεις άλλων τύπων συμπεράσματος. Γι'αυτό το λόγο το μοντέλο του Thibault και Kelley είναι χρήσιμο σε υποθέσεις όσον αφορά τους καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης με τη φροντίδα.

Το μοντέλο του έδειξε (α) ότι η ικανοποίηση συνδέεται με μεταβλητές της αντίληψης, δηλαδή, δικαιώματα, γοητεία και εναλλακτικές λύσεις, (β) ότι οι κατατάξεις ενός ατόμου πάνω σ' αυτές τις μεταβλητές είναι λειτουργίες των διαδικασιών της κοινωνικής επιρροής" και εξαιτίας αυτού (γ) η ικανοποίηση είναι ένα αποτέλεσμα συγκριτικών εκτιμήσεων, είτε με σαφήνεια είτε με υπονοούμενα. Το σημαντικότερο είναι ότι ο Thibault

και Kelley έδειξαν την σπουδαιότητα του να μελετώνται τα κριτήρια ή οι κλίμακες που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να κάνουν εκτιμήσεις.

Συνοψίζοντας, αυτή την αναφορά στους καθοριστικούς παράγοντες της ικανοποίησης βλέπουμε ότι ποικίλες προηγούμενες μεταβλητές αντίληψης και συμπεριφοράς προτάθηκαν ως Ερμηνευτικές ή ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι ενδοπροσωπικές συγκρίσεις φαίνονται να αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα κλειδί για τις προηγούμενες μεταβλητές και ως εκ τούτου σ' ολόκληρη τη διαδικασία της εκτίμησης, ή, με άλλα λόγια, στην διαδικασία του να φθάσουμε σε μια υποκειμενική κατάσταση ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας.

2.4 Σφαιρικός ορισμός της ικανοποίησης των ασθενών

2.4.1 Ερεθίσματα, χρησιμότητα της κριτικής και αντιδράσεις ασθενών

Οι οργανισμοί παροχής υπηρεσιών υγείας είναι γεμάτοι με ερεθίσματα στα οποία οι ασθενείς μπορεί ή όχι ν' απαντούν. Τα ερεθίσματα είναι ενδείξεις στο περιβάλλον των ασθενών ότι αυτοί μπορεί να αισθάνονται, να μυρίζουν, να βλέπουν, να ακούν. Όλα παριστάνουν διαφορετικά είδη ερεθισμάτων: πινακίδες που κατευθύνουν τους ασθενείς απ' το ένα μέρος στο άλλο, ασφαλιστικά έντυπα που πρέπει να συμπληρωθούν, έγγραφα αξιοπιστίας να υπογραφούν, ο ήχος "μπιπ" που κάνει το καρδιακό μηχάνημα, χώροι παρκαρίσματος, υπάλληλοι στην υποδοχή που πρέπει να δουλέψουν μαζί τους, το επίπεδο της άνεσης στις καρέκλες της υποδοχής, η συμπεριφορά των γιατρών, ο τρόπος των νοσοκόμων, οι διαδικασίες των εργαστηριακών τεχνικών και οι αποστάσεις που πρέπει να διανύσουν μέσα στο νοσοκομείο. Καθώς αυτά τα ερεθίσματα παρατηρούνται και γίνονται αντιληπτά, οι ασθενείς ανταποκρίνονται κάνοντας συνειδητές ή ασυνείδητες κρίσεις για αυτά

Για παράδειγμα, το ερέθισμα από το στηθοσκόπιο έχει ως αποτέλεσμα να το κρίνει ο ασθενής κρύο και να είναι θυμωμένος απέναντι στο γιατρό, πράγμα που αποτελεί την αντίδρασή του. Επίσης, η τυχόν αναμονή 40 λεπτών κρίνεται από τον ασθενή πολύ μεγάλη και απρόσμενη ενώ εκφράζει θυμό και παράπονα στο γιατρό. Στην περίπτωση όμως που η νοσοκόμα απαντάει σε ερωτήσεις των ασθενών, οι απαντήσεις κρίνονται καθαρές και περιεκτικές ώστε η πιθανή αντίδραση του ασθενή να είναι κοπλιμέντο στη νοσοκόμα και

έκφραση ικανοποίησης. Τέλος, στη συμπλήρωση των ασφαλιστικών εντύπων, ο ασθενής κρίνει ότι είναι δύσκολα να διαβαστούν με αποτέλεσμα την αποτυχία συμπλήρωσης και την έκφραση δυσαρέσκειας.

Ο ορισμός λοιπόν της ικανοποίησης του ασθενή, περιλαμβάνει τέσσερις ιδέες. Οι πρώτες τρεις - τα κίνητρα, η χρησιμότητα της κριτικής και οι αντιδράσεις- οι οποίες περιγράφονται παραπάνω και η τέταρτη ιδέα - οι ατομικές διαφορές.

Το κλειδί σ' αυτές τις κρίσεις είναι οι αξίες που οι ασθενείς προσαρμόζουν σ' αυτές. Η χρησιμότητα της κριτικής αντιπροσωπεύει τις προσπάθειες των ασθενών με την έννοια να προσδιορίσουν τη σημασία των πολλών ερεθισμάτων στα οποία εκτίθενται. Αυτή η χρησιμότητα της κρίσης μπορεί να εκφραστεί με όρους όπως καλό, άσχημο, κρύο, διαφορετικό, μαλακό, τρομακτικό, εύγευστο, βοηθητικό, δύσκολο να διαβαστεί, θετικό, αρνητικό ή ουδέτερο. Η χρησιμότητα των κρίσεων που αποδίδεται στα ερεθίσματα αντιπροσωπεύει το πρώτο κλειδί - στοιχείο της ικανοποίησης του ασθενή που εμείς επιθυμούμε να μετρήσουμε.

Παρόλα αυτά, οι ασθενείς κάνουν παραπάνω πράγματα από το να απαντούν με κρίσεις στα ερεθίσματα. Ακολουθώντας τη χρησιμότητα των κρίσεων των ασθενών, οι ασθενείς μπορεί ή όχι να αντιδράσουν, να νιώσουν και να σκεφτούν κάτι παραπάνω ή να κάνουν κάτι. Μπορεί να αντιδράσουν βιαστικά ή ανάλογα με συναισθήματα και σκέψεις ικανοποίησης, δυσαρέσκειας. Ευχαρίστησης, μη ευχαρίστησης, θυμού, χαράς ή λύπης.

Επιπροσθέτως οι ασθενείς μπορεί να λειτουργούν και δραστικά. Για παράδειγμα ο ασθενής είναι θυμωμένος (το αποτέλεσμα) με μια αγενή νοσοκόμα και κατά συνέπεια γράφει ένα γράμμα με παράπονα (η συμπεριφορά). Η ψυχολογική αντίδραση -με ένα γρηγορότερο χτύπο καρδιάς, με αναπνοή ή πολύ ιδρώτα - κατά την κρίση μας είναι ένας τύπος της συμπεριφοριστικής αντίδρασης.

Πώς μπορούμε να ξεχωρίσουμε μια "κρίση που έχει χρησιμότητα" από μία "αντίδραση"; Υποθέτουμε ότι η χρησιμότητα της κρίσης είναι ουσιαστικά, προσπάθεια από την πλευρά του απαντητή, ώστε να εκτιμήσουμε την ταμπέλα των ερεθισμάτων. Παρόλα αυτά, αυτά είναι παραδείγματα όταν η χρησιμότητα της κρίσης μπορεί να θεωρηθεί ως αρχική αντίδραση στα κίνητρα. Αυτό βοηθάει να εξηγήσουμε γιατί η λειτουργική διαφορά μεταξύ της χρησιμότητας της κρίσης και της αντίδρασης μπορεί μερικές φορές να μην είναι ξεκάθαρη.

Η χρησιμότητα της κρίσης και η κατά συνέπεια αντίδραση του ασθενή σ' αυτά τα ερεθίσματα αποτελούν τη βάση για το πρώτο μέρος του ορισμού της ικανοποίησης του ασθενή:

Την ικανοποίηση του ασθενούς μπορούμε να την ορίσουμε ως τις μοναδικές προσωπικές εκτιμήσεις και τις μεταγενέστερες αντιδράσεις στα ερεθίσματα που λαμβάνει από το περιβάλλον της φροντίδας υγείας, μόλις πριν, στη διάρκεια και ακριβώς μετά την πορεία της παραμονής του στο νοσοκομείο ή μετά από μια ιατρική επίσκεψη.

Αυτό το πρώτο μέρος του ορισμού της ικανοποίησης του ασθενούς μαρτυρά στους διαχειριστές της φροντίδας υγείας πολύ σημαντικά πράγματα σχετικά με τη διαδικασία εκτίμησης της ικανοποίησης του ασθενούς.

Συνεπώς, η ικανοποίηση του ασθενούς δεν είναι ένα τυχαίο γεγονός διότι κάποια ερεθίσματα μπορεί να δημιουργηθούν σταθερούς τύπους προσωπικών εκτιμήσεων και απαντήσεων σε ασθενείς. Για παράδειγμα, αν ένας γιατρός (ερέθισμα) επισπεύδει (προσωπική εκτίμηση) τις επισκέψεις των ασθενών, αυτό ίσως να ληφθεί ως "φτωχή" ικανότητα σχέσεων ιατρού - ασθενή, από τους περισσότερους ασθενείς τ»ν γιατρού αυτού. Επιπλέον αυτοί που χαρακτηρίζουν το γεγονός ως "φτωχή" ικανότητα σχέσεων ιατρού - ασθενή, είναι πολύ πιθανό ν' αντιδράσουν αλλάζοντας γιατρό.

2.4.2 Ατομικές διαφορές ασθενών και μέτρια αποτελέσματα

Το πρώτο μέρος του ορισμού εστιάζει τη προσοχή του στα ερεθίσματα που δίνονται μέσα στα πλαίσια του περιβάλλοντος της φροντίδας υγείας για τα οποία οι ασθενείς κάνουν προσωπικές εκτιμήσεις που τους οδηγούν στο να αντιδράσουν. Το δεύτερο μέρος του ορισμού εστιάζει την προσοχή του στο πως η ψυχοσύνθεση μας, η προσωπικότητα, οι ανάγκες, οι αξίες, τα πιστεύω, η προσωπική ζωή καθώς και οι προηγούμενες εμπειρίες σχετικά με τον τομέα υγείας μπορούν να τροποποιήσουν και να διαμορφώσουν τις ανταποκρίσεις στα ερεθίσματα αυτά.

Συμπερασματικά, η ικανοποίηση του ασθενούς εννοιολογικά ορίζεται ως: οι προσωπικές εκτιμήσεις των ασθενών και οι επακόλουθες αντιδράσεις στα ερεθίσματα που δέχονται μέσα στο περιβάλλον του τομέα υγείας μόλις πριν, στη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους στο νοσοκομείο ή μιας ιατρικής επίσκεψης. Αυτές οι προσωπικές εκτιμήσεις και οι αντιδράσεις θα επηρεαστούν από το χαρακτήρα που διαθέτει κάθε ασθενής καθώς και από προηγούμενες εμπειρίες της ζωής και από τον τομέα της Υγείας.

ΑΤΟΜΙΚΕΣ ΔΙΑΦΟΡΕΣ

1. Χαρακτήρας, προσωπικότητα και αξίες του ασθενούς.
2. Εμπειρίες του ασθενούς από τη ζωή και τον τομέα υγείας.



Ερέθισμα
Προσωπική Εκτίμηση Ασθενούς
Αντίδραση Ασθενούς

Οι ασθενείς λοιπόν, κάνουν προσωπικές εκτιμήσεις και αντιδρούν, σε ανταπόκριση των ερεθισμάτων, από το περιβάλλον του τομέα υγείας. Τόσο οι προσωπικές αυτές εκτιμήσεις όσο και οι αντιδράσεις μπορούν να επηρεαστούν από την προσωπικότητα ή το χαρακτήρα του ασθενούς καθώς και από τις εμπειρίες που είχε απ' τη ζωή και ιδιαίτερα από τη φροντίδα υγείας.

Τα χαρακτηριστικά γνωρίσματα του χαρακτήρα και των εμπειριών των ασθενών χρησιμεύουν ως παρεμβάλλουσες μεταβλητές. Τα ερεθίσματα είναι οι ανεξάρτητες μεταβλητές. Οι προσωπικές εκτιμήσεις είναι παρεμβάλλουσες ή οι ενδιάμεσες μεταβλητές και οι αντιδράσεις είναι οι εξαρτημένες μεταβλητές.

Ο παραπάνω ορισμός της ικανοποίησης του ασθενούς, σημαίνει ότι εάν 300 διαφορετικοί άνθρωποι ακρωτηριάσουν λάθος πόδι, τότε 300 διαφορετικές προσωπικές εκτιμήσεις ή αντιδράσεις θα παρουσιαστούν για την ποιότητα της περίθαλψης που έλαβαν. Παρ' όλο που το παράδειγμα αυτό δίνει λογικά την έννοια των ατομικών διαφορών "στο X βαθμό", πιστεύω ότι θα υπάρξουν σύνολα αντιλήψεων *ανάμεσα* σε διαφορετικούς ανθρώπους που παρατηρούν την ίδια σειρά ερεθισμάτων.

Επομένως λοιπόν, πώς ορίζεται η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια του ασθενούς μέσα στα πλαίσια αυτού του μοντέλου ;

Μέσα στο γενικό πλαίσιο του μοντέλου που παρουσιάστηκε παραπάνω, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η αντίδραση των ασθενών σε ανταπόκριση των ερεθισμάτων και των προσωπικών εκτιμήσεων όπως διαμορφώνονται από τις ατομικές τους διαφορές.

Βλέποντας το μοντέλο σαν σύνολο, η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως μία δυναμική λειτουργία που αφορά στη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων, των προσωπικών εκτιμήσεων, αντιδράσεων και ατομικών διαφορών.

Παρόλο που η ικανοποίηση του ασθενούς ορίζεται ως μία λειτουργία, δεν εκτιμούμε πάντα ολόκληρη τη λειτουργία μέσα στα πλαίσια μιας δεδομένης ερώτησης έρευνας. Αυτό θα μπορούσε να είναι αρκετά περίπλοκο και συγκεχυμένο τόσο για τον ερευνητή όσο και για τους ανταποκρινόμενους. Αντί αυτού είναι καλύτερα να εκτιμήσουμε τις σχέσεις μέσα στα πλαίσια αυτής της λειτουργίας. Για παράδειγμα, μπορούμε να εκτιμήσουμε μόνον την

παρουσία ή την απουσία του ερεθίσματος και να συμπεράνουμε απ' αυτό εάν ο ασθενής είναι ικανοποιημένος ή όχι : *"Σε λεπτά, πόση ώρα περιμένετε για να σας δει ο γιατρός:"* Εάν ο ασθενής απαντήσει 60 λεπτά ή περισσότερα, μπορούμε να βγάλουμε το συμπέρασμα ότι το γεγονός αυτό είναι δυσάρεστο. Επίσης μπορεί να εκτιμήσουμε τη σχέση μεταξύ των ερεθισμάτων και των προσωπικών εκτιμήσεων. *"Τα δωμάτια (το ερέθισμα) ήταν κρύα"* (προσωπική εκτίμηση), θύμος απογοήτευση (αντίδραση).

Μπορούμε επίσης να εκτιμήσουμε τη σχέση ανάμεσα στο ερέθισμα και την αντίδραση: *"Εμείνα πολύ ικανοποιημένος (αντίδραση) με την ιατρική περίθαλψη (ερέθισμα) που έλαβα"*. Είναι σημαντικό επίσης να εκτιμήσουμε τους κοινωνικο-δημογραφικούς παράγοντες, όπως η ηλικία και το φύλλο, με σκοπό να βοηθήσουμε για να καθορίσουμε την επίδραση (εάν υπάρχει) αυτών των μεταβαλλόμενων μεταβλητών στις σχέσεις που ήδη έχουμε αναφέρει.

Υπάρχουν πολλοί περισσότεροι λόγοι απ' αυτούς που αρχικά συνειδητοποιεί η διοίκηση των υπηρεσιών υγείας, για τους οποίους η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς έχει σημασία. Ένα καλοσχεδιασμένο, εφαρμοσμένο και χρησιμοποιημένο πρόγραμμα με σκοπό την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς, μπορεί να βοηθήσει τους διαχειριστές του συστήματος υγείας να βελτιώσουν την ποιότητα των κλινικών — ιατρικών και διοικητικών τους δραστηριοτήτων. Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί: να βελτιώσει τα ριψοκίνδυνα διοικητικά "τεχνάσματα" - να ενισχύσει το ηθικό των εργαζομένων, να τεκμηριώσει διαφορετικά επίπεδα εκτέλεσης της εργασίας - να διευκολύνει τη διαδικασία αξιολόγησης των δραστηριοτήτων – να βελτιώσει την ποιότητα περίθαλψης και εάν χρησιμοποιηθεί στο μέγιστο δυνατό βαθμό η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς μπορεί να γίνει ένα ισχυρό εργαλείο οργανωτικής ανάπτυξης και στρατηγικής μάνατζμεντ για τους οργανισμούς της φροντίδας υγείας.

2.5 Χρησιμότητα μέτρησης ικανοποίησης ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται κύρια στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών (ΟΤΑ 1988). Οι ασθενείς είναι δυνατόν να δώσουν πληροφορίες, οι οποίες αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στη ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών (Strasen 1988). Για αυτό το λόγο πολλοί ερευνητές αναγνωρίζουν ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο της ποιότητας αλλά σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης (Linder-Pelz 1982a).

Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα 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 τη θεραπευτική αγωγή αλλά εξισώνεται με την αυτοθεραπεία (Pascoe 1983, Strasen 1988). Η ταχύτερη ανάρρωση των περισσότερο ικανοποιημένων ασθενών είναι δυνατόν 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 απόψεών τους για την ποιότητα των υπηρεσιών (Cleary & McNeil 1988). Για το λόγο αυτό δεν είναι λίγοι εκείνοι που θεωρούν ότι και μόνο η αναζήτηση της άποψης των ασθενών για τη φροντίδα που τους παρέχεται, αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση αφού αυξάνει την ικανοποίησή τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή αποτρέποντας την υιοθέτηση ενός παθητικού ρόλου (Bond & Thomas 1992, Simpson 1985).

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 κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας”.

Κατά την Linder-Pelz (1982a) η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με διάφορες συμπεριφορές υγείας και ασθένειας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα η μέτρησή της να μπορεί να χρησιμοποιηθεί για αξιολόγηση μοντέλων συμπεριφοράς των ασθενών και συμβουλευτικών παρεμβάσεων των επαγγελματιών υγείας (Fitzpatrick 1991). Έχει δειχθεί ότι οι προσδοκίες των ασθενών, δεν είναι καλά σχηματισμένες πριν την είσοδο στο νοσοκομείο (Petersen 1988).

Συνεπώς εάν το προσωπικό το επιθυμεί, μπορεί να διαμορφώσει ή να επηρεάσει τις προσδοκίες και τη αντίληψη που έχουν οι ασθενείς για τη φροντίδα υγείας. Το νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό λόγω της συνεχούς παρουσίας τους δίπλα στον ασθενή βρίσκονται στη στρατηγική εκείνη θέση για να επηρεάσουν την αντίληψη των ασθενών (Scardina 1994), να συμβάλλουν ουσιαστικά στη διόρθωση όλων των προβλημάτων και να εγγυηθούν. Ότι το περιβάλλον των ασθενών παραμένει θεραπευτικό όλο το 24ωρο (Taylor 1970).

Η μέτρηση ικανοποίησης του ασθενή 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. (Abramowitz et al 1987). Ο Leeboon (1988) ειδικός στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, υποστηρίζει ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονά 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 και τις εκπαιδευτικές ανάγκες τους, για προβληματικές περιοχές της φροντίδας ή ακόμα για την επιτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας (Mergivern et al 1992). Στη συνέχεια το προσωπικό μπορεί να αξιοποιήσει αυτές τις πληροφορίες για διορθωτικές παρεμβάσεις που όχι μόνο θα βελτιώσουν άμεσα τη φροντίδα υγείας των ασθενών, αλλά παράλληλα θα αυξήσουν την ικανοποίησή τους, η οποία πιθανό να οδηγήσει σε θετική ανταπόκριση στη θεραπεία. (Abdellah & Levine 1957s, Cleary & McNeil 1988, Pascoe 1983). Επιπρόσθετα η διοίκηση είναι δυνατό να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση (Mergivern et al 1992) και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Dull et al 1994).

Στον ιδιωτικό τομέα η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί με επιτυχία στην προσέλκυση των πελατών. Σύμφωνα με μια 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 (Leebon 1988). Άλλη έρευνα η οποία έγινε επίσης στις Η.Π.Α., έδειξε ότι ένα επισήμως αναφερόμενο παράπονο από ένα ασθενή αντιστοιχεί σε 6-10 σοβαρά και σε 20-50 λιγότερο σοβαρά παράπονα ασθενών για περιοχές της φροντίδας από τις οποίες δεν ικανοποιήθηκαν, τα οποία όμως δεν δηλώνονται. Παραγοντοποίηση των παραπάνω δεδομένων έδειξε ότι, το κόστος που προέκυψε από κάθε δυσαρεστημένο ασθενή ήταν 330 δολάρια (Petersen 1988).

Οι ερευνητές και όσοι συμμετέχουν στη διαμόρφωση στρατηγικής υγείας ενδιαφέρονται, τόσο για τη 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. Ο Donabedian (1980) υποστηρίζει 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 προσφερομένων υπηρεσιών.

Ο Brink (1986) υποστηρίζει ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα ως ασθενής να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο. Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για μια ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς, με στόχο τη βελτίωση των παραγομένων 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. (Παπανικολάου & Σιγάλας 1995).

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

Ο πίνακας 2, δείχνει ένα ολοκληρωμένο θεωρητικό πλαίσιο μέτρησης ικανοποίησης των ασθενών και αξιοποίησης των αποτελεσμάτων. Το μοντέλο αυτό εφαρμόζεται στα πλαίσια ενός γενικότερου προγράμματος συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης στο St Vincent Hospital, Portland, Oregon και περιλαμβάνει τους σκοπούς, τις αναγκαίες συνθήκες, τα προϊόντα και τις παρεμβάσεις για τη διοίκηση, τους ερευνητές, τους λειτουργούς υγείας και τους ασθενείς (Dull et al 1994).

Συνοψίζοντας η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί στην: (α) αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, (β) 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.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2.5.1

ΘΕΩΡΗΤΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

	ΔΙΟΙΚΗΣΗ	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΚΟΠΟΙ	<ul style="list-style-type: none"> -Προσέλκυση πελατών (marketing) -Δημόσιες σχέσεις -Διαχείριση κινδύνων -Ηθικό προσωπικού -Γενικά ικανοποίηση των ασθενών 	<ul style="list-style-type: none"> -Αυστηρές μέθοδοι -Αύξηση γνώσης -Αξιοπιστία άλλων ερευνών -Αλλαγή μέτρησης 	<ul style="list-style-type: none"> -Αύξηση μισθών -Εξέλιξη προσωπικού -Ικανοποιημένοι ασθενείς -Δημιουργική λύση προβλημάτων 	<ul style="list-style-type: none"> -Βελτίωση μελλοντικής φροντίδας -Βελτίωση κοινωνικών πηγών -Κοινωνική περηφάνια
ΝΑΓΚΑΙΕΣ ΨΝΘΗΚΕΣ	<ul style="list-style-type: none"> -Χαμηλό κόστος -Πληροφόρηση -Αποτελεσματικότητα -Χρονική ακρίβεια 	<ul style="list-style-type: none"> -Ευαισθησία -Αξιοπιστία -Εγκυρότητα 	<ul style="list-style-type: none"> -Χρονική ακρίβεια -Σχετικότητα -Πληροφόρηση -Αποτελεσματικότητα 	<ul style="list-style-type: none"> -Εύκολη συμπλήρωση -Κατανοητή -Καλή χρησιμοποίηση χρόνου
ΌΪΟΝΤΑ	<ul style="list-style-type: none"> -Σχόλια έρευνας -Σημαντικά αποτελέσματα 	<ul style="list-style-type: none"> -Ερευνητικές μέθοδοι -Στατιστικά αποτελέσματα 	<ul style="list-style-type: none"> -Θετικά και αρνητικά σχόλια -Ικανοποίηση με τις υπηρεσίες 	<ul style="list-style-type: none"> -Συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο -Αλλαγές στη φροντίδα λόγω έρευνας
ΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none"> -Σχεδιασμός αλλαγών σε επίπεδο οργανισμού -Ανταπόκριση σε ατομικά αρνητικά σχόλια 	<ul style="list-style-type: none"> -Αξιολόγηση υπηρεσιών 	<ul style="list-style-type: none"> -Σχεδιασμός λύσεων -Εφαρμογή 	<ul style="list-style-type: none"> -Διατύπωση απόψεων

2.6 Η ικανοποίηση του πελάτη - ασθενή και οι συνέπειές της

- Γιατί έχει γίνει τόσο σπουδαία η ικανοποίηση του πελάτη στην εργασία γενικά και στη φροντίδα της υγείας συγκεκριμένα :
- Τι συμβαίνει όταν οι πελάτες (ασθενείς) δυσαρεστούνται;
- Πως προλαμβάνεται ή θεραπεύεται η δυσαρέσκεια;

Η διαχείριση της ικανοποίησης του ασθενούς θα έχει ως συνέπεια τη δημιουργία μιας οργανωτικής υποδομής που χρησιμοποιεί πληροφορίες από τις γνώμες των ασθενών για την εξυπηρέτησή τους, έτσι ώστε να εστιάσει καλύτερα τις ανάγκες των ασθενών.

Η ικανοποίηση έχει μερικά απροσδιόριστα στοιχεία:

- Η ικανοποίηση είναι μια καθαρά υποκειμενική άποψη του πελάτη ο οποίος δέχεται την εξυπηρέτηση.
- Ο τυπικός ασθενής εισέρχεται σε μια υπηρεσία, προβάλλοντας τις ανάγκες του τα θέλω του και όσα περιμένει.

Το σημείο το οποίο οι παρέχοντες υπηρεσίες υγείας πραγματοποιούν αυτά, προσδιορίζει το βαθμό τον οποίο ο ασθενής θα ικανοποιηθεί. Σχετική επιτυχία ή αποτυχία πάνω σ' αυτές τις τρεις διαστάσεις υπογράφει τη σχετική ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια του.

Η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας τοποθετεί τον ασθενή στο επίκεντρο της οργανωμένης στρατηγικής Peterson. Ο καλύτερος τρόπος για να κρατήσουμε τον ασθενή σ' αυτή την πρώτη θέση είναι να μπορούμε να μετρούμε την παρεχόμενη φροντίδα υγείας και να το καταφέρνουμε αυτό μετρώντας την από κάθε υπάλληλο που έρχεται τετ-α-τετ με τον ασθενή ενώ ο ασθενής είναι υπό τη φροντίδα του.

2.6.1 Οι συνέπειες του να έχεις δυσαρεστημένους ασθενείς

Εάν ένας ασθενής είναι δυσαρεστημένος με τη φροντίδα που δέχτηκε, σ' ένα νοσοκομείο και αναζητά μελλοντική φροντίδα στον ιδιωτικό τομέα ή στο εξωτερικό είναι πολύ πιθανό μια ολόκληρη οικογένεια να στραφεί και αυτή σε ανάλογη κατεύθυνση.

Όπως οι ασθενείς μιλούν για τις δικές τους άσχημες εμπειρίες, ακόμη περισσότεροι άνθρωποι μπορεί να αποφασίσουν να στραφούν απότομα σε άλλους προμηθευτές.

Μια δυσάρεστη εμπειρία γίνεται σύμβολο χαμηλής ποιότητας του οργανισμού και των υπηρεσιών του. Αποτελέσματα ερευνών Marquis and others(1983) δείχνουν ότι ένας

δυσανεστημένος πελάτης θα μιλήσει για τη δυσάρεστη Εμπειρία του σε 9 με 10 άλλους ανθρώπους και ότι ο 1 στους 8 δυσανεστημένους πελάτες που συνάντησε προβλήματα στις υπηρεσίες που του προσέφεραν θα επαναλάβει το γεγονός αυτό σε πάνω από 20 άτομα. Αυτό το συγκρίνουμε με τον ικανοποιημένο πελάτη ο οποίος θα μιλήσει για τις θετικές του εμπειρίες σε 3 με 4 άτομα μόνον.

Η ικανοποίηση δε σημαίνει μόνο ότι χάνεις ένα πελάτη - ασθενή αλλά και το καλό όνομα του οργανισμού γιατί η ικανοποίηση συσχετίζεται με τις αντιλήψεις των πελατών ως προς την ποιότητα.

2.6.2 Όψεις της ικανοποίησης του ασθενή

Οι όψεις της ικανοποίησης του ασθενή προσδιορίζονται στο μοντέλο ως τύποι αντίδρασης. Κατά τον ίδιο τρόπο που υπάρχουν όψεις της ικανοποίησης της εργασίας (ικανοποίηση με πληρωμή, ευκαιρίες για προαγωγή, επιθεώρηση, συνάδελφοι), υπάρχουν όψεις της ικανοποίησης του ασθενή, όπως η ικανοποίηση με τους γιατρούς, τις νοσοκόμες, το φαγητό, το δωμάτιο, το περιβάλλον, το πάρκινγκ και τις βοηθητικές ιατρικές υπηρεσίες.

Οργανώνοντας το σύστημα μέτρησης γύρω από αυτές τις όψεις και τα ερεθίσματα που είναι πιθανόν να τα επηρεάζουν, μπορούν να μας βοηθήσουν στο να αναπτύξουμε ένα πιο χρήσιμο και με μεγαλύτερη ισχύ όργανο έρευνας.

Βάζοντας σε κατηγορίες αυτές τις όψεις και τα ερεθίσματα χρονολογικά, από την αρχή ως το τέλος της παραμονής του ασθενή, περαιτέρω θα μας βεβαιώσουν ότι η πλειονότητα των προβλεπόμενων ερεθισμάτων του ασθενή και οι εμπειρίες, καλύπτονται.

Ένας τέτοιος κατάλογος μπορεί να είναι όπως αυτός που ακολουθεί :

1. Ικανοποίηση από τις δραστηριότητες πριν την εισαγωγή

Ερεθίσματα :

- Συμπλήρωση εντύπων
- Τηλεφωνική επικοινωνία με το νοσοκομείο
- Κανονισμός της ώρας εισαγωγής

2. Ικανοποίηση από την εισαγωγή στο νοσοκομείο

Ερεθίσματα:

- Πρόσβαση
- Στάθμευση
- Πινακίδες προσανατολισμού

3. Ικανοποίηση από τη διαδικασία εισαγωγής και το προσωπικό

Ερεθίσματα:

- Ώρα αναμονής για την εισαγωγή στο δωμάτιο
- Στάση και συμπεριφορά του προσωπικού εισαγωγής
- Φυσικό περιβάλλον στην περιοχή της αναμονής

4. Ικανοποίηση από το δωμάτιο του ασθενή

Ερεθίσματα:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| ▪ Φυσικό περιβάλλον μέσα στο δωμάτιο | ▪ Προβλήματα με τους συγκατοίκους |
| ▪ θόρυβος | ▪ Έλεγχος της θερμοκρασίας |
| ▪ Φωτισμός | ▪ Καθαριότητα |
| ▪ Οσμές | ▪ Ευκολία κίνησης |
| ▪ Ευρυχωρία | ▪ Συμπεριφορά και στάσεις του προσωπικού καθαριότητας |

5. Ικανοποίηση από το φαγητό

Ερεθίσματα:

- | | |
|-----------------------|--|
| ▪ Ποιότητα φαγητού | ▪ Παρουσίαση φαγητού |
| ▪ θερμοκρασία φαγητού | ▪ Μυρωδιά του φαγητού |
| ▪ Επιλογές φαγητού | ▪ Συμπεριφορά και στάση του διαιτητικού προσωπικού |

6. Περιβάλλον

Ερεθίσματα:

- | | |
|---|-----------|
| ▪ Περιοχές επισκέψεων | ▪ Μυρωδιά |
| ▪ Φωτισμός | ▪ θόρυβος |
| ▪ Πρόσβαση στο χώρο αναμονής π.χ. των ακτινογραφιών | |

7. Ικανοποίηση από το προσωπικό της ιατρικής φροντίδας

A. Ικανοποίηση από τους γιατρούς

Ερεθίσματα

- | | |
|---------------|---------|
| ▪ Συμπεριφορά | ▪ Στάση |
|---------------|---------|

B. Ικανοποίηση από τις νοσοκόμες

Ερεθίσματα:

- Συμπεριφορά
- Στάση

Γ. Ικανοποίηση από το βοηθητικό προσωπικό (φυσιοθεραπεία, εργαστήρια κ.ά.)

Ερεθίσματα:

- Συμπεριφορά

8. Ικανοποίηση από προσωπικούς σωματικούς παράγοντες

Ερεθίσματα /Κρίση :

- Εμπειρία πόνου (συχνότητα και ένταση)
- Σωματική άνεση κατά τη διάρκεια της παραμονής
- Χειρισμός πόνου (π.χ. τα φάρμακα την κατάλληλη ώρα)
- Υποστήριξη με αναπηρικό εξοπλισμό (π.χ. κάγκελα, μπάρες)

9. Ικανοποίηση από την έξοδο

Ερεθίσματα:

- Έντυπα
- Πληροφορίες για τη φροντίδα στο σπίτι
- Χρόνος εξόδου
- Διευθέτηση κατάλληλου περιβάλλοντος στο σπίτι

10. Ικανοποίηση από το λογαριασμό

Ερεθίσματα:

- Οικονομική αντοχή
- Φροντίδα για τους άπορους

11. Ικανοποίηση από την κλινική θεραπεία

Ερεθίσματα/Κρίση:

- Διαδικασίες που γίνονται χωρίς πόνο
- Ολοφάνερη λογική για την παρεχόμενη θεραπεία
- Διαδικασίες που γίνονται αποτελεσματικά
- Επίπεδα άνεσης και πόνου
- Προσωπικό που φάνηκε γνώστης της αρρώστιας του ασθενή
- Προσδοκίες για την πορεία της αρρώστιας

12. Ικανοποίηση από τα αποτελέσματα της φροντίδας του ασθενή

Ερεθίσματα/Κρίση:

- Καλύτερα ή χειρότερα
- Μέτρα της ποιότητας ζωής

- Επίπεδα πόνου πριν και μετά τη θεραπεία
- Ψυχολογικά επακόλουθα της φροντίδας - περισσότερο ασφαλής, περισσότερο υπό έλεγχο, λιγότερο αβέβαιος.

Αυτός ο κατάλογος μπορεί φυσικά να επεκταθεί και να συμπεριλάβει και άλλα κίνητρα και όψεις της ικανοποίησης. Το σημαντικό είναι ότι η ικανοποίηση του ασθενή πρέπει να βλέπετε σαν μια πολυδιάστατη αντίληψη.

Οι καταναλωτές στο δικό τους μυαλό είναι ικανοί να εκφράσουν ξεκάθαρα μια μοναδική και ολοκληρωμένη εκτίμηση για την εμπειρία τους στη φροντίδα της υγείας.. Αλλά όμως αυτή η έννοια της ολοκληρωμένης εκτίμησης μπορεί να ποικίλει από ασθενή σε ασθενή, για να γενικεύσει τις πληροφορίες που είναι και χρήσιμες και αξιόπιστες. Για μερικούς ασθενείς η αναμονή των 2 ωρών για να δουν το γιατρό μπορεί να είναι αυτό που κάνει όλα τα συναισθήματα της ικανοποίησης ή της δυσαρέσκειας τους να οδηγούνται ανάλογα.

Γι' άλλους, μπορεί να είναι η ευαίσθητη και με ενδιαφέρον μαθητευόμενη νοσοκόμα, η οποία ήταν πολύ προστατευτική κατά τη διάρκεια της παραμονής τους.

Με άλλα λόγια, η "ολοκληρωμένη ικανοποίηση" για έναν ασθενή μπορεί να μη σημαίνει το ίδιο πράγμα όπως η "ολοκληρωμένη ικανοποίηση" για έναν άλλο. Στην πραγματικότητα θα υπήρχε ένας ατελείωτος αριθμός εξηγήσεων στις ιδέες του ασθενή για την "ολοκληρωμένη ικανοποίηση".

Η κύρια πρόκληση στη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή, είναι να προσδιοριστούν οι όψεις της ικανοποίησης του ασθενή και τα πιθανά ερεθίσματα, οι κρίσεις καθώς και οι μεσολαβητές της εμπειρίας και της διάθεσης που επηρεάζουν αυτές τις αντιδράσεις.

Συμπερασματικά, η πρόκληση για να εκτιμήσουμε την ικανοποίηση του ασθενούς έγκειται στο να προσδιορίσουμε τι είναι αυτό που σκέφτονται και αισθάνονται οι ασθενείς και γιατί σκέφτονται και αισθάνονται κατ' αυτόν τον τρόπο: η αιτιολογική διαδικασία. Οι ποσοτικές και ποιοτικές μεθοδολογίες θα μας βοηθήσουν να επιτύχουμε αυτό το σκοπό.

2.6.3 Χρησιμοποιώντας με θετικό τρόπο τις πληροφορίες για την ικανοποίηση του ασθενή

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή είναι καταδικασμένη σε ξαφνικό και τραγικό θάνατο αν οι πληροφορίες που συγκεντρώνονται, αντιμετωπίζονται από το προσωπικό νοσηλείας σαν να πρόκειται να χρησιμοποιηθούν πρωταρχικά για τιμωρικούς σκοπούς.

Η μέτρηση ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί για τη διοίκηση του οργανισμού ένα σημαντικό εργαλείο, αλλά θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί με απόλυτη προσοχή. Ο διευθυντής νοσηλείας μπορεί να έχει σχετικά σταθερές πληροφορίες για έναν από τους πιο σημαντικούς, εξωτερικούς δείκτες ποιότητας.

Η πληροφόρηση είναι δύναμη και ο πειρασμός να δοκιμάσει κανείς τη δύναμη του είναι μεγάλος, είναι επίσης και δυναμικά καταστροφικός.

Έχοντας αυτό κατά νου, οι διευθυντές πρέπει να χρησιμοποιούν τα στοιχεία ικανοποίησης του ασθενή πρωταρχικά για να :

- Επιδίδουν στους εργαζομένους την ευθύνη της δικής τους υψηλής ποιότητας απόδοσης - κι όχι μόνο να καταγράφουν χαμηλή αποδοτικότητα.
- Να βοηθούν τα άτομα του προσωπικού να εντοπίσουν τρόπους βελτίωσης της απόδοσης τους - όχι να επικρίνουν και να κατηγορούν άλλα άτομα του προσωπικού για χαμηλότερα από τα επιθυμητά αποτελέσματα ικανοποίησης του ασθενή.
- Να βοηθούν τα άτομα του προσωπικού να εντοπίζουν αυτά που κάνουν σωστά και να τα ανταμείβουν γι' αυτά - όχι να εντοπίζουν ποιοι μπορούν να απομονωθούν, να περάσουν απαρατήρητοι και χωρίς αναγνώριση επειδή το προσωπικό κάνει καλή δουλειά.
- Να βοηθούν στη βελτίωση της ποιότητας της προσφερόμενης νοσηλείας – όχι απλά να διορθώνουν βιαστικά τα πράγματα έτσι ώστε να συνεχίσουν να υπάρχουν κάποια ελάχιστα αποδεκτά δεδομένα αποδοτικότητας.

Αυτό δε σημαίνει ότι οι διευθυντές θα πρέπει να ανέχονται χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης του ασθενή από το προσωπικό - σαφώς και δεν πρέπει. Ωστόσο πρέπει να υιοθετούν στρατηγικές διοίκησης με θετικό ανθρώπινο χαρακτήρα πριν τιμωρηθούν υπάλληλοι για χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης του ασθενή. Διαφορετικά, το σύστημα για τη μέτρηση ικανοποίησης του ασθενή θα είναι καταδικασμένο σε αποτυχία.

2.6.4 Μερικοί τρόποι χρήσης των στοιχείων ικανοποίησης του ασθενή

Προγράμματα στόχων

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή μπορεί να χρησιμοποιηθεί σε προγράμματα στόχων τα οποία, με τη σειρά τους επίσης, μπορούν να καταλήξουν σε υψηλότερη αποτελεσματικότητα της εργασίας. Για παράδειγμα, τα γκρουπ των εργαζομένων μπορούν να θέσουν στόχους απόδοσης για την ικανοποίηση των ασθενών, για τον εαυτό τους και μετά να εκτιμήσουν, σε μια μηνιαία ή τριμηνιαία βάση, πως τα έχουν πάει. Μ' αυτόν τον τρόπο, η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή γίνεται ένα όργανο οργανωτικής ανάπτυξης. Και πάνω απ' αυτό, τα στάνταρτς της αποτελεσματικότητας της ικανοποίησης του ασθενή, θα πρέπει να "δεθούν" με όλο το ποιοτικό σύστημα του οργανισμού.

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή οδηγείται με τέλειο σχεδόν τρόπο στην επίτευξη των στόχων αποδοτικότητας πάνω στο θέμα της ικανοποίησης του.

Πρόταση για την εφαρμογή των ακόλουθων στρατηγικών στο Νοσοκομείο

Ο προγραμματισμός των στόχων για την ικανοποίηση του ασθενή θα πρέπει να αποτελεί μέρος ενός γενικού στρατηγικού σχεδίου του νοσοκομείου ή της κλινικής. Η επίτευξη των στόχων για την ικανοποίηση του ασθενή θα πρέπει να αποτελεί εσωτερικό στοιχείο της διαδικασίας Διοίκησης - Σχεδιασμού. Πρέπει να ορίζονται στόχοι για την προσπάθεια ικανοποίησης του ασθενή, όπως επίσης και πρέπει να προσδιορίζονται συγκεκριμένα σχέδια δράσης για την επίτευξη αυτών των στόχων. Οι δυνατότητες μέτρησης του βαθμού εφαρμογής αυτών των σχεδίων δράσης θα πρέπει επίσης να καθορίζονται.

Οι στόχοι ικανοποίησης του ασθενή πρέπει να είναι ενσωματωμένοι στο στρατηγικό σχέδιο της διοίκησης.

Ο προγραμματισμός των στόχων θα πρέπει να ακολουθεί πορεία τόσο "καθοδική" (από τους προϊσταμένους στους υφισταμένους), όσο και "ανοδική" (από τους υφισταμένους στους προϊσταμένους).

Ξεκινώντας με το στρατηγικό σχέδιο, η γενική διεύθυνση νοσηλείας πρέπει να αναπτύξει γενικούς στόχους για την ικανοποίηση του ασθενή ("καθοδική" πορεία). "Καθοδική" δε σημαίνει μια μονομερής διαδικασία επιλογής αποφάσεων. Είναι σαφές ότι η συμμετοχή από

όλα τα επίπεδα του οργανισμού πρέπει να είναι δεδομένη πριν προγραμματιστούν αυτοί οι στόχοι.

Συνεπώς οι διευθυντές και οι υποδιευθυντές θα πρέπει να αναπτύξουν στόχους ικανοποίησης του ασθενή, σε επίπεδο μονάδας, που να σχετίζονται μ' εκείνους που ορίστηκαν μέσω του στρατηγικού σχεδίου και από τη γενική Διεύθυνση - Διοίκηση. Επίσης το προσωπικό που δεν ανήκει στην ομάδα των διευθυνόντων - συμβούλων θα πρέπει να συμμετέχει στη διαδικασία προγραμματισμού στόχων.

Ο προγραμματισμός των στόχων θα πρέπει να είναι συνδυαστικός

Η προσδοκία των μελών του προσωπικού νοσηλείας είναι ότι θα αποτελέσουν κι αυτοί μέρος της διαδικασίας επιλογής αποφάσεων, της οποίας ο προγραμματισμός στόχων αποτελεί μέρος. Επομένως ο μονομερής προγραμματισμός στόχων είναι πιθανό να προκαλέσει κυρίως έχθρα παρά μια αίσθηση υποχρέωσης. Επιπλέον, ο συνδυαστικός προγραμματισμός στόχων θα πρέπει να περιλαμβάνει και τους μη διευθύνοντες εργαζόμενους. Όπως τονίστηκε προηγουμένως, ολόκληρο το προσωπικό νοσηλείας θα πρέπει, κατά κάποιο τρόπο, να συμμετέχει στη διαδικασία.

Οι προσπάθειες για την επίτευξη των στόχων πρέπει να επιθεωρούνται σε συνεχή βάση

Όλοι οι υπάλληλοι του προσωπικού νοσηλείας θα πρέπει να λαμβάνουν συνεχώς πληροφορίες για τις προσπάθειες τους όσον αφορά την ικανοποίηση του ασθενή, στα πλαίσια της δικής τους μονάδας καθώς επίσης και στα γενικότερα πλαίσια του οργανισμού. Οι πληροφορίες μπορούν να διαδοθούν μέσω αναφορών, ομαδικών συνελεύσεων, και άλλων παρόμοιων τρόπων.

Πρέπει να δημιουργούνται δυνατότητες για την τροποποίηση των στόχων

Οι καθορισμένοι στόχοι δε θα πρέπει να γίνουν αυστηροί και άκαμπτοι σκοποί που δεν μπορούν να τροποποιηθούν. Απρόσμενα ενδεχόμενα μπορούν να εμφανιστούν και να απαιτούν τακτοποίηση μέσα στο πέρασμα του χρόνου. Οι ευθύνες απέναντι στον ασθενή μπορεί να αυξηθούν, και μπορεί να εισαχθούν πιο άρρωστοι ασθενείς σε ποσοστό υψηλότερο από το συνηθισμένο. Αυτό δε σημαίνει ότι οι στόχοι πρέπει να τροποποιούνται σε

καθημερινή βάση. Ωστόσο, η ευελιξία πρέπει να προηγείται της ακαμψίας και της αυστηρότητας.

Έμφαση στην πρόοδο των στόχων ανάλογη με την έμφαση στην επίτευξη των στόχων

Μολονότι η επίτευξη των στόχων είναι πολύ σημαντική, η βελτίωση όσον αφορά σκοπούς που είχαν καθοριστεί σε προηγούμενα στάδια μπορεί να είναι ακόμα πιο σημαντική. Οποσδήποτε, η έμφαση αυτή σχετίζεται με τη θετική φιλοσοφία της ικανοποίησης του ασθενή που αναφέρθηκε προηγουμένως. Επιπροσθέτως, είναι σχετική με ένα πρόσφατο προβληματισμό πάνω στην ποιότητα της οργάνωσης - διοίκησης και τη συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Οι προσπάθειες επίτευξης στόχων θα πρέπει να μοιράζονται με άτομο να γεννούν τη συνεργασία και όχι τον ανταγωνισμό

Θα ήταν λάθος να καθόταν κάτω ο "X" Διευθυντής του "X" τμήματος και να σύγκρινε τα αποτελέσματα ικανοποίησης του ασθενή της μονάδας του με τα αποτελέσματα άλλων αυτονόμων νοσηλευτικών μονάδων. Μια τέτοια σύγκριση θα δημιουργούσε το τέλειο μέσο για ένα μη υγιή ανταγωνισμό μέσα στον οργανισμό. Το να δοθεί στο διευθυντή πως τα πήγε η "X" μονάδα σε σχέση με άλλες νοσηλευτικές μονάδες θα ήταν μια καλή στρατηγική, παρόλο που και πάλι θα μπορούσε να προκληθεί κάποιος ανταγωνισμός. Η καλύτερη στρατηγική θα ήταν να δοθούν σ' αυτό το διευθυντή τα αποτελέσματα των προσπαθειών της μονάδας του για την ικανοποίηση του ασθενή βάσει μιας χρονικής διάρκειας - για παράδειγμα τα αποτελέσματα για τα τελευταία 4 τρίμηνα. Η καλύτερη σύγκριση είναι με τον εαυτό της στο πέρασμα του χρόνου. Ένα πόρισμα που εξάγεται από τα παραπάνω είναι ότι το καλύτερο πρόσωπο (μονάδα) για να συναγωνιστούμε είναι ο εαυτός μας (η ίδια η μονάδα) μέσα στο πέρασμα του χρόνου. Ο αντικειμενικός στόχος μετατρέπεται σε βελτίωση, κι όχι σε νίκη εις βάρος κάποιου άλλου. Η θεωρία της συμπεριφοράς στα πλαίσια της οργάνωσης θεωρεί ότι ο προγραμματισμός των στόχων "λειτουργεί" διότι επικεντρώνει την προσοχή των εργαζομένων, τους βοηθά να δίνουν προτεραιότητες στις δραστηριότητες τους και απαιτεί απ' αυτούς να σκέφτονται με τρόπο στρατηγικό. Η δυνατότητα της χρησιμοποίησης των μετρήσεων ικανοποίησης του ασθενή μ' αυτόν τον τρόπο δε θα πρέπει να πάει χαμένη !

Οι προσπάθειες των εργαζομένων πέρα από τον καθορισμό στόχων.

Αρκετά Νοσοκομεία στην Ευρώπη και Αμερική ερευνούν τρόπους για να ενσωματώσουν τη μέτρηση ικανοποίησης του ασθενή μέσα στο σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων τους. Αυτή η ενσωμάτωση αποτελεί μία έξοχη χρήση του οργάνου μέτρησης για τους ακόλουθους λόγους.

1. Αυξάνει τη γνησιότητα της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό.
2. Αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλών επιπέδων αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή.
3. Προσφέρει στους διευθυντές ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια.
4. Προσφέρει μία εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία.
5. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι διευθυντές.
6. Κατευθύνει το προσωπικό νοσηλείας - τόσο εντός όσο και εκτός κλινικής - να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του.

Οι εκτιμήσεις της αποδοτικότητας, το γεγονός και μόνο ότι το προσωπικό νοσηλείας γνωρίζει ότι ελέγχεται και εκτιμώνται (ποσοτικά και ποιοτικά) οι προσπάθειες του, μπορεί να βοηθήσει στη βελτίωση των ατομικών επιπέδων αποδοτικότητας.

Σε μία εποχή που οι διευθυντές νοσηλείας ψάχνουν τρόπους για να ενδυναμώσουν την αποδοτικότητα στη δουλειά, η μέτρηση ικανοποίησης του ασθενή αποτελεί μία εξαιρετικά εφικτή μέθοδο.

Άλλες χρήσεις της έρευνας ικανοποίησης του ασθενή

Η μέτρηση ικανοποίησης του ασθενή προσφέρει στους διευθυντές νοσηλείας μία θαυμάσια ευκαιρία να εκτιμήσουν τις δυνατότητες εφαρμογής και την αποτελεσματικότητα των δικών τους αποφάσεων και των τρόπων επίλυσης των όποιων προβλημάτων.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

3.1. Γενικά

Η ποιότητα της περίθαλψης και η διασφάλισή της (quality assurance) βρίσκονται στο επίκεντρο της προσοχής στα σύγχρονα συστήματα υγείας. Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό υγείας, η ποιότητα της περίθαλψης εξασφαλίζεται από την ικανότητα και την αποτελεσματικότητα των επαγγελματιών της υγείας οι οποίοι χρησιμοποιούν τις άριστες και πιο ασφαλείς τεχνολογίες κατά τρόπο ενδεδειγμένο και παραγωγικό με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών (WHO, 1993). Έγκυρος δείκτης μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών από την πλευρά των ασθενών, είναι ο βαθμός της ικανοποίησης που απολαμβάνουν από τις υπηρεσίες υγείας. Υπό την έννοια αυτή η διερεύνηση της γνώμης των ασθενών και η μέτρησή της είναι συστατικό στοιχείο αποτίμησης της ποιότητας που οφείλει κάθε υγειονομικός οργανισμός να πραγματοποιεί σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Μέχρι σήμερα, η έννοια της ποιότητας δεν έχει επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μια έννοια νεφελώδεις (Bond & Thomas 1991) ή ακόμα και ένα άπιαστο όνειρο. Η έννοια της ποιότητας είναι πολυδιάστατη και σύνθετη.

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 την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (Donabedian 1980). Όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος με τον οποίο η ιατρική και 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 για να αναπτυχθούν. Αυτό σημαίνει ότι η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας.

Εξάλλου σε μια έρευνα στην οποία μελετήθηκαν οι απόψεις του προσωπικού για τη φροντίδα βρέθηκε ότι το διοικητικό προσωπικό επικεντρώθηκε στην έλλειψη πληροφόρησης ως βασική έλλειψη της φροντίδας, το ιατρικό προσωπικό στην απασχόληση του νοσηλευτικού

προσωπικού με τη γραφική εργασία, ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό στα αίτια που αποκρίνουν 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 η κοινωνία δίνει περισσότερη έμφαση στην κατανομή και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

3.2 Καθορίζοντας την ποιότητα φροντίδας

Για να καθορίσουμε την ποιότητα της φροντίδας απαιτείται ένα ορισμός των χαρακτηριστικών γνωρισμάτων της ποιότητας που παρέχεται, καθώς και των κριτηρίων που συνιστούν την καλή φροντίδα (Donabedian 1980). Αν και η διαχείριση της ασθένειας απαιτεί πολλούς τύπους δραστηριοτήτων, είναι δυνατό να τις χωρίσουμε σε δύο σφαίρες επιρροής: την τεχνική και τη διαπροσωπική.

Ο Donabedian (1980) έχει καθορίσει την τεχνική φροντίδα ως "την εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας της ιατρικής και από τις άλλες επιστήμες της υγείας, στη διαχείριση των προσωπικών προβλημάτων υγείας". Οι διαπροσωπικές απόψεις της φροντίδας έχουν σχέση με τις κοινωνικο-ψυχολογικές απόψεις της αλληλεπίδρασης γιατρού-ασθενή. Ο Donabedian έχει επίσης αναφερθεί σε ένα τρίτο στοιχείο της φροντίδας: "τους καλούς τρόπους".

Αν και ο καθορισμός του τι συνθέτει την ποιότητα της τεχνικής φροντίδας είναι περίπλοκος, υπάρχει ένα καλά ανεπτυγμένο τμήμα από γνώσεις σ' αυτόν τον τομέα. Παρ' όλα αυτά αυτό που συχνά παραβλέπεται, είναι ότι οι ασθενείς μπορούν να παίξουν ένα σημαντικό ρόλο στο να οριστεί τι συνθέτει την ποιοτική φροντίδα, με το να καθορίσουν τι αξίες θα σχετιστούν με διαφορετικά αποτελέσματα. Είναι δύσκολο να ορίσεις τι συνθέτει την ποιοτική διαπροσωπική φροντίδα, αλλά πρωταρχικά, αυτό θα πρέπει να συναντήσει κοινωνικά καθορισμένα υποδείγματα για τους τρόπους που τα άτομα θα πρέπει να αλληλεπιδρούν. Παρ' όλα αυτά, είναι το ίδιο σημαντικό να λάβουμε υπόψη μας ότι η ποιότητα των διαπροσωπικών αλληλεπιδράσεων ίσως επηρεάσει την ποιότητα της τεχνικής φροντίδας που παρέχεται.

Ο Donabedian έχει περιγράψει τρεις προσεγγίσεις για την εκτίμηση της ποιότητας- παρατήρηση της υποδομής, διαδικασία και αποτέλεσμα, η υποδομή αναφέρεται στα σχετικά, σταθερά χαρακτηριστικά των προμηθευτών της φροντίδας, στις πηγές τους, τις φυσικές-σωματικές συνθήκες και τις συνθήκες του οργανισμού μέσα στις οποίες δουλεύουν.

Η πραγματική πορεία της φροντίδας είναι το πρωταρχικό αντικείμενο της εκτίμησης, αλλά η κρίση για την ποιότητα βασίζεται πάνω σ' αυτά που είναι γνωστά για τις σχέσεις ανάμεσα στη

διαδικασία και στις συνέπειες της διαδικασίας για την υγεία και την ευημερία των ατόμων και της κοινωνίας. Η ποιότητα της πορείας της φροντίδας είναι χωρισμένη σε μέρη από κανόνες της επιστημονικής ιατρικής, των ηθών και αξιών της κοινωνίας.

Το αποτέλεσμα αναφέρεται σε μία αλλαγή της τωρινής και μελλοντικής υγείας ενός ασθενή που μπορεί να αποδοθεί σε προηγούμενη φροντίδα της.

Πολλοί θεωρούν τις μετρήσεις των εκροών ως τους πιο αξιόπιστους δείκτες της ποιότητας της υγείας, αλλά οι εκτιμήσεις, ειδικά της νοσοκομειακής φροντίδας, τείνουν να εστιάζονται στην υποδομή ή τη διαδικασία.

Τα πιο συνηθισμένα διαθέσιμα αποτελέσματα από μετρήσεις - όπως ο θάνατος - είναι συνήθως πολύ σπάνια ώστε να είναι ικανά να ανακαλύψουν μικρές διαφορές στη φροντίδα και συχνά εμφανίζονται πολύ αργότερα από τη φροντίδα, για να είναι χρήσιμα. Επιπλέον, οι παραλλαγές στο θάνατο και οι σοβαρές επιπλοκές εξηγούνται συνήθως αρκετά από τις διαφορές που αναμειγνύονται σε κάθε περίπτωση και από άλλους παράγοντες που δε σχετίζονται με τη διαδικασία της φροντίδας.

Η εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας, με αξιοπιστία και εγκυρότητα, είναι η εστία προσοχής τα τελευταία 20 χρόνια. Σήμερα, οι περισσότεροι πιστεύουν ότι η ποιότητα της φροντίδας είναι μια πολυδιάστατη αντίληψη, που προσδιορίζεται από πολλαπλούς δείκτες. Τα τελευταία χρόνια η ικανοποίηση του ασθενή έχει προστεθεί σ' αυτή τη λίστα ποιοτικών δεικτών.

Ο Donabedian(1980) υποστηρίζει ότι η ύστατη επιβεβαίωση της ποιότητας της περίθαλψης είναι η αποτελεσματικότητα της στο να πετύχει υγεία και ικανοποίηση. Ο Ware et al(1978) υποδεικνύουν ότι η έμφαση που δίνεται στην ικανοποίηση του ασθενούς είναι σε συμφωνία με μία ευρύτερη τάση να υποστηρίζονται τα άτομα εκείνα που παρέχουν σημαντικές υπηρεσίες στους καταναλωτές τους με πιο υπεύθυνο τρόπο. Εντούτοις όμως, όπως αναφέρει ο Reeder(1972), η σπουδαιότητα των μελετών σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενούς υπερβαίνει την ευθύνη που "βαρύνει" αυτούς που παρέχουν υπηρεσίες και μάλλον "προαναγγέλλει" μία σημαντική έκβαση - τη συμμετοχή του πολίτη στη φροντίδα υγείας.

Ο Vuori(1987) αναφέρει ότι οι ασθενείς ίσως να μην είναι αντικειμενικοί εκτιμητές, διότι οι σκοποί της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο μπορεί να είναι εντελώς διαφορετικοί απ' αυτούς του νοσοκομείου. Εντούτοις όμως, ο Vuori, πιστεύει πράγματι ότι, δεδομένου ενός αποτελεσματικού οργάνου, η αντίληψη του ασθενούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μία αντιπροσωπευτική εκτίμηση μερικών ποιοτικών πλευρών της περίθαλψης, και ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι το κλειδί της επίτευξης των στόχων, της φροντίδας υγείας (π.χ. αυξημένη υπακοή στη θεραπευτική αγωγή). Άλλα εμπόδια που πρέπει να σκεφτούμε

είναι η έλλειψη ανέσεως και η δυσαρέσκεια του ασθενούς που έχουν σχέση με τη χρήση μεθόδων παραβίασης (δικαιωμάτων), αντιπαραθέσεις σχετικά με την αλλαγή τρόπου ζωής, και την εικόνα του εαυτού του.

Υπάρχουν τουλάχιστον δύο παράγοντες που έχουν συμβάλει στο να ανορθωθεί η θέση της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή στη μέτρηση για την ποιότητα της φροντίδας.

Κατά πρώτο λόγο, ο ορισμός της ποιότητας έχει επεκταθεί έτσι ώστε να συμπεριλαμβάνει πολλές πλευρές παροχής υπηρεσιών όσον αφορά την περίθαλψη - άμεση ανταπόκριση, ευγένεια (ευγενικοί τρόποι συμπεριφοράς), αξιοπρέπεια, διατήρηση του απόρρητου, ευαισθησία, ώρες αναμονής κ.ο.κ.

Δεύτερον, είναι κοινή πρακτική στους περισσότερους νοσηλευτικούς οργανισμούς των αναπτυγμένων χωρών να ζητείται η γνώμη των ασθενών, η οποία τις περισσότερες φορές είναι καθοριστική για τη δράση του μανάτζμεντ των υπηρεσιών υγείας (Ford et al, 1997). Στην χώρα μας επίσης τα τελευταία χρόνια άρχισαν να δημοσιεύονται αντίστοιχες έρευνες διερεύνησης της γνώμης των ασθενών για νοσοκομεία (Νιάκας και Γναρδέλλης, 2000), οι οποίες αποτελούν οδηγό για τις διοικήσεις των νοσοκομείων.

Ο ασθενής δεν θεωρείται πλέον ένας αφελής και απληροφόρητος παρατηρητής της ποιότητας της φροντίδας της υγείας που του παρέχεται. Οι managers της φροντίδας της υγείας ακούνε τις γνώμες των ασθενών για το πόσο ικανό είναι το προσωπικό, αν το προσωπικό συμπεριφέρεται επαγγελματικά και περισσότερο πως πραγματοποιήθηκε η θεραπεία.

Με τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή, έχει προστεθεί μια ολόκληρη καινούργια προοπτική στη φόρμουλα της ποιότητας της φροντίδας.

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή μπορεί επίσης να συμβάλει σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας, διότι ο ασθενής μπορεί συχνά να βρει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες το management δεν έχει αγγίξει. Το management μπορεί να γνωρίζει για παράδειγμα, ότι η διαδικασία της εισαγωγής είναι αργή, Παρ' όλα αυτά μπορεί να μην αντιλαμβάνεται το βάθος και το πόσο έντονο είναι το πρόβλημα ή το πόσο επιβλαβές μπορεί να είναι αυτό για το καλό του ασθενή, μέχρι να διαβάσουν ένα σχόλιο από το γκάλοπ της ικανοποίησης του ασθενή.

Όταν αυτό το είδος του σχολίου γίνεται ένα κοινό συμβάν, η διοίκηση ξέρει ότι υπάρχει ένα μεγάλο πρόβλημα στις εισαγωγές και θα πρέπει να λυθεί. Κάποιος θα μπορούσε να πει ότι μόνο ένα σχόλιο σαν και αυτό είναι ένα πρόβλημα.

Η ποιότητα της φροντίδας επίσης μπορεί να βελτιωθεί διότι νεωτεριστικές ιδέες για βελτίωση συχνά προσφέρονται από ασθενείς στα γκάλοπ της Ικανοποίησης (Eriksen 1987). Το σύστημα της φροντίδας της υγείας σ' αυτή τη χώρα δεν είναι πλέον μονόδρομος,

δεν είναι μια απλή σχέση που αρχίζει μ' αυτόν που παρέχει και καταλήγει στον καταναλωτή. Είναι μια αμοιβαία σχέση την οποία ο οργανισμός που παρέχει υπηρεσίες υγείας πρέπει να καλλιεργήσει για να διατηρήσει και να βελτιώσει την ποιότητα. Οι οργανισμοί της υγείας που δεν πιστεύουν ότι αυτά που έχουν να πουν οι ασθενείς αξίζουν, ζουν σε σκοτεινά χρόνια για το management της φροντίδας της υγείας, θα πρέπει να ξεφύγουμε από το παλιό ρητό "Ο γιατρός (προμηθευτής) ξέρει καλύτερα" - αληθινό μόνο από μία στενόμυαλη αντίληψη.

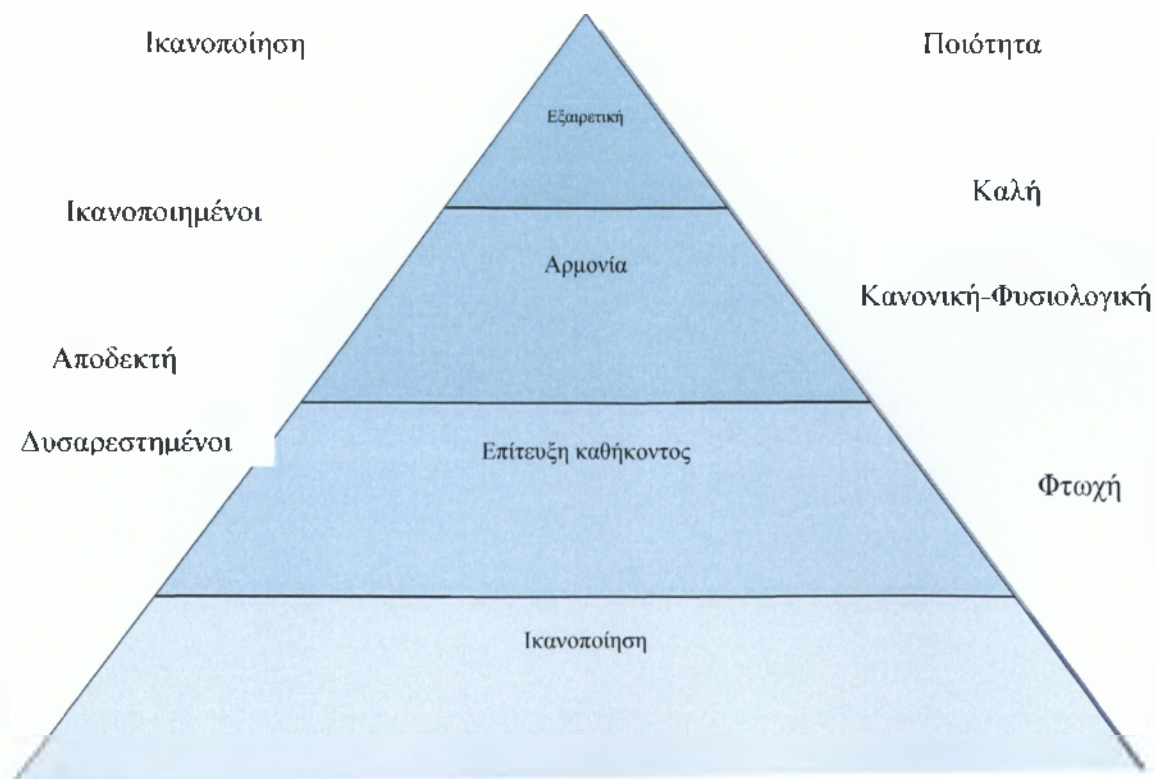
3.3. Ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση

Ποιότητα και ικανοποίηση είναι δύο ξεχωριστά πράγματα αλλά ταυτόχρονα αλληλένδετα. Πώς συνδέονται η ποιότητα με την ικανοποίηση;

Ο Peter KLAUS(1985) έδωσε μία απάντηση σ' αυτό το ερώτημα με το μοντέλο του που ήταν σχετικό με τις αντιλήψεις όσον αφορά την εξυπηρέτηση. Τοποθετημένο δίπλα στην ιεραρχία του Maslow για τις ανθρώπινες ανάγκες (Σχήμα 3.3.1).

Στο μοντέλο του KLAUS κάθε βαθμίδα από κάτω προς τα πάνω αντιπροσωπεύει τις απαιτήσεις προς ικανοποίηση πριν να κινηθεί προς τις επόμενες βαθμίδες. Κάθε βαθμίδα έχει υψηλότερες απαιτήσεις από την προηγούμενη της, και η προοδευτική άνοδος σε υψηλότερες βαθμίδες σημαίνει και μεγαλύτερη ικανοποίηση, θα επεκταθούμε κάπως, πέρα από την αρχική πρόθεση του Klaus με το να ενσωματώσουμε κάπως, την ποιότητα σ' αυτό το μοντέλο επίσης.

Σχήμα 3.3.1.: Πυραμίδα Ικανοποίησης που οικοδομεί την άντληση Ποιότητας



Κεντρικό στοιχείο στο μοντέλο του Klaus και του προτεινόμενου μοντέλου είναι μία εκτίμηση της ποιότητας, της ικανοποίησης και των απαιτήσεων που έχουν οι πελάτες. Το βασικότερο επίπεδο απαιτήσεων συνεπάγεται απλά την "εξέταση των αιτημάτων" ή, όπως ο KLAUS λέει την ύπαρξη κάποιας αναλογίας. Αυτό είναι μία μάταιη τελετή χωρίς καμία αναμενόμενη παροχή υπηρεσίας με αποτέλεσμα τη δυσαρέσκεια και την αντίληψη της κακής ποιότητας. Ακόμα και ένας κατσούφης γιατρός μπορεί να κάνει καλά τη δουλειά του, χωρίς όμως αυτό να σημαίνει ότι ο ασθενής είναι ικανοποιημένος.

Η επίτευξη του καθήκοντος θεωρείται ως αποδεκτά ικανοποιητική και λαμβάνει μία "φυσιολογική" εκτίμηση από τον πελάτη. Ένα παράδειγμα επίτευξης καθήκοντος θα αποτελούσε το γεγονός, ο ασθενής να εξετάζεται πράγματι από το γιατρό στα πλαίσια ενός προγραμματισμένου ραντεβού και ο γιατρός να φαίνεται λογικά ικανός.

Οι περισσότεροι πελάτες έχουν συναισθηματικές ανάγκες για στοργή ή έλεγχο, και αυτές είναι δυνατόν να θεωρηθούν σαν μεγαλύτερες προσδοκίες από τον παρέχοντα υπηρεσίες Υγείας. Οι πελάτες θα είναι πραγματικά ικανοποιημένοι όταν ο γιατρός δείχνει ενδιαφέρον, ακούει και καλλιεργεί μια ειλικρινή σχέση. Στην πραγματικότητα αυτό θεωρείται "καλή" ποιότητα όπως επίσης και ικανοποίηση.

Σ' αυτό το σημείο ο Klaus ολοκλήρωσε την πυραμίδα του, αλλά θα μπορούσαμε να υποθέσουμε ότι σε μία ανταγωνιστική αγορά, υπάρχει χώρος για ένα ακόμα επίπεδο - το χορηγό ο οποίος ξεπερνάει τις προσδοκίες. Μια τέτοια εξαιρετική υπηρεσία φθάνει πέρα από το να διατηρείται απλά η επίσκεψη στο γραφείο ή να επιδεικνύεται μία αποδεκτή ήρεμη και καθησυχαστική συμπεριφορά, θα μπορούσε να σημαίνει ότι ο ασθενής θα εξετάζεται μόλις φθάνει στο νοσοκομείο, ότι θα ερωτάται για περισσότερα πράγματα και όχι μόνο για τα συγκεκριμένα συμπτώματα που τον έκαναν να επισκεύσει την επίσκεψη του, ότι θα του προσφέρεται περίθαλψη. Τέτοια παραδείγματα εξυπηρέτησης υπερβαίνουν την απλή ικανοποίηση και κινούνται σε ένα επίπεδο το οποίο θα χαρακτηρίζαμε ανώτατη ποιότητα.

Το να πραγματοποιηθούν οι προσδοκίες των ασθενών είναι και ο λόγος που υπάρχουν οι υπηρεσίες υγείας. Οι περισσότεροι ασθενείς, σύμφωνα με αναφορές που οι ίδιοι έκαναν είναι ικανοποιημένοι με τις υπηρεσίες που τους παρέχονται στον τομέα της υγείας, αλλά η πρόκληση γίνεται ένας παράγοντας που θα καθορίσει με μεγαλύτερη ακρίβεια αυτό που πραγματικά είναι η ικανοποίηση. Αυτή είναι μία ιδιαίτερη πρόκληση για τους ερευνητές στον τομέα της υγείας διότι η συνολική ικανοποίηση βασίζεται πάνω στην ικανοποίηση σε συγκεκριμένες βαθμίδες και με ειδικούς αρμόδιους της υπηρεσίας.

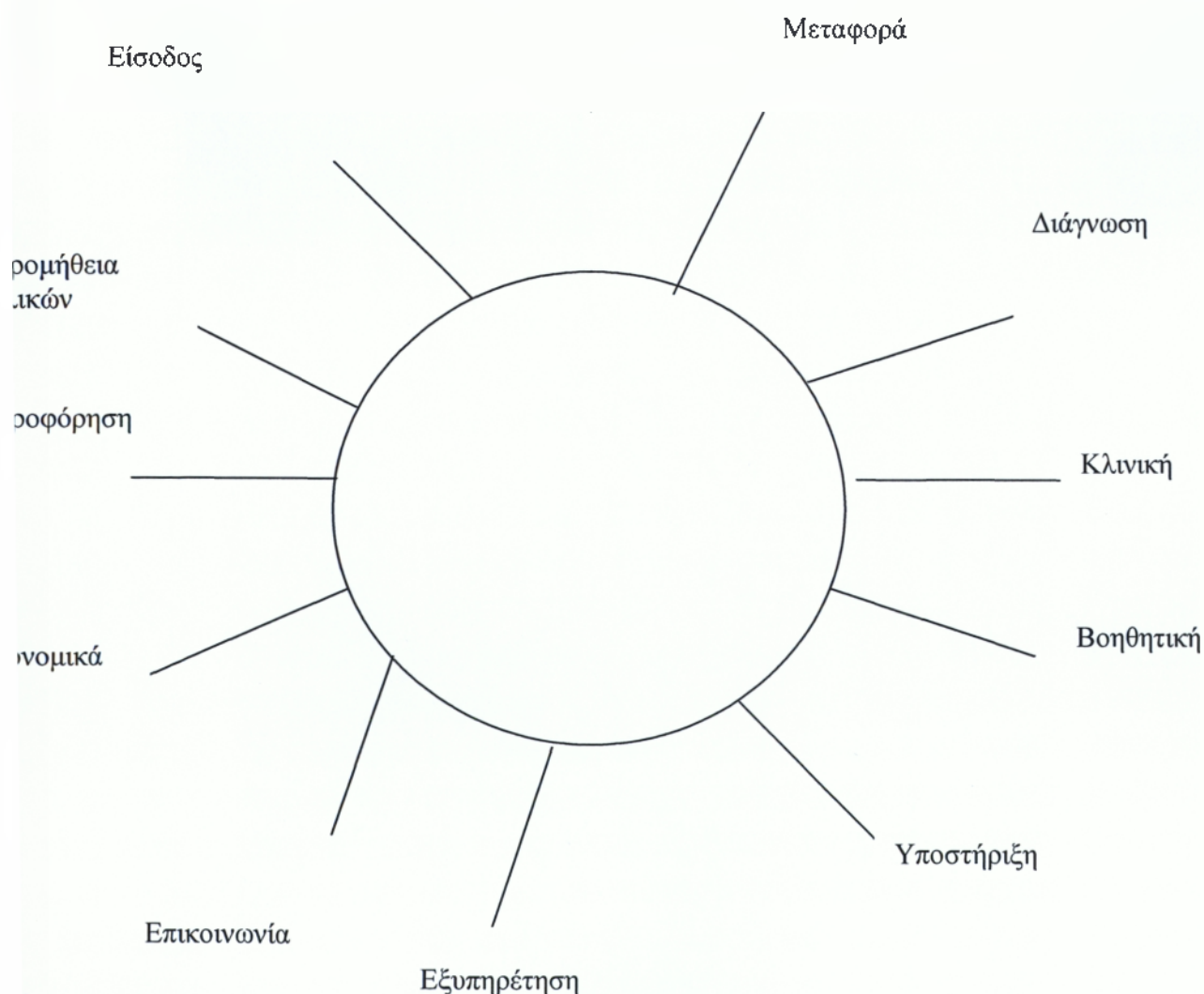
Στη βασική βαθμίδα, η ικανοποίηση είναι μία θετική εκτίμηση συγκεκριμένων διαστάσεων μιας υπηρεσίας που βασίζεται σε προσδοκίες ασθενών και στην αποδοτικότητα του χορηγού. Οι αντιλήψεις των ασθενών όσον αφορά την ποιότητα και την εκφραζόμενη αφοσίωση είναι επίσης αλληλένδετες με την ικανοποίηση.

3.4 Το σύστημα παροχής υπηρεσιών

Η επιτυχής διανομή φροντίδας προς τον ασθενή και η προσωπική διαχείριση σε έναν τομέα φροντίδας της υγείας, απαιτεί ένα ιδιαίτερο είδος ισορροπίας.

Απλοποιώντας το σύστημα παροχής υπηρεσιών σ' ένα τυπικά νοσοκομείο, το οποίο φαίνεται στο σχήμα 3.4.1. Μπορούμε να διαχωρίσουμε τις υπηρεσίες που προσφέρουν "εξυπηρέτηση" στον ασθενή όπως αυτός ή αυτή προχωρά μέσα στο ιατρικό σύστημα.

Σχήμα 3.4.1: Το σύστημα παροχής υπηρεσιών



ΟΙ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΕΙΝΑΙ:

1. *Είσοδος*. Τα δύο περισσότερο κοινά ζητήματα της εισόδου μέσα στο σύστημα είναι η επιτροπή εισόδου στην υπηρεσία και την υπηρεσία επειγόντων περιστατικών.
2. *Μεταφορά*: Αυτό το σύστημα μετακινεί τους ασθενείς από το ένα τμήμα εξυπηρέτησης στο άλλο. Αυτό είναι ευκολία με τους μεταφορείς, και υπαλλήλους χρησιμοποιώντας καροτσάκια.
3. *Διάγνωση*: Εργαστήριο, υπερηχογράφημα, ακτινολογικά τμήματα βρίσκονται μέσα στο διαγνωστικό σύστημα.
4. *Κλινική*. Κλινικές εξυπηρετήσεις εκτελούνται στο πλευρό των ασθενών από το νοσηλευτικό προσωπικό, τους γιατρούς κι άλλους που συσχετίζονται με τους επαγγελματίες στην υγεία.
5. *Βοηθητική*. Καρδιοπνευμονική και ιατρική θεραπεία είναι δύο παραδείγματα της βοηθητικής εξυπηρέτησης.
6. *Υποστήριξη*. Αυτό το σύστημα υποστηρίζει την εκτέλεση της Επιχείρησης. Η Κοινωνική Υπηρεσία (Κοινωνικοί, Λειτουργοί-Ψυχολόγοι) ανήκει στο Υποστηρικτικό Τμήμα.
7. *Εξυπηρέτηση*. η εξυπηρέτηση φαγητού, οικοκυρικής, διατήρηση, πλύση και ασφάλεια είναι τμήματα εξυπηρέτησης και επίσης τα εξιτήρια ανήκουν σ' αυτή την κατηγορία.
8. *Επικοινωνία*: το σύστημα επικοινωνία.; επαναθέτει πληροφορίες διαμέσου τηλεφώνων, κομπιούτερ.
9. *Οικονομικά*: Το σύστημα οικονομικών δημιουργήθηκε για να επακολουθήσει πληρωμή για υπηρεσίες που αποδόθηκαν.
10. *Πληροφόρηση*: Η πληροφορία που αναφέρεται στον ασθενή, για τη δική του ή τη δική της διάγνωση και θεραπεία, διαχειρίστηκε από το ιατρικό τμήμα ιστορικών.
11. *Προμήθεια*: Η κεντρική προμήθεια, φάρμακα και υλικό τμημάτων διαχείρισης είναι μέρος τους συστήματος ώστε να αποκτή τις απαιτούμενες προμήθειες για να εκτελεί τις υπηρεσίες και να συντηρεί το προσωπικό στην εκτέλεση της εργασίας του.

Ο ασθενής είναι στο κέντρο όλης της δραστηριότητας, μέσα στο σύστημα διανομής εξυπηρέτησης. Μία τέτοια παράσταση είναι πολύ χρήσιμη για διαχειριστικούς σκοπούς.

Το σύστημα παροχής υπηρεσιών προσανατολίζει το σκεπτικό της έρευνας σε τρόπους στους οποίους ειδικοί τομείς εξυπηρέτησης μπορεί να προσαρμοστούν έχοντας κατά νου την άποψη του ασθενή. Για παράδειγμα, μετά την άφιξη στο νοσοκομείο του ασθενή, που πρώτη φορά αντιμετωπίζει νοσηλεία σε θάλαμο επειγόντων περιπτώσεων "ο φύλακας της πόρτας"

(θυρωρός) θα του επιτρέψει μια γρήγορη είσοδο μέσα στο Ευρύτερα νοσοκομειακό σύστημα. Κάθε συνάντηση γίνεται μια ευκαιρία για τον ασθενή να εκτιμήσει όχι μόνο την ειδική συνάντηση αλλά το νοσοκομείο σαν μια ολότητα. Μια εκτίμηση για όλο το νοσοκομείο, λοιπόν, θα είναι ένα προϊόν από πολλές ειδικές εκτιμήσεις.

3.5 Ποια είναι η εκτίμηση του πελάτη – ασθενή για την ποιότητα;

Ακριβώς όπως η ικανοποίηση είναι μια εκτίμηση ή μια αντίληψη, που διαμορφώνει ο πελάτης, το ίδιο είναι και το θέμα της ποιότητας σύμφωνα με την ερμηνεία που δίνει ο ίδιος. Παρ' όλο που η ποιότητα γίνεται αντιληπτή και κρίνεται από όλους όσους εργάζονται στους χώρους φροντίδας υγείας (δηλαδή υπαλλήλους, διοίκηση, ρυθμιστές και ασθενείς), θα την εκτιμήσουμε κυρίως από την πλευρά του πελάτη ασθενή.

- **Φροντίδα** : Οι ασθενείς λένε, ότι, ποιότητα σημαίνει καλή συμπεριφορά από το προσωπικό και χαμηλή ποιότητα σημαίνει άσχημη συμπεριφορά του προσωπικού.

- **Ανέσεις** : Ποιότητα είναι η γρήγορη εξυπηρέτηση ή η ακριβής εκτέλεση του προγράμματος και παραπονιούνται ότι κακή ποιότητα είναι η καθυστερημένη εξυπηρέτηση. Αυτές οι διαστάσεις της νοσοκομειακής εμπειρίας - φροντίδα, ανέσεις τονίζουν το γεγονός ότι παρ' όλο που πολλοί ασθενείς είναι πρόθυμοι να κρίνουν την ποιότητα των νοσοκομείων, δεν έχουν πάντα ευκρινείς λόγους για τις εκτιμήσεις τους. Αυτό οδήγησε σε κάποια κυνικά σχόλια για την ποιότητα σε μερικούς κύκλους, όπως, ότι η ποιότητα είναι σαν την πορνογραφία: Οι περισσότεροι δεν μπορούν να το προσδιορίσουν αλλά θα το καταλάβουν όταν τη δουν.

Σχόλια των ασθενών σύμφωνα με την έρευνα, εν τούτοις φανερώνουν επιπλέον ότι όταν όλα λειτουργούν (υψηλή συνολική ποιότητα), οι ασθενείς δεν μπορούν να καταλάβουν πιο ήταν αυτό ακριβώς που έκανε την εμπειρία σπουδαία. Αντίστροφα, όταν το συμπέρασμα που βγαίνει είναι η κακή ποιότητα, συνήθως είναι προφανές ποιος παράγοντας δεν ανταποκρίθηκε στις προσδοκίες του ασθενή. Η αντίληψη του ασθενή για την ποιότητα δεν αποτελεί πρόδρομο για την κλινική επάρκεια ή τα πρότυπα ποιότητας με την παραδοσιακή έννοια.

Αλλά αν θεωρήσουμε την άποψη του ασθενούς σαν "μια απλή γνώμη, όχι πραγματικότητα", είναι πολύ εύκολο να υποτιμηθούμε αυτή τη γνώμη ως άσχετη. Στην πραγματικότητα, η γνώμη του ασθενούς είναι πολύ σχετική με την επιτυχία του νοσοκομείου.

Οι Davies and Ware(1986) υποστηρίζουν ότι η γνώμη του ασθενούς για την ποιότητα είναι συχνά πολύ σχετική με πιο αντικειμενικά ή κλινικά μέτρα της ποιότητας. Το να ανταποκριθούμε στα πρότυπα του πελάτη λοιπόν, θα σήμαινε ίσως όχι μόνο να συγκεντρώσουμε μεγαλύτερη επαναλαμβανόμενη εργασία αλλά επίσης να βελτιώσουμε την κλινική παροχή υπηρεσιών.

Βασικά σημεία που υποστηρίζουν το ανωτέρω σύμφωνα με τους Davies και Ware είναι :

1. Οι συμπάθειες που απορρέουν από ιδιαίτερα χαρακτηριστικά δεν είναι τόσο δυνατές ώστε να αναιρέσουν τις κατατάξεις των καταναλωτών της διαπροσωπικής ή τεχνικής ποιότητας σχετικά με τη φροντίδα που έλαβαν.
2. Οι εκτιμήσεις των καταναλωτών αντανακλούν όντως, εν μέρει τουλάχιστον, πόσες υπηρεσίες τους προσφέρθηκαν.
3. Για κοινά προβλήματα, οι καταναλωτές δύνανται να ξεχωρίσουν ανάμεσα σε τεχνικές πλευρές της φροντίδας, που έχουν κριθεί καλές και λιγότερο καλές από τους γιατρούς.
4. Διαπροσωπικά χαρακτηριστικά της φροντίδας δεν εμποδίζουν την ικανότητα του καταναλωτή να διακρίνει κάποια επίπεδα τεχνικής εξέλιξης σχετικά με κοινά προβλήματα που αντιμετωπίζουν όσοι νοσηλεύονται.
5. Οτιδήποτε σημαίνει για τους καταναλωτές ο όρος " ποιότητα", ο τρόπος που την αντιλαμβάνονται, επηρεάζει τις επιλογές τους ανάμεσα στις εναλλακτικές λύσεις που προσφέρει η φροντίδα υγείας.
6. Οι αναφορές των καταναλωτών διατηρούν αξιόλογες ελπίδες για τις εκτιμήσεις της ποιότητας.

3.6 Κρίσεις του ασθενή για την ποιότητα των νοσοκομείων

Δύο κρίσιμα ζητήματα αντιμετωπίζει ο σχεδιαστής μιας οποιασδήποτε μεθόδου συλλογής πληροφοριακών στοιχείων: τι θα πρέπει να ρωτήσω και πως θα πρέπει να το ρωτήσω; Οι απαντήσεις σε αυτές τις ερωτήσεις εξαρτώνται κατά ένα μεγάλο βαθμό από το ποια όψη υιοθετείται. Για να εκτιμήσουν την απόδοση ενός νοσοκομείου, για παράδειγμα, οι διευθυντές του νοσοκομείου ίσως να έκαναν διαφορετικές ερωτήσεις απ' ότι το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου και οι ασθενείς από την άλλη, ίσως να έριχναν το βάρος σε μια τρίτη σειρά ερωτήσεων, θα θεωρούσαν και οι τρεις αυτές ομάδες ότι η φήμη του νοσοκομείου στην κοινωνία ήταν θέμα προεξέχον; θα έδιναν οι διευθυντές, οι γιατροί και οι ασθενείς το ίδιο βάρος στις ποικίλες πλευρές της διαδικασίας εισαγωγής του ασθενή; στο

χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εισαγωγή του ασθενή στο θάλαμο του; Παρατηρούν οι ασθενείς κάποια πλευρά των κλινικών προσόντων των γιατρών και των νοσοκόμων ή μήπως η μόνη προέχουσα απαίτηση είναι η "παρουσία τους στο προσκέφαλο τους"; Θα προσδιόριζαν οι ενδιαφερόμενοι (διευθυντές, γιατροί, ασθενείς) το σωστό σχεδιασμό αναχώρησης από το νοσοκομείο και τη μετέπειτα παρακολούθηση του ασθενή με τον ίδιο τρόπο;

Ο στόχος αυτού του προγράμματος ήταν να δημιουργηθεί ένα ερωτηματολόγιο που θα παρουσιάζει την άποψη του ασθενή, όπου το περιεχόμενο του ερωτηματολογίου, να παρουσιάζει εκείνες τις πλευρές της παραμονής στο νοσοκομείο, που ήταν προεξέχουσες για τους ασθενείς και έγινε προσπάθεια διατύπωσης των ερωτήσεων κατά τρόπο ώστε να μένουν όσο το δυνατό περισσότερο πιστές στη γλώσσα που οι ίδιοι οι ασθενείς χρησιμοποιούν για να περιγράψουν τις εμπειρίες τους.

Το 90% των ασθενών κατά προσέγγιση που συμμετείχαν στη συνέντευξη περιλάμβαναν σχόλια. Αυτά τα σχόλια εξετάστηκαν και αναλύθηκαν χρησιμοποιώντας το μοντέλο ταξινόμησης του Mark Meterko και Haya Rubia(1990).

Ανάλυση Περιεχομένου

- Εισαγωγή - Φροντίδα στο Νοσοκομείο
- Φροντίδα στο θάλαμο
 - Ιατρική φροντίδα
 - Νοσηλευτική Φροντίδα
 - Άλλων επαγγελματιών- υπηρεσιών- φυσιοθεραπευτών- κοινωνικής υπηρεσίας
- Ζωή στο θάλαμο
- Αναχώρηση
- Οικονομικά θέματα

Για παράδειγμα οποιαδήποτε δήλωση γύρω από τη διαδικασία εισαγωγής - πόσο καιρό πήρε, πόσο αποτελεσματικά ήταν οργανωμένη, πως εξασφαλίστηκε κρεβάτι, συμπεριλήφθηκε στην κατηγορία "Εισαγωγές". Παρομοίως οποιοδήποτε σχόλιο για την Ιατρική περίθαλψη ή την ανταπόκριση των νοσοκόμων συμπεριλήφθηκε στην κατηγορία "Φροντίδα στο θάλαμο". Η κατηγορία "Ζωή στο θάλαμο" περιλάμβανε σχόλια για την τροφή, την καθαριότητα του δωματίου και των γύρω χώρων, ωράριο επισκεπτηρίου την άνεση, το φωτισμό, την επίπλωση, τη θέρμανση, τη διατροφή κ.ά.

Αυτές οι 5 κατηγορίες ανταποκρίνονται πρόχειρα στη χρονολογική ακολουθία των φυσικών φάσεων φροντίδας κατά τη διάρκεια διαμονής στο νοσοκομείο και ονομάστηκαν ανεπίσημα, "κατηγορίες"/"στάδια". Από τη μελέτη των κατά λέξη σχολίων εμφανίστηκαν και άλλες διαφοροποιήσεις των αρχικών κατηγοριών σε νέες υποκατηγορίες,

Η "φροντίδα στο θάλαμο" χωρίστηκε στην "Ιατρική φροντίδα" και "Νοσηλευτική φροντίδα" οι οποίες με τη σειρά τους χωρίστηκαν στην εκφραστική φροντίδα και την τεχνική φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4:ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΡΟΔΟΥ – ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

4.1 Το γενικό νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου»

Το γενικό νοσοκομείο Ρόδου κατόπιν αναμόρφωσής του με αριθμό ΦΕΚ 314/10/3/2000 και με τη σύμφωνη γνώμη και δικαιοδοσία των υπουργείων εσωτερικών, δημόσιας διοίκησης και αποκέντρωσης, οικονομικών καθώς και υγείας και πρόνοιας υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ 2592/53 << Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης >> (ΦΕΚ 254/Α/53). Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου που διέπεται από τις διατάξεις του Ν/τος αυτού, όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του Ν. 1397/83 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ. Ορίστηκε ως Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου <<Ανδρέας Παπανδρέου>> με έδρα το δήμο Ροδίων του νομού Δωδεκανήσου.

4.1.1. Ιστορικό

1912-1938: Επί Τουρκοκρατίας και μέχρι το 1912 το νοσοκομείο Ρόδου στεγαζόταν στο διώροφο λιθόχτιστο κτίριο που ευρίσκεται (πρώην εξωτερικά ιατρεία, μαιευτικό τμήμα) επί της οδού Παπαλουκά. Η συνολική επιφάνεια του κτιρίου ήταν 480 m². Κρίνοντας οι τότε Ιταλοί κατακτητές ότι ο χώρος που περιβάλλετο από τις οδούς Παπαλουκά και Ερυθρού Σταυρού ως πλέον καταλληλότερος για την στέγαση του νοσοκομείου, άρχισαν από το 1926, με ένα συγκεκριμένο κτιριολογικό πρόγραμμα με προοπτική κάλυψης αναγκών μέχρι το 1950, την κατασκευή του νοσοκομείου. Έτσι, και μέχρι το 1938 είχαν ολοκληρώσει την πρώτη φάση του κτιριολογικού προγράμματος κατασκευάζοντας ένα συγκρότημα κτηρίων σε χώρο 40.000 τ.μ. συνολικής επιφάνειας 800 τ.μ. και συνολικό αριθμό κλινών 120. Οι θάλαμοι του νοσοκομείου ήταν 8κλيني και 12κλيني και εκτός από τις στρατιωτικές ανάγκες εξυπηρετούσε και τους τοπικούς κατοίκους του νησιού. Διέθετε μια αίθουσα χειρουργείου και τα χειρουργικά παθολογικά περιστατικά εξυπηρετούντο σε ενιαίους χώρους. Το κτίριο ήταν χτισμένο σε νεοκλασική μορφή, διέθετε πολύ καλά διαμορφωμένο περιβάλλοντα χώρο με πράσινο και σιντριβάνια.

1948: Όταν μετά το 1948 και με την ενσωμάτωση της Δωδεκανήσου περιήλθε στο ελληνικό δημόσιο και κατ' επέκταση στο Υπουργείο Υγείας & Πρόνοιας, παραχωρήθηκε με

Υπουργική Απόφαση στο Νοσοκομείο της Ρόδου, με την ονομασία Νομαρχιακό Νοσοκομείο Ρόδου «Βασίλισσα Όλγα». Έκτοτε και για να καλυφθούν οι συνεχώς αυξανόμενες ανάγκες από την αύξηση του πληθυσμού και ειδικά από την αλματώδη τουριστική αύξηση έγιναν διάφορες εσωτερικές παρεμβάσεις και διαρρυθμίσεις καθώς και προσθήκες για αύξηση κλινών και εξυπηρέτηση νέων ειδικοτήτων.

1978: Χαρακτηριστικά το 1978 άρχισε η κατασκευή νέας πτέρυγας 120 κλινών η οποία ολοκληρώθηκε το 1986 και εξυπηρέτησε αρκετά καλά τις ανάγκες του πληθυσμού σε δευτεροβάθμια περίθαλψη μέχρι την εγκατάσταση στο νέο νοσοκομείο.

1986: Με την εφαρμογή του νέου Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ) το 1986 και με την προσθήκη συνεχώς νέων ειδικοτήτων με συνεχώς εσωτερικές παρεμβάσεις και προσθήκες προσπαθούσαν οι εκάστοτε διοικήσεις να καλύψουν τις υφιστάμενες ανάγκες.

2000: Τον Μάιο του 2000 έγινε η εγκατάσταση στο νέο νοσοκομείο δυναμικότητας 335 οργανικών κλινών με προοπτική κάλυψης άλλων επί πλέον 120 κλινών, το οποίο διαθέτει όλα τα τμήματα ενός σύγχρονου περιφερειακού νοσοκομείου με την ονομασία Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου».

2001-2003: Το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου» είναι ένα νοσοκομείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΕΣΥ) όπου η οργανωτική του δομή καθώς και η λειτουργία του θεσπίζεται με την εκάστοτε νομοθεσία περί Ε.Σ.Υ. Από την 1η Νοεμβρίου 2001 βάση του Ν. 2889/2001 το ΓΝ Ρόδου υπάγεται ως αποκεντρωμένη μονάδα με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια του Β' Πε.Σ.Υ.Π Νοτίου Αιγαίου.

2004-2007: Με το νόμο 3329/2005 μετατρέπεται σε Ν.Π.Δ.Δ εποπτευόμενο από τη Β' ΔΥΠΕ Νοτίου Αιγαίου και με το νόμο 3527/2007 με την απορρόφηση της Β' ΥΠΕ Νοτίου Αιγαίου από την 2η ΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου» εποπτεύεται από την 2η ΔΥΠΕ Πειραιώς και Αιγαίου.

Σήμερα το Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου «Ανδρέας Παπανδρέου» έχει αναπτύξει τον Παθολογικό Τομέα, τον Χειρουργικό Τομέα και τον Ψυχιατρικό Τομέα. Στον Εργαστηριακό Τομέα λειτουργούν Αιματολογικό, Βιοχημικό, Μικροβιολογικό και Ακτινολογικό- Ακτινοδιαγνωστικό εργαστήριο. Επίσης λειτουργεί Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών (ΤΕΠ).

Σκοπός του Νοσοκομείου είναι:

Α) Η παροχή περίθαλψης σε όλα τα επίπεδα και κύρια εξειδικευμένης μορφής (τριτοβάθμιου επιπέδου) στον πληθυσμό της υγειονομικής περιφέρειας, καθώς και σε άτομα που

παραπέμπονται από άλλες υγειονομικές περιφέρειες. Η περίθαλψη παρέχεται ισότιμα για κάθε άτομο, ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ.

Β) Η προπτυχιακή εκπαίδευση σε φοιτητές σχολών επαγγελμάτων υγείας.

Γ) Η εξειδίκευση γιατρών και η συνεχής εκπαίδευση και επιμόρφωση γιατρών και λειτουργών άλλων κλάδων Υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή εκπαιδευτικών προγραμμάτων.

Δ) Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της ιατρικής και άλλων συναφών επιστημών. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα, αναπτύσσει επιστημονικές μελέτες και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και με διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.

Ε) Η συνεργασία με όλα τα νοσηλευτικά ιδρύματα της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά του έργου στον τομέα της παροχής των υπηρεσιών υγείας.

4.1.2. Οργανόγραμμα του γενικού νοσοκομείου Ρόδου

Το νοσοκομείο απαρτίζεται από τις υπηρεσίες:

- | | |
|---------------|--------------|
| Α)ΙΑΤΡΙΚΗ | Γ)ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΗ |
| Β)ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗ | Δ)ΤΕΧΝΙΚΗ |

Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τέσσερις υπηρεσίες είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου.

Το σύνολο των κλινών που διαθέτει το Νοσοκομείο σήμερα, ανέρχεται στις 334.

Το ανθρώπινο δυναμικό κατά υπηρεσία είναι:

- | | |
|------------------------------|-----------------------------|
| 1. Ιατρική Υπηρεσία: 285 | 3. Διοικητική Υπηρεσία: 125 |
| 2. Νοσηλευτική Υπηρεσία: 308 | 4. Τεχνική Υπηρεσία: 38 |

1) Η ιατρική υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται στους τομείς:

- α) ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ, με συνολική δύναμη 160 κρεβάτια.
- β) ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ, με συνολική δύναμη 160 κρεβάτια.
- γ) ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟ
- δ) ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟ, με συνολική δύναμη 15 κρεβάτια.
- ε) ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΟ

στ) ΣΤΑ ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΤΜΗΜΑΤΑ και

ζ) ΣΤΑ ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ.

2) Η νοσηλευτική υπηρεσία αποτελεί και διαρθρώνεται από διαφορετικούς τομείς:

α) Α ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ

γ) Γ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ

β) Β ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ

δ) Δ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ

3) Η διοικητική υπηρεσία του νοσοκομείου αποτελεί διεύθυνση που διαρθρώνεται σε υποδιευθύνσεις με τα αντίστοιχα η κάθε μία τμήματα και αυτοτελή γραφεία:

α) ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ

. γ) ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΣΤΑΣΙΑΣ

β) ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ

δ) ΓΡΑΦΕΙΟ ΙΜΑΤΙΣΜΟΥ

4) Η τεχνική υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο(2) τμήματα, ως ακολούθως:

α) ΤΜΗΜΑ ΤΕΧΝΙΚΟΥ

β) ΤΜΗΜΑ ΒΙΟΪΑΤΡΙΚΗΣ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΑΣ

ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Α/Α		Τμήμα / Μονάδα	
1	Α ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	6	ΝΕΦΡΟΛΟΓΙΚΗ
2	Β ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΗ	7	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ
3	ΚΑΡΔΙΟΛΟΓΙΚΗ	8	Μ. ΑΝΑΙΜΙΑΣ
4	ΜΟΝΑΔΑ ΕΜΦΡΑΓΜΑΤΩΝ	9	ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ
5	ΠΑΙΔΙΑΤΡΙΚΗ	10	ΝΕΥΡΟΛΟΓΙΚΟ

ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Α/Α		Τμήμα / Μονάδα	
1	Α ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	4	ΜΑΙΕΥΤΙΚΗ – ΓΥΝΑΙΚΟΛΟΓΙΚΗ
2	Β ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΗ	5	ΟΡΘΟΠΕΔΙΚΗ
3	ΟΥΡΟΛΟΓΙΚΗ	6	Ω.Ρ.Λ

ΨΥΧΙΑΤΡΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Υποδομή Θαλάμων Νοσηλείας Ψυχιατρικού Τομέα	
Α/Α Τμήμα / Μονάδα	

1	ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ	3	ΘΞΕΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ
2	ΒΡΑΧΕΙΑΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ		

ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ

Εργαστήριο Διασυνδεδεμένο Τμήμα			
Α/Α Τμήμα / Μονάδα			
1.ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ ΗΛΕΚΤΡΟΦΟΡΗΣΗ	ΑΙΜΑΤΟΛΟΓΙΚΟ	3.ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΜΙΚΡΟΒΙΟΛΟΓΙΚΟ ΟΥΡΟΧΗΜΙΚΟ	ΚΑΛΛΙΕΡΓΕΙΕΣ
2.ΒΙΟΧΗΜΙΚΟ ΟΡΜΟΝΟΛΟΓΙΚΟ	ΑΝΟΣΟΛΟΓΙΚΟ		

ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ

Α/Α Τμήμα / Μονάδα			
1	ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟ	2	ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟ

4.2 Υλικό και μέθοδος

Οι ασθενείς είναι οι πιο σημαντικοί, αν όχι οι πιο κατάλληλοι, εκτιμητές της νοσοκομειακής περίθαλψης. Κάθε ασθενής ατομικά μπορεί να δώσει πολύτιμες πληροφορίες, σχετικά με το νοσηλευτικό προσωπικό και τις υπηρεσίες, οι οποίες δε γίνονται εύκολα αντιληπτές στους επιμελητές και τα μέλη της διοίκησης.

Την ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να τη δούμε σαν ένα μέτρο στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα της υγείας έχουν πετύχει στο ν' ανταποκριθούν στις ανάγκες του ασθενούς και στις προσδοκίες του.

Η ικανοποίηση των ασθενών έχει προσδιοριστεί ως μία μεταβλητή που επηρεάζει την αποτελεσματικότητα της φροντίδας καθώς επίσης και τη συνεργασία μεταξύ αυτών που παρέχουν τη φροντίδα υγείας. Επίσης μπορεί να επηρεάσει την πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών της υγείας.

4.2.1 Σκοπός έρευνας:

Ο κύριος σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η διερεύνηση και μέτρηση του επιπέδου επαγγελματικής ικανοποίησης του ιατρικού - νοσηλευτικού προσωπικό σε συσχέτιση με την ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στο γενικό Νοσοκομείο Ρόδου.

4.2.2 Μεθοδολογία – Όργανο μέτρησης

Για την ανάπτυξη του περιεχομένου χρησιμοποιήθηκαν βιβλιογραφικά δεδομένα που έδωσαν την αρχική βάση των ερωτήσεων. Ως όργανο μέτρησης λοιπόν, χρησιμοποιήθηκαν δύο ερωτηματολόγια που αφορούσαν τους εσωτερικούς ασθενείς του Γενικού νοσοκομείου Ρόδου αλλά και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αντίστοιχα. Το ερωτηματολόγιο για την επαγγελματική ικανοποίηση βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο του Spector, καθηγητή πανεπιστημίου της Αμερικής, ενώ το ερωτηματολόγιο της ικανοποίησης των ασθενών βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο του κ. Αλετρά Βασιλείου, καθηγητή του ελληνικού πανεπιστημίου Μακεδονίας στη Θεσσαλονίκη. Η καταχώρηση των δεδομένων έγινε με τη χρήση του Microsoft Excel 2007 και η επεξεργασία τους με το Πακέτο Στατιστικής Ανάλυσης Κοινωνικών Επιστημών SPSS PC+ (Statistical Package for the Social Sciences v.16). Η στατιστική ανάλυση έγινε με την αρωγή του κ. Γεώργιου Μαυριδόγλου, Καθηγητή Εφαρμογών του Τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας και Πρόνοιας του ΑΤΕΙ Καλαμάτας. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και στους εσωτερικούς ασθενείς του νοσοκομείου, για να σχηματισθεί η εικόνα του επιπέδου της ικανοποίησής τους. Οι περιορισμοί της παρούσας έρευνας, τους οποίους θα συναντήσει ο αναγνώστης στη συνέχεια, ενέχονται πιθανόν, στον φόβο και την άρνηση της αξιολόγησης που έχουν οι εργαζόμενοι ή οι ασθενείς στο τομέα της Υγείας.

4.2.3 Συλλογή δεδομένων

Τα ερωτηματολόγια στην περίπτωση του προσωπικού συμπληρώθηκαν είτε με επιτόπια συνέντευξη, είτε με την επιστροφή τους μέσα σε χρονικό διάστημα που δεν ξεπέρασε τις 3 ημέρες. Ενώ η συλλογή των πληροφοριών στα ερωτηματολόγια των ασθενών έγινε με τη μορφή συνέντευξης, πρόσωπο με πρόσωπο γιατί τα βασικά πλεονεκτήματα είναι: (α) το βάθος και η λεπτομέρεια των πληροφοριών, (β) η εφαρμογή της σε άτομα που δεν μπορούν

να γράψουν ή να διαβάσουν όπως οι νοσηλευόμενοι ασθενείς, (γ) το υψηλό ποσοστό συμμετοχής, και (δ) ο έλεγχος της εγκυρότητας μέσω της παρατήρησης του ερωτώμενου και του περιβάλλοντός του, όσον αφορά βέβαια τους ασθενείς.

Σκοπός ήταν: (α) να συστηθεί ο συνεντευκτής με τον ασθενή και το προσωπικό αντίστοιχα, (β) να ενημερωθεί ο άρρωστος για τη σημαντικότητα του θέματος και το σκοπό της έρευνας, (γ) να ζητηθεί η συγκατάθεση των ασθενών για τη συμμετοχή στην έρευνα και (δ) να γίνει επεξήγηση της διαδικασίας με την οποία θα γίνει η συνέντευξη.

Την κλίμακα μέτρησης για στους ασθενείς αποτελούσαν 65 ερωτήσεις, ανοικτές ημιδομημένες συνεντεύξεις και σχόλια κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Οι ερωτήσεις ήταν διατυπωμένες σε ουδέτερο ύφος και κάλυπταν τις εξής περιοχές: Εξυπηρέτηση, νοσηλεία, αντιμετώπιση πόνου, πληροφόρηση, παρακολούθηση, ανταπόκριση-ταχύτητα, διαθέσιμο χρόνο, συνέχεια φροντίδας, καθαριότητα, φαγητό, ευγένεια, σεβασμό και ενδιαφέρον. Συγκεκριμένα οι κρίσεις των ασθενών στη παρούσα έρευνα αφορούσαν τον προσδιορισμό των παραγόντων που συμβάλλουν στην ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια του ασθενούς κατά τη διάρκεια νοσηλείας του και τον εντοπισμό των φορέων που χρήζουν βελτίωσης όσον αφορά:

- Τη νοσοκομειακή περίθαλψη Ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού (Τέχνη, Κατάρτιση, Επικοινωνία)
- Την ποιότητα / αποτελεσματικότητα της περίθαλψης
- Το φυσικό περιβάλλον (Συνθήκες Διαμονής – Υποδομή)
- Τη Διαθεσιμότητα
- Το κόστος της φροντίδας

Μέσω χρήσης ερωτηματολογίου και με τη μέθοδο της συνέντευξης ερωτήθηκαν οι ασθενείς που έπαιρναν εξιτήριο και συμπλήρωναν τα ερωτηματολόγια για να διασφαλιστούν ολοκληρωμένες απαντήσεις και ένα υψηλό ποσοστό επιστροφής των ερωτηματολογίων.

Μερικοί ασθενείς συμπλήρωναν μόνοι τους τα ερωτηματολόγια τους, καθώς επίσης ακολούθησε έλεγχος αν απαντήθηκαν όλες οι ερωτήσεις.

Για ασθενείς πολύ αδύναμους να απαντήσουν, ζητήθηκε να συμμετάσχουν για λογαριασμό τους άλλα μέλη της οικογένειας που είχαν γνώση για την εμπειρία του ασθενή.

Όσον αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, συμπλήρωναν οι ίδιοι τα ερωτηματολόγια εκτός αν συνέτρεχε περίπτωση υπερβολικού φόρτου εργασίας, όπου οι ερωτήσεις θέτονταν προφορικά και οι απαντήσεις συμπληρώνονταν από τον ερωτώμενο.

Προκειμένου να πραγματοποιηθεί η έρευνα στους χώρους όπου νοσηλεύονταν οι ασθενείς αλλά και εργάζονταν το προσωπικό στο νοσοκομείο ζητήθηκε η άδεια πρόσβασης από τα αντίστοιχα αρμόδια όργανα διοίκησης.

Η διεξαγωγή της έρευνας ακολούθησε σε γενικές γραμμές τα ακόλουθα στάδια:

A) Δειγματοληψία

B) Συγγραφή δοκιμής και εκτύπωση των ερωτηματολογίων και των κλιμάκων.

Γ) Ανάλυση δεδομένων

4.2.4 Κριτήρια επιλογής δείγματος

Τα κριτήρια επιλογής του δείγματος της μελέτης για τους ασθενείς ήταν:

- Οι ασθενείς να έχουν νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο τμήμα 3 τουλάχιστον ημέρες πριν την πραγματοποίηση της συνέντευξης.
- Να υπάρχει δυνατότητα λεκτικής επικοινωνίας.
- Οι ασθενείς να βρίσκονται σε κατάσταση ψυχικής ηρεμίας και να μη λαμβάνουν ψυχιατρικά φάρμακα ή να υποβάλλονται σε κάποια άλλη θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε τη ψυχολογική τους κατάσταση.
- Να υπάρχει προφορική συγκατάθεση για συμμετοχή στην έρευνα ύστερα από την εξήγηση του σκοπού της έρευνας και μιας σύντομης περιγραφικής διαδικασίας διεξαγωγής της συνέντευξης.

Τα κριτήρια επιλογής των ερωτηματολογίων για το προσωπικό περιλάμβαναν:

- Στη μελέτη να συμμετέχει πέρα από το ιατρικό προσωπικό και νοσηλευτικό, το οποίο προέρχεται από κατόχους δευτεροβάθμιας, τεχνολογικής αλλά και πανεπιστημιακής εκπαίδευσης.

Η διακύμανση των κλιμάκων των ερωτηματολογίων είναι από «συμφωνώ απόλυτα» (1) έως «διαφωνώ απόλυτα» (5) και «διαφωνώ απόλυτα» (1) έως «συμφωνώ απόλυτα» (6) αντίστοιχα

Η συνεργασία των ασθενών ήταν ικανοποιητική στην έρευνα. Στο μεγαλύτερο σύνολό τους συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο με ενδιαφέρον και χωρίς διακοπές αν και υπήρχαν περιπτώσεις όπου οι ασθενείς αρνήθηκαν να το απαντήσουν. Στην περίπτωση του προσωπικού δεν υπήρχε κανένα σχετικό πρόβλημα με άρνηση συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου πέρα από ελάχιστες εξαιρέσεις. Ο συνολικός αριθμός των

ερωτηματολογίων που απαντήθηκαν ήταν 50 για τους ασθενείς και 50 για το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, σύνολο 100 ερωτηματολόγια.

Όλα τα ερωτηματολόγια πέρασαν από μια διαδικασία διπλού ελέγχου για την αξιοπιστία τους και την τυχόν αποφυγή απαντήσεων σε ορισμένες ερωτήσεις.

4.2.5 Τα ερωτηματολόγια - Περιεχόμενα ερωτηματολογίων

A') Τα ερωτηματολόγια για την ικανοποίηση των ασθενών καλύπτει 2 κυρίως ενότητες:

1^η ΕΝΟΤΗΤΑ

α) Εισαγωγή:

Ερωτήσεις διαδικασίας εισαγωγής στο Νοσοκομείο, τρόπου εισαγωγής, άφιξη στο Νοσοκομείο, τρόπου εξασφάλισης κρεβατιού, χρόνος αναμονής από την άφιξη ως την εισαγωγή σε θάλαμο.

β) Φροντίδα:

Ερωτήσεις που αφορούν τη φροντίδα στο θάλαμο από το ιατρικό, νοσηλευτικό και το λοιπό προσωπικό ως προς την επικοινωνία συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του προσωπικού, την επαγγελματική κατάρτισή του, τη διαθεσιμότητά του και την υποστήριξή του.

Ερωτήσεις που αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον - τη ζωή στο θάλαμο και την οργάνωση των παρερχομένων υπηρεσιών ως προς την υποδομή του νοσοκομείου, την κατάσταση του δωματίου (καθαριότητα, άνεση, θέρμανση, ησυχία, ασφάλεια), τις προγραμματισμένες διαδικασίες, την ποιότητα φαγητού, την έξοδο από το νοσοκομείο και μια γενική άποψη – ικανοποίηση από την παραμονή στο νοσοκομείο.

2^η Ενότητα

Περιλαμβάνει τα βασικά χαρακτηριστικά του δείγματος όπως φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο - εκπαίδευση, στάση των ασθενών για την κατάσταση της υγείας σήμερα, οικονομικά θέματα (ερωτήσεις που αφορούν το κόστος νοσηλείας και τυχόν πρόσθετες αμοιβές).

Οι ερωτήσεις ομαδοποιήθηκαν σε δέκα διαφορετικές ομάδες για να μην προκληθεί σύγχυση στους ερωτώμενους. Οι ερωτήσεις που αφορούσαν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας τοποθετήθηκαν προς το τέλος της κλίμακας λόγω του ευαίσθητου περιεχομένου τους. Στο τέλος της κλίμακας τοποθετήθηκαν γενικές ερωτήσεις για τη συνολική ικανοποίηση ενώ τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών τοποθετήθηκαν στο τέλος της συνέντευξης για να αποφευχθεί η πρόωρη κόπωση.

B') Τα ερωτηματολόγια για το προσωπικό περιέχει 2 ενότητες κυρίως:

Χρησιμοποιήθηκαν 46 ερωτήσεις στο ιατρικό - νοσηλευτικό προσωπικό.

1^η Ενότητα:

Ερωτήσεις οι οποίες περιλαμβάνουν τη γνώμη του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ικανοποίηση της εργασίας τους και συγκεκριμένα: αμοιβή, πρόσθετες παροχές, αναγνώριση της δουλειάς τους, σχέσεις μεταξύ του προσωπικού και των προϊσταμένων των αντίστοιχων τμημάτων, επικοινωνία μεταξύ τους, ικανότητα των συνεργατών, ύπαρξη πιθανών προαγωγών όπως και σύγκριση του οργανισμού με άλλους.

2^η Ενότητα:

Γενικές πληροφορίες του προσωπικού σχετικά με την ηλικία, το φύλλο, την ειδικότητα, τα χρόνια υπηρεσίας στο νοσοκομείο, το μηνιαίο εισόδημα, το επίπεδο εκπαίδευσης και την οικογενειακή κατάσταση.

Οι διακυμάνσεις των κλιμάκων μέτρησης της ικανοποίησης και στις δύο περιπτώσεις των ερωτηματολογίων είναι από "Συμφωνώ απόλυτα" (1) έως "διαφωνώ απόλυτα" (6).

4.3 Δημογραφικά στοιχεία της έρευνας

Το δείγμα της ανωτέρω έρευνας για το πρώτο ερωτηματολόγιο αποτέλεσαν οι εξερχόμενοι ασθενείς στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου "Ανδρέας Παπανδρέου", σύνολο δείγματος 50 άτομα. Το δείγμα για το δεύτερο ερωτηματολόγιο αποτέλεσαν ιατροί του νοσοκομείου όπως και νοσηλευτές διαφόρων τμημάτων, στο σύνολό τους 50 άτομα. Ένας από τους περιορισμούς της έρευνας, ήταν η επιστροφή ερωτηματολογίων, χωρίς να έχουν συμπληρωθεί ορισμένες από τις ερωτήσεις.

4.3.1 Περιγραφικά αποτελέσματα

Στο κεφάλαιο αυτό περιγράφεται η κατανομή των ασθενών του δείγματος κατά κατηγορίες ατομικών χαρακτηριστικών και η ικανοποίησή τους από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών του δείγματος παρουσιάζονται κατά κατηγορίες και διακρίνονται σε: (α) δημογραφικά στοιχεία (ηλικία, φύλο, οικογενειακή κατάσταση, μορφωτικό επίπεδο), (β) ατομικά χαρακτηριστικά σε σχέση με τη νοσηλεία (κλινική, εισαγωγή στο νοσοκομείο, διάρκεια, άφιξη) και (γ) αυτοαξιολόγηση της

σοβαρότητας της κατάστασης, γνώσεων για την ασθένεια, αποτελεσματικότητα του νοσοκομείου.

Η ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνει 9 ερωτήσεις που αφορούν το νοσηλευτικό προσωπικό, 9 ερωτήσεις για το ιατρικό προσωπικό, όπως και 5 ερωτήσεις για το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου.

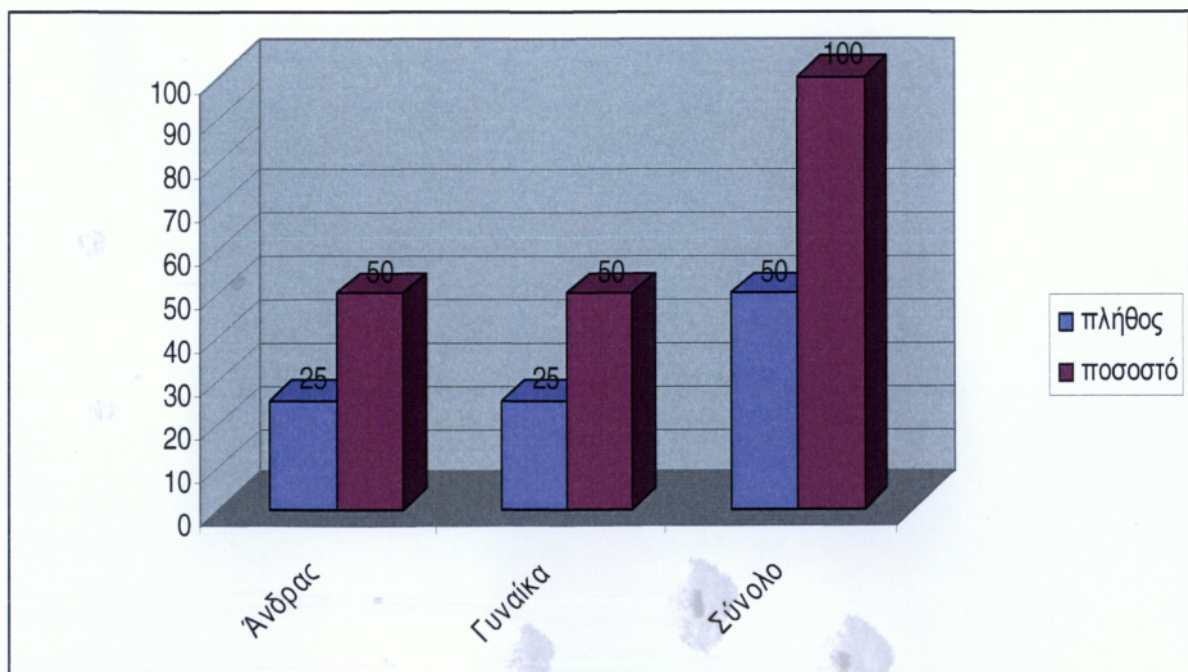
Επίσης, υπάρχουν 10 ερωτήσεις που αφορούν το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου, 2 ερωτήσεις για τις προγραμματισμένες διαδικασίες του νοσοκομείου και 3 για την κατάσταση του φαγητού.

Τέλος συμπληρωματικά υπάρχουν ερωτήσεις σχετικά με την έξοδο των ασθενών από το νοσοκομείο, τη συνολική ικανοποίησή τους όπως και τη γνώμη τους σχετικά με το χρόνο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Α') ικανοποίηση ασθενών

1. Φύλο

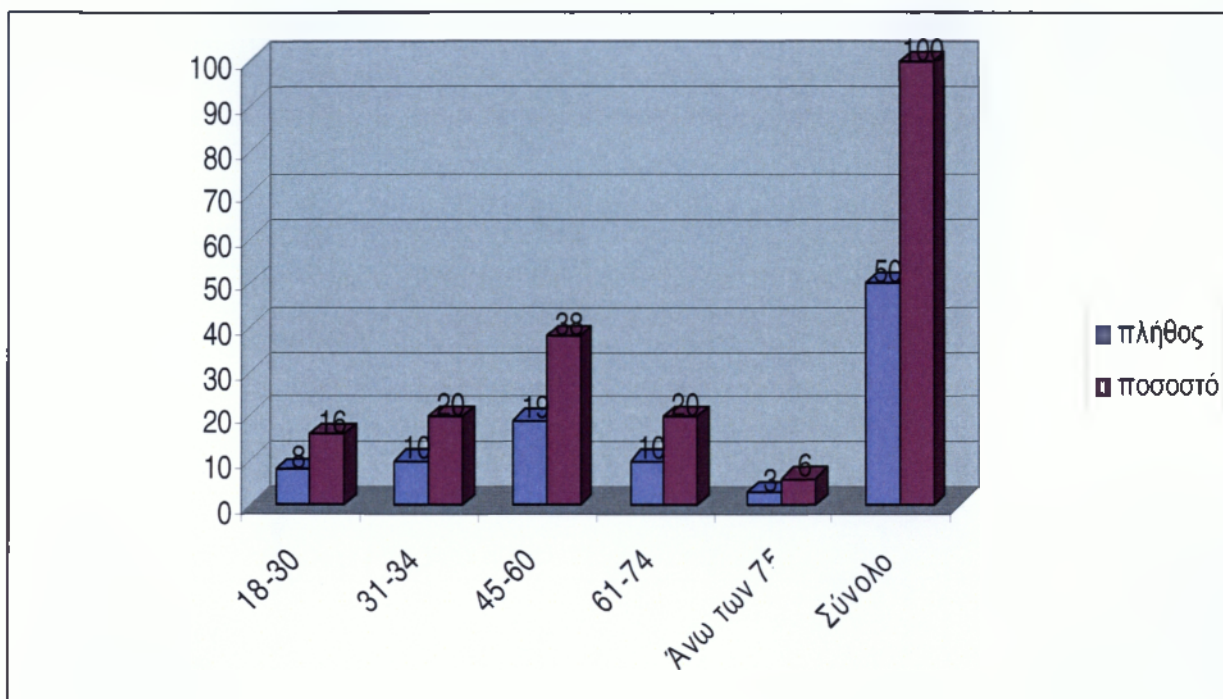
Όπως παρατηρούμε, από το κάτωθι ραβδόγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων προήλθε από ίσο ποσοστό ανδρών και γυναικών (50%).



Ραβδόγραμμα 4.3.1: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

2. Ηλικία

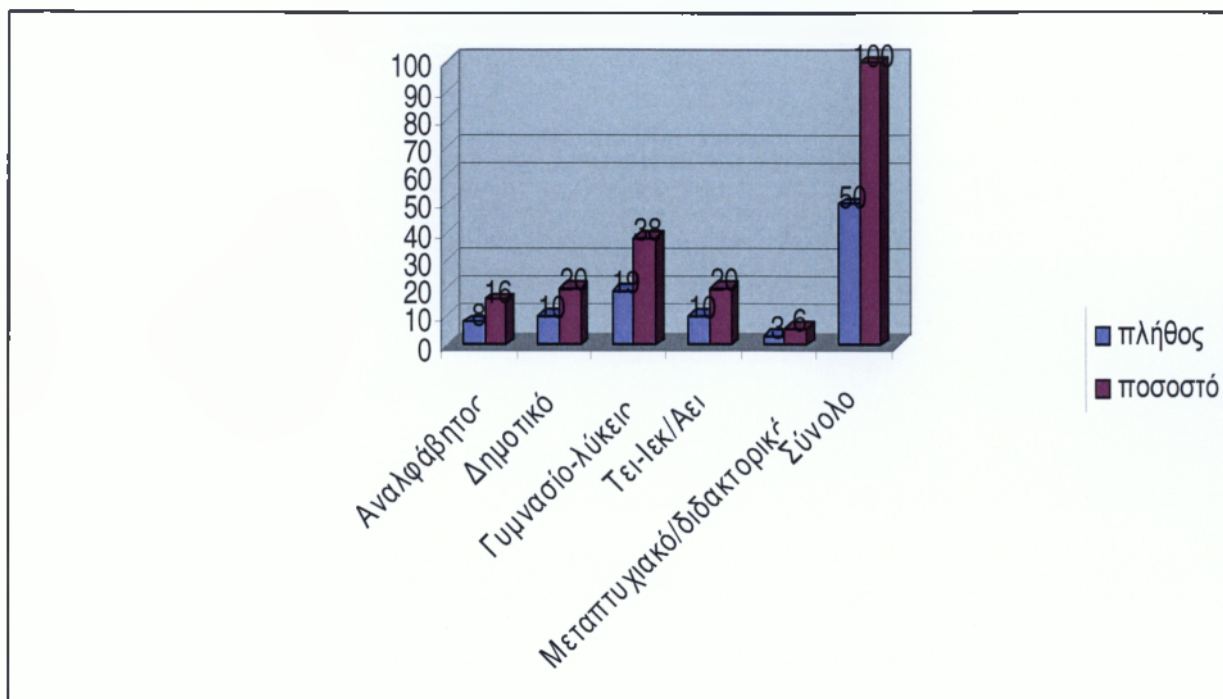
Παρατηρώντας το Ραβδόγραμμα 4.3.2, διαπιστώνουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος, κυμαίνεται μεταξύ 45-60 ετών. Βέβαια, η μεγαλύτερη μάζα του δείγματος, κατανέμεται στις ακραίες τιμές, οι οποίες συγκριτικά μεταξύ τους, έχουν μικρή διαφορά.



Ραβδόγραμμα 4.3.2: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά γενιά.

3. Μορφωτικό επίπεδο

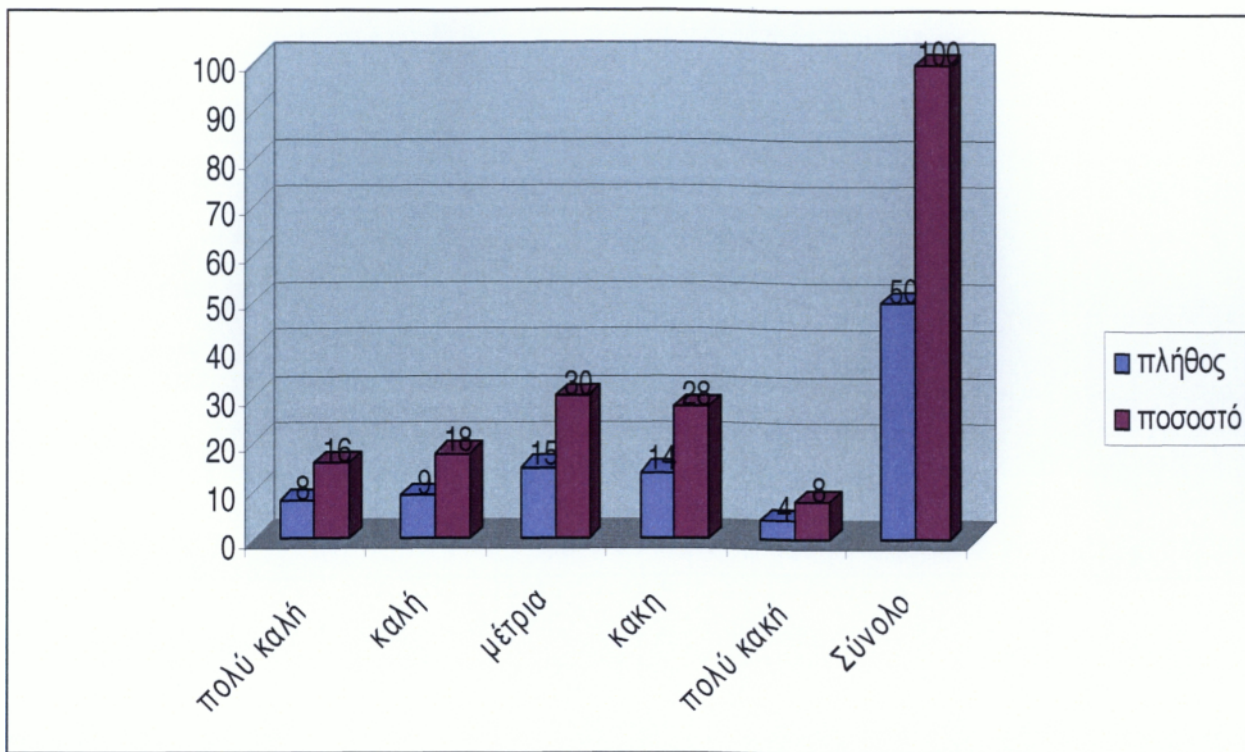
Στο ραβδόγραμμα 4.3.3, φαίνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος έχει απολυτήριο γυμνασίου ή λυκείου και μόνο το 6% κάποιο μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.



Ραβδόγραμμα 4.3.3: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανάλογα το μορφωτικό επίπεδο

4 Αυτοαξιολόγηση ασθενών

Στο παρακάτω ραβδόγραμμα φαίνεται πως το ποσοστό του 30% των ασθενών θεωρούν την κατάσταση της υγείας τους μέτρια, ενώ το 28% τη θεωρούν πολύ κακή, πράγμα που υποδηλώνει την ικανοποίησή τους από τις μονάδες υγείας.

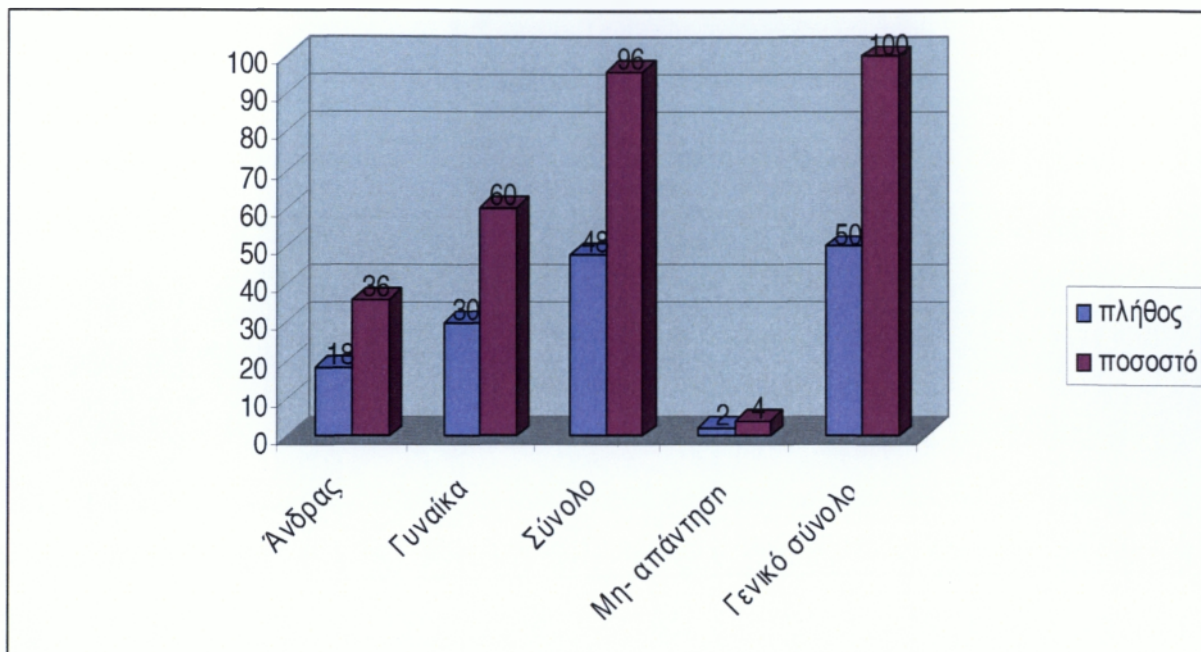


Ραβδόγραμμα 4.3.4: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανάλογα την κατάσταση της υγείας τους.

B') επαγγελματική ικανοποίηση

1. Φύλο

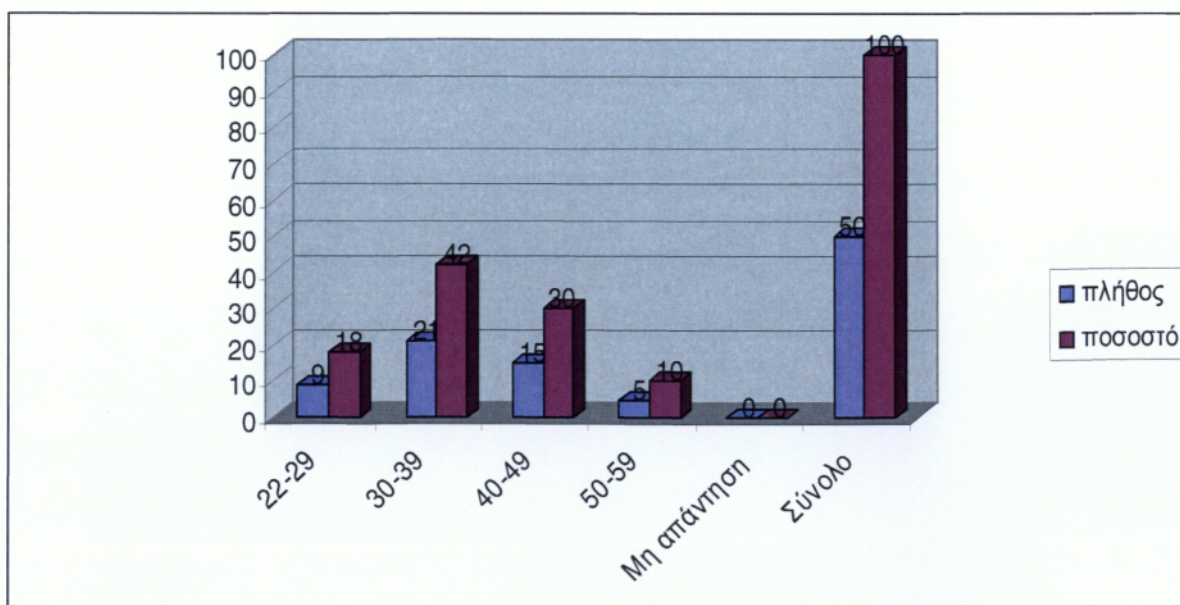
Όπως παρατηρούμε, από το κάτωθι ραβδόγραμμα, το μεγαλύτερο ποσοστό των απαντήσεων προήλθε από γυναίκες (62%), ενώ, ένα μικρό ποσοστό (4%) δεν έδωσε στοιχεία σχετικά με το φύλο του.



Ραβδόγραμμα 4.3.5: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς το φύλο.

2. Ηλικία

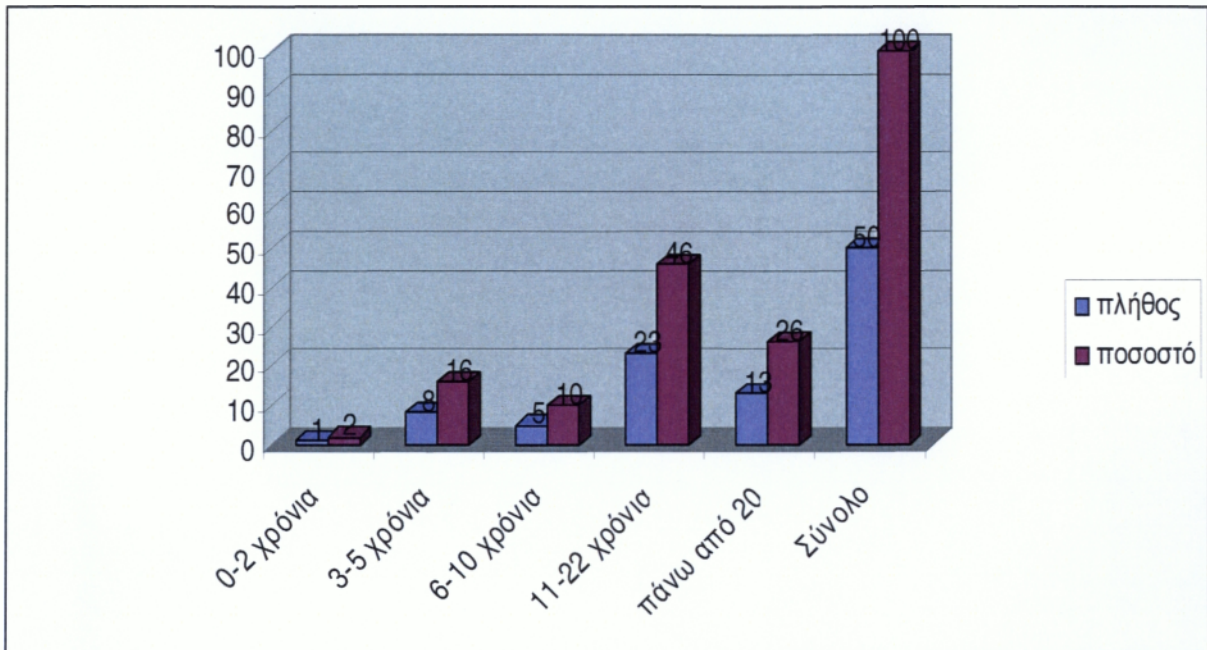
Παρατηρώντας το Ραβδόγραμμα 4.3.6, διαπιστώνουμε πως η πλειοψηφία του δείγματος, κυμαίνεται μεταξύ 30-39 ετών. Βέβαια, η μεγαλύτερη μάζα του δείγματος, κατανέμεται στις ακραίες τιμές, οι οποίες συγκριτικά μεταξύ τους, έχουν μικρή διαφορά.



Ραβδόγραμμα 4.3.6: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά γενιά.

3. Έτη επαγγελματικής εμπειρίας.

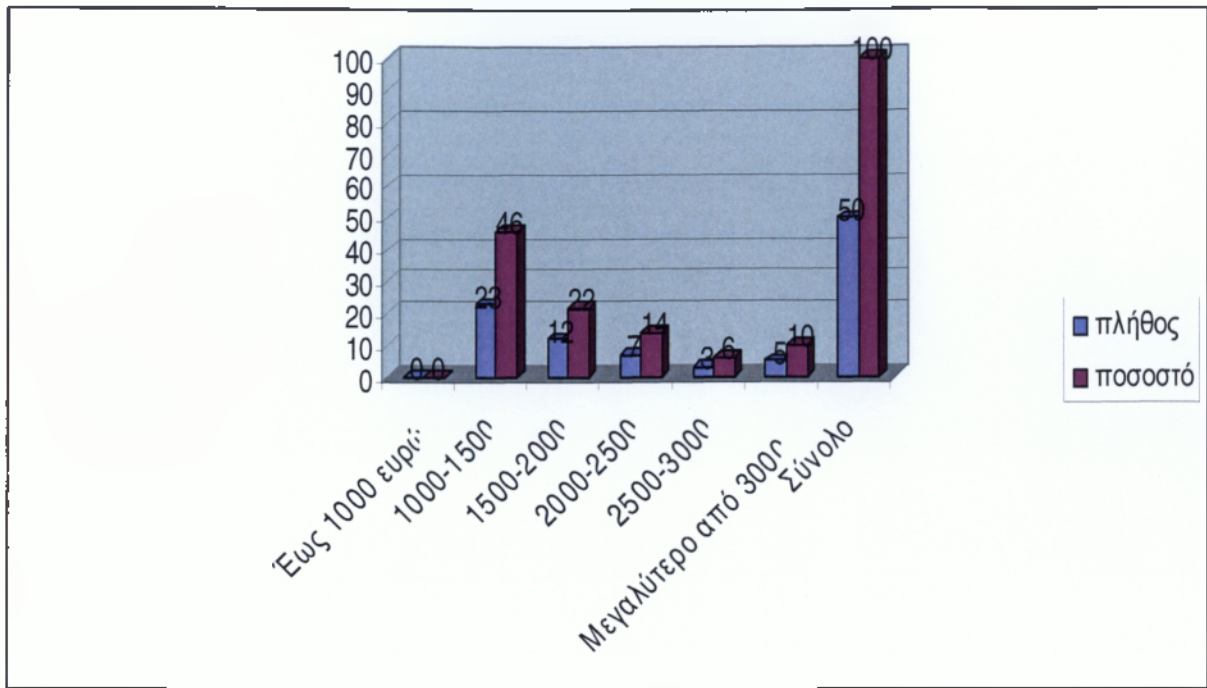
Όπως εμφανίζεται από το παρακάτω γράφημα, η πλειοψηφία του δείγματος έχει 11-20 έτη επαγγελματικής εμπειρίας. Γεγονός, που προσδίδει ακόμα μεγαλύτερο βάρος στις απαντήσεις τους. Αμελητέο θεωρείται το ποσοστό όσων έχουν από 0 έως 2 έτη πείρας ενώ, εκείνοι, οι οποίοι έχουν μεταξύ 3 και 5 έτη δραστηριότητας στην αγορά εργασίας είναι μόλις 16%.



Ραβδόγραμμα 4.37: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ως προς τα έτη επαγγελματικής εμπειρίας.

4. Εισόδημα

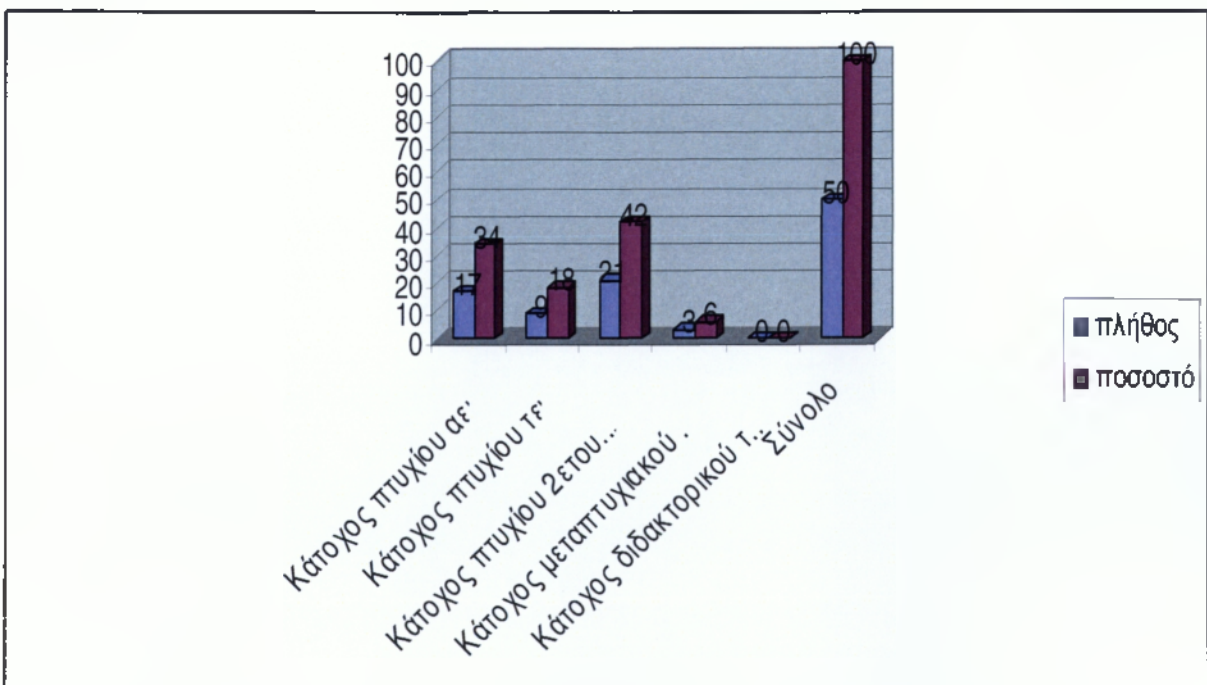
Παρατηρούμε στο παρακάτω γράφημα, ότι η πλειοψηφία του προσωπικού (46%) κυμαίνεται μεταξύ 1000 και 1500 ευρώ ενώ το πολύ μικρό ποσοστό της κλίμακας του 6% έχει καθαρό μηνιαίο εισόδημα μεταξύ 2500 και 3000 ευρώ.



Ραβδόγραμμα 4.3.8: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος ανά καθαρό μηνιαίο εισόδημα.

5. Επίπεδο εκπαίδευσης

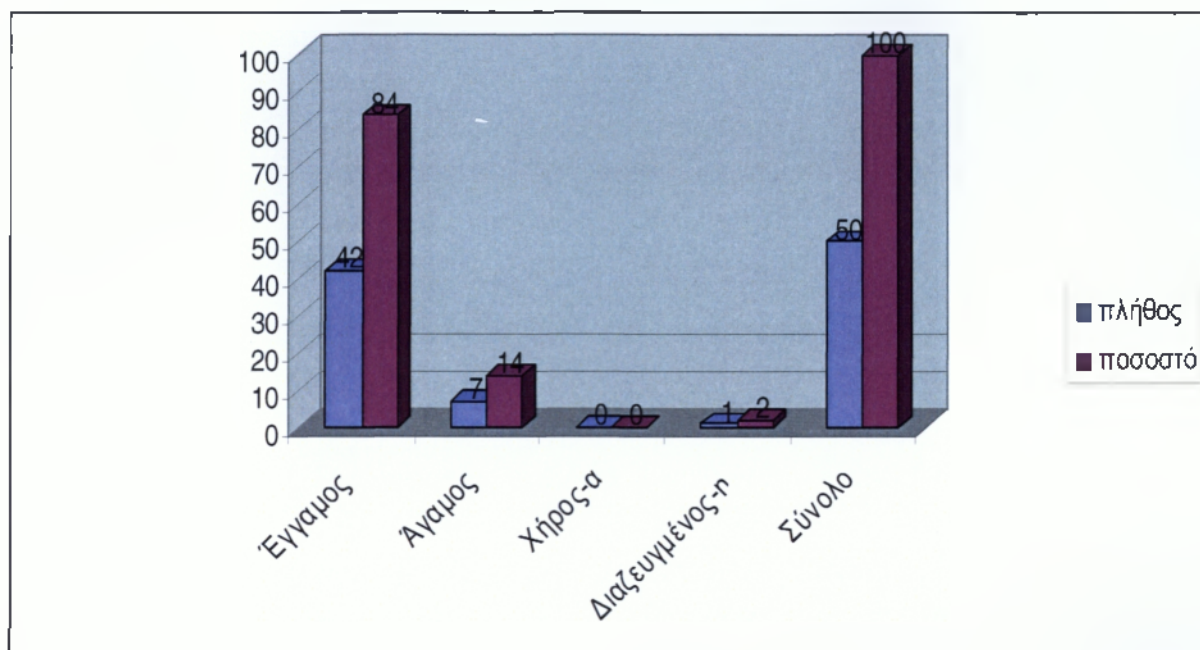
Παρατηρώντας το παρακάτω ραβδόγραμμα, παρατηρούμε ότι το μεγαλύτερο ποσοστό (42%) είναι Κάτοχος πτυχίου σχολής 2ετους φοίτησης ενώ μόνο το 6% έχουν μεταπτυχιακό τίτλο σπουδών.



Ραβδόγραμμα 4.3.9: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος επιπέδου εκπαίδευσης.

6. Οικογενειακή κατάσταση

Στο ραβδόγραμμα 4.3.10 παρατηρούμε ότι, το μεγαλύτερο ποσοστό με μεγάλη διαφορά από τα υπόλοιπα (84%) είναι έγγαμοι ενώ μόνο το 2% διαζευγμένοι.



Ραβδόγραμμα 4.3.10: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος οικογενειακής κατάστασης.

4.4 Αποτελέσματα

4.4.1 Ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας

Α') ικανοποίηση ασθενών

➤ ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- Εισαχθήκατε στο νοσοκομείο ως επείγον περιστατικό ή τηλεφωνώντας στο 166 ή κατόπιν λίστας αναμονής ή προσχεδιασμένα;
 - Επείγον/ τηλέφωνο στο 166/ άμεση παραπομπή
⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 3
 - Λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα
⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 5

Η ερώτηση αυτή διερευνά τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς εισήχθησαν στο νοσοκομείο, δηλαδή, είτε ως επείγον περιστατικό, είτε κατόπιν ραντεβού.

Ως προς τον τρόπο εισαγωγής τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.3

Πίνακας 4.4.1.3: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο

Τρόπος Εισαγωγής	Φύλο	
	Άνδρες	Γυναίκες
Προγραμματισμένη	15 30%	30 60%
Έκτακτη	35 70%	20 40%
Σύνολο	50 100%	50 100%

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο φαίνεται από το δείγμα να είναι 50%ως έκτακτο περιστατικό και το υπόλοιπο 50% εισήλθε κατόπιν ραντεβού με τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων.

(Πίνακας 4.4.1.3)

▪ **Χρόνος αναμονής για εισαγωγή σε προγραμματισμένα περιστατικά**

Ως προς το χρόνο αναμονής για εισαγωγή στο νοσοκομείο τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.1.4.

Πίνακας 4.4.1.4: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το χρόνο αναμονής για εισαγωγή σε προγραμματισμένα περιστατικά

Χρόνος αναμονής	Αριθμός Ατόμων – Ποσοστό Αναλογίας
Λιγότερο από 1 εβδομάδα	3 (6%)
Μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων	6 (12%)
Μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων	6 (12%)
Περισσότερο από 1 μήνα	7 (14%)
Δεν θυμάστε	3 (6%)
Μη απαντημένες	25 (50%)
Σύνολο	50 (100%)

Ο χρόνος αναμονής για την εισαγωγή στο νοσοκομείο κατόπιν ραντεβού ήταν, λιγότερο από 1 εβδομάδα ποσοστό 6% του δείγματος, μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων 12%, μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων 12% του δείγματος, περισσότερο από ένα μήνα 14% πράγμα που δείχνει δυσαρέσκεια των ασθενών, ενώ το 6% δεν θυμόταν και το 50% δεν απάντησε στο ερώτημα.

▪ **Γενικές πληροφορίες στην περίπτωση προγραμματισμένης εισαγωγής**

Ως προς τις πληροφορίες για την περίπτωση της προγραμματισμένης εισαγωγής τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.5.

Πίνακας 4.4.1.5: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σχετικά με την προγραμματισμένη εισαγωγή.

	Συμφωνώ απόλυτα	Αριθμός Ασθενών - Ποσοστό				
		Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Δεν απαντώ
Χρόνος Αναμονής	4 (8%)	6 (12%)	6 (12%)	6 (12%)	4 (8%)	24 (48%)
Ευκολία στο κλείσιμο ραντεβού	19 (38%)	4 (8%)	2 (4%)	2 (4%)	1 (2%)	24 (48%)
Κακή Εξυπηρέτηση από το προσωπικό	-	-	-	21 (42%)	5 (10%)	24 (48%)
Ενημέρωση	7 (14%)	10 (20%)	5 (10%)	4 (8%)	-	24 (48%)

Το 38% θεωρούν ότι κλείσιμο του ραντεβού στη γραμματεία δεν ήταν κάτι το δύσκολο και το χρονοβόρο ενώ το 2% διαφωνεί τελείως με την ιδέα αυτή. Το 42% του δείγματος διαφωνεί με την κακή εξυπηρέτηση από το προσωπικό της γραμματείας, ενώ σχεδόν τα μισά άτομα δεν απάντησαν στο συγκεκριμένο ερώτημα. Όσο αφορά την ενημέρωση το 20% του δείγματος, δεν είχε κανένα σχετικό πρόβλημα με την ενημέρωση πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο.

▪ **Επείγουσα ή άμεση παραπομπή**

Ως προς την επείγουσα ή άμεση παραπομπή στο νοσοκομείο τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 4.4.1.6.

Πίνακας 4.4.1.6: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σχετικά με την επείγουσα ή άμεση παραπομπή.

Αριθμός Ασθενών –Ποσοστό						
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ
Επαρκής πληροφόρηση	2 (4%)	4 (8%)	6 (12%)	11 (22%)	2 (4%)	25 (50%)
Οργάνωση στη φροντίδα	1 (2%)	11 (22%)	5 (10%)	7 (14%)	1 (2%)	25 (50%)

Στην άμεση παραπομπή, το 22% διαφωνεί με την επαρκεί πληροφόρηση ενώ μόλις το 4% συμφωνεί ότι η πληροφόρηση είναι επαρκής. Επίσης, το 22% συμφωνεί ότι η φροντίδα που έλαβε στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ήταν καλά οργανωμένη, ενώ και στις 2 περιπτώσεις το 50% των ερωτηθέντων δεν απάντησαν.

➤ **Β. ΑΦΙΞΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

▪ **Πόση ώρα έκαναν να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο;**

- Λιγότερο από 10 λεπτά
- 11 λεπτά έως μισή ώρα
- Μισή ώρα έως μια ώρα
- Περισσότερο από 2 ώρες
- Δεν θυμάστε

Το ερώτημα αυτό διερευνά το χρόνο αναμονής των ασθενών έως την άφιξή τους σε θάλαμο. Ως προς τον τρόπο εισαγωγής τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.7

Πίνακας 4.4.1.7: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το χρόνο αναμονής για κρεβάτι.

Χρόνος αναμονής	Αριθμός Ατόμων – Ποσοστό Αναλογίας
Λιγότερο από 10 λεπτά	5 (10%)
11 λεπτά έως μισή ώρα	7 (14%)
Μισή έως 1 ώρα	22 (44%)
Περισσότερο από 2 ώρες	9 (18%)
Δεν θυμάστε	7 (14%)
Μη απαντημένες	0 (0%)
Σύνολο	50 (100%)

Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (22%) φαίνεται πως περίμενε από μισή έως 1 ώρα ενώ μόνο το αμελητέο ποσοστό του 10% περίμενε λιγότερο από 10 λεπτά.

➤ Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

➤ Δ. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Οι ερωτήσεις αυτές διερευνούν την ικανοποίηση των ασθενών από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σε σχέση με το ενδιαφέρον, την ευγένεια, την ενημέρωση, τη διαθεσιμότητα και την εμπειρία του προσωπικού.

Ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του νοσηλευτικού προσωπικού τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.8

Πίνακας 4.4.1.8: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την αντιμετώπιση του νοσηλευτικού προσωπικού.

	Αριθμός Ασθενών - Ποσοστό				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Ενδιαφέρον	2 (4%)	36 (72%)	6 (12%)	6 (12%)	-
Ευγένεια	-	5 (10%)	4 (8%)	31 (62%)	10 (20%)
Ενημέρωση	6 (12%)	11 (22%)	21 (42%)	11 (22%)	1 (2%)
Οδηγίες	1 (2%)	5 (19%)	12 (24%)	29 (58%)	3 (6%)
Διαθεσιμότητα	-	18 (36%)	13 (26%)	19 (38%)	-
Εμπειρία	-	2 (4%)	9 (18%)	25 (50%)	14 (28%)

Από τον πίνακα 4.4.1.8 φαίνεται πως σε γενικές γραμμές η ικανοποίηση των ασθενών ως προς το ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού είναι αρκετά καλή, ενώ αυτό δεν συμβαίνει στην περίπτωση της ευγένειας και στην περίπτωση των οδηγιών που δίνουν οι νοσηλεύτες στους ασθενείς. Οι ασθενείς επίσης, σε ποσοστό 38% θεωρούν ότι το προσωπικό δεν είναι ιδιαίτερα διαθέσιμο όταν οι ασθενείς θεωρούν ότι τους έχουν ανάγκη. Ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του ιατρικού προσωπικού τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.9

Πίνακας 4.4.1.9: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την αντιμετώπιση του ιατρικού προσωπικού.

	Αριθμός Ασθενών - Ποσοστό				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Ενδιαφέρον	9 (18%)	28 (56%)	9 (18%)	4 (8%)	-
Ευγένεια	-	1 (2%)	7 (14%)	26 (52%)	16 (32%)
Ενημέρωση	9 (18%)	32 (64%)	4 (8%)	5 (10%)	-
Οδηγίες	4 (8%)	9 (18%)	31 (62%)	6 (12%)	-
Διαθεσιμότητα	2 (4%)	15 (30%)	21 (42%)	9 (18%)	3 (6%)
Εμπειρία	-	1 (2%)	6 (12%)	25 (50%)	18 (36%)

Φαίνεται από το παραπάνω πίνακα ότι, η συντριπτική πλειοψηφία του 64% είναι ικανοποιημένη από την ενημέρωση που δίνουν οι ιατροί ενώ παρουσιάζουν ουδετερότητα ως προς τις οδηγίες που δίνουν.

➤ **Ε. ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Στο συγκεκριμένο ερώτημα οι ασθενείς κατατάσσουν σε κατηγορίες χαρακτηριστικά του λοιπού προσωπικού (καθαρίστριες, θυρωροί, υπάλληλοι κυλικείου) ως προς την ευγένεια και την επάρκεια στο νοσοκομείο. (Πίνακας10).

Ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του υπόλοιπου προσωπικού τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.10

Πίνακας 4.4.1.10: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το υπόλοιπο προσωπικό.

Αριθμός Ασθενών – Ποσοστό					
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Ευγένεια	-	4 (8%)	34 (68%)	10 (20%)	2 (4%)
Επάρκεια	2 (4%)	7 (14%)	17 (34%)	10 (20%)	14 (28%)

Η γνώμη των ασθενών για το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου δεν δείχνει μεγάλες διαφοροποιήσεις σε σχέση με το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Μόλις 2 ασθενείς θεωρούν αγενές το λοιπό προσωπικό αν και κάτι τέτοιο δεν φαίνεται να συμβαίνει σχετικά με την επάρκεια του προσωπικού στο νοσοκομείο.

➤ ΣΤ. ΦΑΓΗΤΟ

Η ερώτηση αυτή σκοπό έχει την ανάδειξη των αποτελεσμάτων σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών για την ποιότητα του φαγητού, τη θερμοκρασία και την καθυστέρησή του.

Ως προς την ικανοποίηση των ασθενών για το φαγητό τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.11

Πίνακας 4.4.1.11: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το φαγητό.

	Αριθμός Ασθενών – Ποσοστό				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Κακή ποιότητα	1 (2%)	10 (20%)	7 (14%)	29 (58%)	3 (6%)
Σωστή θερμοκρασία	6 (12%)	26 (52%)	10 (20%)	8 (16%)	-
Καθυστέρηση	-	15 (30%)	15 (30%)	14 (28%)	6 (12%)

Στην περίπτωση του φαγητού φαίνεται η ποιότητα να καλύπτει τους ασθενείς ενώ δεν έχει γίνει κανένα παράπονο για τη θερμοκρασία του ή την πιθανή καθυστέρηση σερβιρίσματος.

➤ Ζ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Εδώ, εμφανίζεται η γνώμη των ασθενών για τη ζωή των ασθενών μέσα στο θάλαμο ως προς την καθαριότητα- υγιεινή, το θόρυβο, τη θερμοκρασία θαλάμου και την ασφάλεια.

Ως προς την ικανοποίηση των ασθενών για το εσωτερικό περιβάλλον τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.12

Πίνακας 4.4.1.12: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με το εσωτερικό περιβάλλον.

	Αριθμός Ασθενών - Ποσοστό				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Καθαριότητα	5 (10%)	28 (56%)	8 (16%)	9 (18%)	-
Θόρυβος	4 (8%)	22 (44%)	7 (14%)	15 (30%)	2 (4%)
Θερμοκρασία	-	4 (8%)	14 (28%)	22 (44%)	10 (20%)
Ασφάλεια	3 (6%)	14 (28%)	19 (38%)	14 (28%)	-

Παρατηρούμε, ότι η πλειοψηφία των ασθενών (56%) θεωρούν ότι οι θάλαμοι βρίσκονται σε καλή κατάσταση υγιεινής, επίσης, το 44% των ασθενών φαίνεται να είναι σχετικά ικανοποιημένο από το πιθανό θόρυβο που υπάρχει στους θαλάμους ενώ το 2% υποστήριξε ότι δεν υπάρχει. Όσον αφορά τη θερμοκρασία στους θαλάμους, οι περισσότεροι ασθενείς έδωσαν ουδέτερη απάντηση όμως το ποσοστό του 10% φαίνεται να μην είναι ευχαριστημένο. Τέλος, η ασφάλεια στους θαλάμους είναι ικανοποιητική αφού δεν υπάρχει κανένας δυσαρεστημένος ασθενής.

➤ Η. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Στο ερώτημα αναφέρονται οι απόψεις των ασθενών σχετικά με την καθυστέρηση στις διαδικασίες που γίνονται και την παραμονή στο νοσοκομείο.

Ως προς την ικανοποίηση των ασθενών για τις διαδικασίες του νοσοκομείου τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.13

Πίνακας 4.4.1.13: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τις εσωτερικές διαδικασίες.

Αριθμός Ασθενών –Ποσοστό					
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Καθυστερήση στις προγραμματισμένες διαδικασίες	4 (8%)	23 (46%)	11 (22%)	12 (24%)	-
Οργάνωση στο νοσοκομείο	-	6 (12%)	8 (16%)	29 (58%)	7 (14%)

Είναι λοιπόν κατανοητό, ότι όσο αφορά τις προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων κτλ) το 23% των ασθενών θεώρησε ότι καθυστερούν οι διαδικασίες αυτές και το 58% ότι η οργάνωση στο νοσοκομείο δεν είναι η καλύτερη δυνατή.

▪ **Νοιώσατε πόνο κατά τη διάρκεια νοσηλείας σας;**

- Ναι**
⇒ Πήγαινε στην 54^η ερώτηση
- Όχι**
⇒ Πήγαινε στην 55^η ερώτηση

Το ερώτημα αυτό διερευνά την περίπτωση που ο ασθενής ένοιωσε πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του. .

Ως προς τον πόνο κατά τη διάρκεια νοσηλείας τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.14

Πίνακας 4.4.1.14: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με τον πόνο κατά τη νοσηλεία.

Αριθμός Ασθενών –Ποσοστό						
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Δεν απαντώ
Ενδιαφέρον του προσωπικού για τον πόνο	4 (8%)	10 (20%)	6 (12%)	1 (2%)	-	29 (58%)

Κατά τη διάρκεια νοσηλείας τα 21 άτομα (42%) απάντησαν ότι ένιωσαν πόνο κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους, έναντι 29 ατόμων (58%) που δεν δήλωσαν κάτι τέτοιο. Το ποσοστό των ατόμων που έδωσε θετική απάντηση απάντησε αναλυτικότερα και τα αποτελέσματα φαίνονται στον πίνακα

➤ Θ. ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Αναφέρεται στο ερώτημα αυτό η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο ως προς την καθυστέρηση, την απαραίτητη ενημέρωση και την απαραίτητη διάρκεια νοσηλείας

Ως προς την ικανοποίηση από την έξοδο από το νοσοκομείο τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.15

Πίνακας 4.4.1.15: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την ικανοποίηση κατά την έξοδο.

	Αριθμός Ασθενών –Ποσοστό				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
Καθυστέρηση	5 (10%)	15 (30%)	12 (24%)	16 (32%)	2 (4%)
Ενημέρωση	3 (6%)	17 (34%)	17 (34%)	12 (24%)	1 (2%)
Μικρή διάρκεια νοσηλείας	-	7 (14%)	11 (22%)	21 (42%)	11 (22%)

Το 16% των ασθενών δεν φαίνεται να αντιμετωπίσαν προβλήματα σχετικά με την καθυστέρηση κατά την έξοδο από το νοσοκομείο λόγω γραφειοκρατίας, ενώ κράτησαν ουδέτερη στάση σχετικά με την ενημέρωσή τους για το τι έπρεπε να κάνουν πριν φύγουν.

➤ Ι. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Τέθηκε στους ασθενείς μία ερώτηση σχετικά με τη συνολική ικανοποίησή τους από την παραμονή στο νοσοκομείο.

Ως προς την ικανοποίηση από την παραμονή στο νοσοκομείο τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.16

Πίνακας 4.4.1.16: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την ικανοποίηση κατά την παραμονή.

	Αριθμός ασθενών	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα (1)	9	18%
Συμφωνώ (2)	15	30%
Είμαι ουδέτερος (3)	14	28%
Διαφωνώ (4)	12	24%
Διαφωνώ απόλυτα (5)	-	

Δεκατέσσερις ασθενείς απέφευγαν να πάρουν θέση, χρησιμοποιώντας εκφράσεις όπως: ανάλογα, εξαρτάται, συμβαίνει. Σημαντικό είναι, ότι το 30% θεώρησαν ότι σε γενικά πλαίσια ήταν ευχαριστημένοι από τις γενικές υπηρεσίες του νοσοκομείου.

Β') επαγγελματική ικανοποίηση

Στον πίνακα 4.4.1.17 παραθέτονται διάφορα ερωτήματα στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό σχετικά με την αμοιβή, την προαγωγή, την αναγνώριση της δουλειάς τους, την επικοινωνία μέσα στον οργανισμό, την ικανότητα του προϊστάμενου, το πακέτο των πρόσθετων παροχών, τους διαπληκτισμούς στην εργασία και τέλος κατά πόσο είναι ευχάριστη η εργασία των υπαλλήλων.

Ως προς την γενική ικανοποίηση από το προσωπικό του νοσοκομείου τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα 4.4.1.17

Πίνακας 4.4.1.17: Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων συνολικά και σύμφωνα με την γενική ικανοποίηση του προσωπικού.

			Αριθμός Ασθενών - Ποσοστό					Δεν απαντώ
			Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ αρκετά	
αμοιβή	50 (100%)		-	-	-	-	-	
ευκαιρίες προαγωγής	2 (4%)	8 (16%)	5 (10%)	7 (14%)	7 (14%)	20 (40%)	1 (2%)	
αγνώριση λειψιάς	-	5 (10%)	5 (10%)	8 (16%)	27 (54%)	5 (10%)	-	
επικοινωνία με τον οργανισμό	-	-	-	24 (48%)	23 (46%)	3 (6%)	-	
προϊστάμενος	20 (40%)	15 (30%)	-	-	8 (16%)	7 (14%)	-	
αποδοτικότητα	50 (100%)	-	-	-	-	-	-	
πρόσθετων παροχών	-	-	21 (42%)	25 (20%)	4 (8%)	-	-	
απόδοση	-	11 (22%)	15 (30%)	12 (24%)	6 (12%)	6 (12%)	-	

Τα συμπεράσματα που προκύπτουν από τον παρακάτω πίνακα είναι ότι, σχεδόν όλοι οι εργαζόμενοι έχουν παράπονα σχετικά με την αμοιβή της εργασίας τους όπως και για το πακέτο των πρόσθετων παροχών που έχουν πέρα του μισθού. Το 20% θεωρεί ότι υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά τους αν και σε γενικά πλαίσια οι περισσότεροι θεωρούν πως η δουλειά τους αναγνωρίζεται. Το 48% φαίνεται να είναι αντίθετο με τον επικοινωνία μέσα στον οργανισμό και το 20% δεν θεωρεί καν τον προϊστάμενο ικανό στη δουλειά του.

4.5 Συζήτηση – Συμπεράσματα - Προτάσεις

Στην παρούσα πτυχιακή εργασία, έγινε μια προσπάθεια ποιοτικής αξιολόγησης της ικανοποίησης του ιατρικού – νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου Ρόδου όπως και η αξιολόγηση της ικανοποίησης των νοσηλευομένων ασθενών.

Όσον αφορά το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, φαίνεται πως στο συντριπτικό ποσοστό τους θεωρούν πως η αμοιβή και οι παροχές που τους παρέχονται από το εθνικό σύστημα υγείας δεν είναι καθόλου ικανοποιητικές. Επίσης, οι ευκαιρίες προαγωγής είναι πιθανές στην εργασία, η επικοινωνία του οργανισμού έχει πρωταρχικό ρόλο ανάμεσα στους εργαζόμενους, πράγμα που δημιουργεί σοβαρά προβλήματα στην μετέπειτα ικανοποίηση των ασθενών. Παρόλο που αμφισβητούν την ικανότητα των προϊσταμένων με συνέπεια να μην θεωρούν ευχάριστη την εργασία τους, πιστεύουν στην αναγνώριση της εργασίας τους.

Οι ασθενείς εντοπίζουν σημαντικά προβλήματα στην μεταξύ τους επικοινωνία. Συγκεκριμένα, έχουν παράπονα όσο αφορά την ευγένεια, το ενδιαφέρον και την ενημέρωση τους από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό. Επιπλέον, θεωρούν ότι οι οδηγίες που δίνονται και η γενικότερη εμπειρία που έχει το προσωπικό του συστήματος υγείας είναι ανεπαρκής, ενώ, κρατάνε ως επί το πλείστον μια ουδέτερη στάση ως προς τη διαθεσιμότητα ιατρών και νοσηλευτών.

Παρακάτω παρατίθενται ορισμένες προτεινόμενες λύσεις, οι οποίες μελλοντικά, θα μπορούσαν να συναποτελέσουν μέρος ενός σχεδίου που σκοπό θα είχε να περιορίσει τις παραπάνω αποτυπωμένες ανεπάρκειες και τελματώδεις παραμέτρους όσο αφορά τους ασθενείς αλλά και τους επαγγελματίες υγείας.

Συγκεκριμένα, όσον αφορά το εσωτερικό του οργανισμού, η διοίκηση θα ήταν καλό να καλλιεργήσει ένα κλίμα συνεργασίας μεταξύ των εργαζομένων διοργανώνοντας συναντήσεις – σεμινάρια μεταξύ τους που ως στόχο τους θα έχουν την βελτίωση ή την υιοθέτηση νέων μεθόδων/διαδικασιών, μέσα σε εύλογο προκαθορισμένο χρονικό διάστημα και την επιμόρφωση των νοσοκομειακών στελεχών, ώστε να ενημερώνονται για τις νέες τάσεις και εξελίξεις και να είναι σε θέση να δραστηριοποιούνται και να διαχειρίζονται πιο αποτελεσματικά τις καταστάσεις και τις διαδικασίες, που λαμβάνουν χώρα στο νοσοκομείο, με συλλογικό τρόπο. Έτσι, η ανταλλαγή πληροφοριών και εμπειριών καθίσταται μια εύκολη διαδικασία, η οποία ενημερώνει τους υπόλοιπους εργαζόμενους για τυχόν προβλήματα που ενδεχομένως να υπάρχουν και τους προετοιμάζει για εκείνα που μπορεί να προκύψουν στο

μέλλον. Στην προσπάθεια αυτή, θα βοηθούσε η επέκταση της μηχανογράφησης σε όλα τα ιατρικά και νοσηλευτικά τμήματα (π.χ κλινικές) του νοσοκομείου.

Η διοίκηση επίσης, οφείλει να μεριμνά και να επεμβαίνει άμεσα για την αντιμετώπιση των τυχόν συγκρούσεων μεταξύ του προσωπικού, όπως και να δείχνει αμερόληπτη στάση, ώστε να μην αντιμετωπίζεται ένα μέρος από αυτούς με περισσότερη επιείκεια ενώ ένα άλλο όχι. Με τον τρόπο αυτό εξασφαλίζει το αίσθημα της ασφάλειας και της δικαιοσύνης που πρέπει να νοιώθει ο κάθε εργαζόμενος, ώστε να προσφέρει το καλύτερο δυνατό των δυνατοτήτων του στη δουλειά του.

Επιπλέον, να αναπτύξει μεθόδους υποκίνησης της εργασίας μέσω της επιβράβευσης και της ηθικής υποστήριξης των εργαζομένων, και φυσικά τη δίκαιη κατανομή του προσωπικού στα τμήματα. Αυτό αυτόματα σημαίνει ότι αποφεύγεται η επαγγελματική εξουθένωση εφόσον ισοκατανέμονται οι αρμοδιότητες και τα καθήκοντα στο προσωπικό και κατ' επέκταση στα τμήματα με το μεγαλύτερο φόρτο εργασίας και σε αυτά με τον μικρότερο.

Επιπρόσθετα, τα εκπαιδευτικά σεμινάρια σε ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό όσον αφορά τη συμπεριφορά τους στους ασθενείς, έχουν ως αποτέλεσμα την πλήρη ικανοποίηση των ασθενών.

Τέλος, οι συνεχείς συστάσεις της διοίκησης στο προσωπικό, η συστηματική παρακολούθηση και η βελτίωση των κτιριακών εγκαταστάσεων, του ιατροτεχνολογικού και ξενοδοχειακού εξοπλισμού καλυτερεύουν την ποιότητα προσφερομένων υπηρεσιών υγείας. Για παράδειγμα, η παρακολούθηση του αρμόδιου προσωπικού για την ποιότητα του φαγητού του νοσοκομείου και οι πιθανές επισημάνσεις σε αυτό, καθιστούν τη συγκεκριμένη υπηρεσία σχεδόν άριστη.

Εν κατά κλείδι μια πιο ενδελεχής έρευνα είναι επιτακτική, ώστε να αναγνωριστούν όλες οι ανάγκες και τα προβλήματα που διακατέχουν τα νοσοκομεία και να βρεθούν οι ανάλογες λύσεις, ώστε να αναβαθμιστεί η παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ξενογλώσση

- 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, 52-57.
- 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.
- Abel-Smith B. The world economics crisis, part 2: Health manpower out of balance. *Health Policy Planning* 1986, vol:1,p.p.309-316.
- Abel-Smith B, Calltrop J, Dixon M, Dunning At, EvansR, Hooland W ,Report on the Greek Health Services, Ministry of Health and Social Welfare, Athens,1994
- Bond, S., & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 52-63.
- Abramowitz, S., Cote', A.A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.
- Abu-Bader, S.H., (2000), Work Satisfaction, Burnout and Turnover among Social Workers in Israel, *International Journal of Social Welfare*,(9),p.p.191-200.
- Alderfer, C.P. (1969). A new theory of human needs. *Organization Behavior and Human Performance*, 4, 142.
- Alderfer, C.P. (1972). *Human needs in organizational settings*. The Free Press of Glendoe. New York.

- Alderfer, C.S. (1972). Existence, relatedness and growth. Free press. New York.
- Aletras, V., Papadopoulos, E., Niakas, D., (2006), "*Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses*", BMC Health Services Research, 6:66.
- Argyris, C. (1982). Reasoning learning and action. Jossey-Bass, San Francisco
- Babacus, E., & Mangold, W.G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. Health Services Research, 26(2), 767- 786.
- Barber, G. (1986). Correlates of job satisfaction among human service workers. Administration in Social Work, 10(1), 25-37.
- Baron, R.A. (1986). Behaviour in Organizations 2nd ed. Allyn & Bacon, Boston.
- Bond, S., & Thomas, L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. Journal of Advanced Nursing, 17, 52-63.
- Bond, S., Fall, M., Thomas, L., Flower, P., & Bond, J. (1990). Primary Nursing and Primary Medical Care: a comparative study in community hospitals. Health Care Research Unit Report No.39, University of Newcastle upon Tyne.
- Borkowski, N.,(2005)Organizational Behavior in Health Care, in:Adam's equity theory.Jones & Bartlett Publishers,Inc.Sudbury Massachusetts,2005, p.p.144 .47.
- Borkowski,N.,(2005),Organizational Behavior in Health Care,(2005)in:3NeedsTheory (Concequences (Advanced Topics in Organizational Behaviours) , paperback 108 pages),publisher : Sage Publications (USA), July 1997. McClelland) Jones & Bartlett Publishers,Inc. Sudbury Massachusetts, 2005,p.p.127 131.
- Brink, J.P. (1986). Editorial: the patient's perspective. Western Journal of Nursing Research, 8(2), 133-134.
- Cameron, S. (1973). Job satisfaction: The concept and the measurement. Department of Employment work. Research Unit, Occasional paper, No 4,1.

- Cavanagh, S.J. (1992). Job satisfaction of nursing staff working in hospitals. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 704-711.
- Cleary, P. D. & McNeil, B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25, 25-36.
- Conway, P.G., Williams, M.S., & Green, J.L. (1987). A model of job facet satisfaction. *Journal of Social Work Education*, 23(1), 48-57.
- Cope, L. (1981). *Organization development and action*. Research in Hospitals. Cower, London
- Davies A.R., Ware J.E. Jr., Brook R.H., Peterson J.R., and Newhouse J.O.: Consumer acceptance of prepaid and fee – for service medical care: Results from a randomized controlled trial. *Health Services Research* 21(3): 429-52, Aug. 1986
- Deming WE.: *Quality, productivity, and competitive position*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, 1982.
- Dohey, M., Cook, G., Stopper, SM (1987). *Historical development of the discipline of nursing*. Appleton and Lange, USA.
- Donabedian A.: Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q* 1966; 44: 166-203
- Donabedian, A.K (1980). *Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approach to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A.K (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Dosset, DL. (1988). Motivating staff in: EJ Sullivan, PJ Decker (Eds). *Effective management in nursing* 2nd ed. Addison-Wesley Publishing Co, Menlo Park, Calif. 179-208.

Dull, V.T., Lansky, D., & Davis, N. (1994). Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20(1), 444-452

Eriksen L.: "Patient Satisfaction- An Indicator of Nursing Care Quality?" *Nursing Management* 18, no. 7 (1987): 31-35.

Festinger, L.: A theory of social comparison processes. *Human Relat.* 7, 117, 1954.

Fishbein M. and Ajzen I.: *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*, 1975.

Fitzpatrick, R., and Hopkins, A.: Problem in the conceptual framework of patient satisfaction research : an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* 5(3) : 279-312, 1983.

Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I – Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.

Fleming, G.V (1979). Using consumer evaluations of Health care. *Hospital Progress*, 60, 60-68.

French, F., Ikenwilo, D., Scott, A., (2007), "What influences the job satisfaction of staff and associate specialist hospital doctors?", *Health Services Management Research* 20: 153–161.

Furse, D.H., Burcham, M.R., Rose, R.L., & Oliver, R.W. (1994). Leveraging the value of customer satisfaction information. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 14(3), 16-20.

Gessell, S.B., (2001), "A measure of satisfaction for the assisted-living industry", *J Healthcare Qual.*, 23: 16-25 in Κωσταγιώλας Π., Καϊτελίδου Δ., Χατζοπούλου Μ., ΒΕΛΤΙΩΝΟΝΤΑΣ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ. ΠΑΠΑΣΩΤΗΡΙΟΥ, Αθήνα, 2008.

Gordon, J.R., Mondy, W.R., Sharlin, R.S., Premeux, X.R. (1990). *Management and Organizational Behavior*. Allyn and Bacon A. Division, New York.

- Grunenberg, M., Wall, T. (1984). *Social psychology and organizational behaviour*. John Wiley, Chichester
- Gutek B.A.: Strategies for studying client satisfaction. *J.Soc. Iss.* 34, 44, 1976.
- 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 Counselling*. 12, 225- 233.
- Hackman, J.R., Oldham, G.R. (1975). Development of the job Diagnostic Survey. *Journal of Applied Psychology* 2, 159-170.
- Hackman, J.R., Oldham, G.R. (1980). *Work redesign*. Addison-Wesley, Menlo Park, California.
- Hackman, J.R. (1986). The psychology of self-management in organizations. In M.S. Pallak Po Perloff (Eds) *Psychology and work: productivity, Change, employment*. Willey Washington.
- Herzberg, F. (1966). *Work and nature of man*. Work Publishing, Cleveland.
- Herzberg, F., Mauser, B., Synderman, B. (1967). *The motivation to work*. Willey, New York.
- Herzberg, G. (1979). One more time: How do you motivate employees? *Harvard Business Review* 22, 2.
- Hoare G.Lee K.Towards a new model of health manpower .*WHO Chronicle* 1976,vol:30:p.p.433-441.
- Holzemer, W.L. (1990). Quality and cost nursing care: is anybody out there listeling? *Nursing and Health Care*, 10(8), 412-415.
- Hoppock, R. (1935). *Job satisfaction: Photo-studiew harper and Brothers*, New York.
- King, M., Knasel, F.G. (1980). *Work values and work salience: A review of British and North American Literature*, Hertford NICEC.
- Hulin C.L.: Satisfaction and other job attitudes. In *internasional Encyclopedia of Psychology. Psychotherapy, Psychoanalysis and Neurology* (Edited by Wolman), Vol. 10, p.12, 1977.
- Iaffaldano, M.T., & Muchinsky,P.M.91985).Job satisfaction and job performance: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 97(2),251-273.

Jayrante, S., & Chess, W.A. (1984). Job satisfaction, burnout in social work. In B.A. Farber (Ed.). *Stress and burnout in the human service professions* (pp. 129-141), New York: Pergamon Press.

Joint Commission for Accreditation of Health Care Organizations, JCAHO. (1991). *Accreditation manual for hospitals 1992*. Chicago, IL: Author

Joy, L. & Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. *Nursing Management*, 23(7), 73-77.

Juran JM.: *Managerial breakthrough*, New York : McGraw – Hill, 1964

Kelley, H. H.: two functions of reference groups. In *Readings in Reference Group Theory and Research* (Edited by Hyman and Singer), 1952.

King, M., Knasel, F.G. (1980). *Work values and work salience: A review of British and North American Literature*, Hertford NICEC

Klaus P.G.: *Quality epiphenomenon: the conceptual understanding of quality face-to-face encounters*. In: A. Crzepterl, M.R. Soloman, and C.F. Supermant, editors. *The Service Encounter. Managing Employee/Customer Interaction in Service Businesses*. Lexington. M.A: Deximington Books; 1985, pp. 181-193

Koeske GF, Kirsk S A, Koeske RD, Rautis MB, (1994). *Measuring the Monday blues: (job satisfaction scale for the human services)*, *Social Work Research*, Vol.18, Num.1. p.p 28-29

Koeske GF, Kirsk SA, Koeske RD, Rautis MB, (1994). *Measuring the Monday blues: (job satisfaction scale for the human services)*, *Social Work Research*, Vol.18, Num.1. p.p 27-35.

Koeske, G.F., & Koeske, R.D. (1989). *Construct validity of the Mslach Burnout Inventory: A critical review and reconceptualization*. *Journal of applied Behavioral Science*, 24(2), p.p. 131-144.

Korsch B.M. et al.: *Gaps I doctor-patient communication*. *Pediatrics* 42, 855, 1968.

Lawer E.E.: *Pay and Organizational Effectiveness: A psychological View*, p. 206, 1971

Leebov, W. (1988). Service excellence: the customer relations strategy for health care.
U.S.A.: A.H.A. American Hospital Publishing.

Lewin, K. et al.: Level of Aspiration. In Personality and the Behaviour Disorders (Edited by
Hunt J.) Volume 1, 1984.

Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. Social Science and
Medicine, 16, 577-582.

Locke, E.A. (1984). Job satisfaction In M. Grunenberg T. Wall (Eds) Social psychology
and organizational behaviour. John Wiley, Chichester.

Luthans, F. (1989). Organizational Behaviour McGraw Hill Book Company. New
York.

Manny Vuori: Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methology, Public
Health in Europe no. 16 Copenhagen: WHO.1982

Mark Meterko and Haya Rubin: Can patients evaluate the quality of hospital care?
Medical Care Review 1990; 47(3): 265

Marquis M.S. Davies, A.R., and Ware, J.E., Jr.: Patient satisfaction and change in medical
care provider : a longitudinal study. Medical Care 21(8): 821-29, Aug, 1983.

Maslow, A.H. (1964). Motivation and Personality. Harper & Bros, New York.

Mayo's Hawthorne Experiments,[online],available at:
<http://www.telelavoro.rassegna.it/fad/socorg03/l4/Elton%20Mayo-Hawthorne.htm>
[accessed:18/07/05].

McFarland, G.K., Leonard, H.S. Morris, M.M. (1984). Nursing leadership and
management: Contemporary strategies. Wiley and Sons, New York.

Mejia A. World trends in health manpower development: a review. WorldHealth Statistics
Quarterly 1980,vol:33:p.p.112-126.

- Mejia A. Health Manpower out of balance: conflicts and prospects. Geneva, Council for International Organization of Medical Sciences, 1987.
- Mergivern, K., Halm, M.A., & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4), 9-24
- Meterko, M., Nelson, E.C., & Rubin, H.R. (1990). Patient judgments of hospital quality. *Medical Care*, 28(9), Supplement, 1-56.
- Metron, R.K. and Rossi A.K.: Contributions to the theory of reference group behaviour. In Merton, 1968. 1957.
- Merton R.K.: Continuities in the theory of reference groups. In *Social Theory and Social Structure* 1968
- Miller-Bader, . (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 11-17.
- Nadler, D.A., Tushman, M.L. (1980). A model for diagnostic organization. *Organizational Dynamics*, Autumn.
- Nunnally, J. *Psychometric Theory*, 1967.
- Oberst, M. T. (1984). Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53, 2366-2373.
- Parsons, T. and Shils E.: *Towards a General Theory of Social Action*, 1951.
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 189.
- Peters, D.A. (1993). Improving quality requires consumer input: Using focus groups. *Journal Of Care Quality*, 7(2), 34-41.
- Petersen, M.B. (1988) Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.

Peterson, K.: *The Strategic Approach to Quality Service in Health Care*, Rockville, MD: Aspen Publishers, 1988.

Piko, B., (2005), "*Burnout, role conflict, job satisfaction and psychosocial health among Hungarian health care staff: A questionnaire survey*", International Journal of Nursing Studies 43 (2006) 311–318.

Reeder LG.: The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *J. Health Soc. Beh.* 1972; 13: 406-412

Redfern, S.I. (1981). Hospital sisters work attitudes: Perceptions and wastage. *Journal of Advanced Nursing* 5, 451-466.

Risser, N.L. (1975). Development of instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing research*, 24(1), 45- 52.

Robbins, S.P. (1983). *Organizational Theory* N.J.: Prentice-Hall. Englewood Cliffs.

Robbins, S.P. (1993). *Organizational behaviour: Concepts, Controversies, and Applications*. New Jersey: Prentice Hall.

Sandrone V.,1997,F.W.Taylor&Scientific Management,[online] available at:
<http://www.skymark.com/resourses/leaders/taylor.asp> [accessed: 10/06/05].

Scardina, S.A. (1994). SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 8(2), 38-46.

Scitovsky T.: *The joyless economy: an inquiry into human satisfaction and consumer dissatisfaction*, 1976.

Shein, E.H. (1980). *Organizational psychology*. Prentice-Hall. Englewood Cliffs. NJ.

Slavitt, D.B., Stamps, P.A., Piedmont, E.B., Haase, A.B. (1978). Nurses satisfaction with their work situation. *Nursing Research* 27, 114-120.

- Smith, P.C., Kendall, L.M., Hulin, C.L. (1969). The measurement of satisfaction in work and retirement. Rand McNally, Chicago.
- Smith, R.B. (1977). Patient opinions help place hospital services in perspective. *Hospitals*, 51(16), 65-68.
- Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4(3), 171-177.
- Spector, P. E.,(1997), Job satisfaction : Application , Assesment , Causes and Concequences (Advanced Topics in Organizational Behaviours) , paperback 108 pages),publisher : Sage Publications (USA), July 1997,ISBN : 0761089234 pp.2 .
- Stouffer, S. et al.: The American soldier: studies in social psychology in World Warr II. Quatation from Merton. 1949
- Strasen, L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18(11). 5-6.
- Sullivan, J.E., Decker, J.P. (1988). Effective management in nursing. Addison Wesley Publishing Company, Menlo Park, California.
- Syptak, J. M, Marsland, D.W., Ulmer, D.(1999). Job Satisfaction: Putting Theory Into Practice. American Academy of Family Physicians.[online]available at: <http://www.aafp.org/fpm/991000fm/26.html>. [accessed: 20/06/05].
- Tappen, R.M. (1984). Nursing Leadership: concepts and practice F.A. Davis Company Philadelphia.
- Taylor, F. (1947). Scientific Management. NY: Harper & Row. (originally published 1911)p.p129-130.
- Taylor, C. (1970). In horizontal orbit: Hospitals and the cult of efficiency. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Taylor, F. (1981). "What is scientific management". In: M.Matterson, J. Ivanvevich (Eds). *Management Classics*, 2nd Scott, Foresnan Glenview, 111.

Thibault, J. and Kelley, H.H.: The Social Psychology of Groups. Chapter 6, 1959.

Timmereck. T.C., Randall, P.J. (1981) Motivation, management and the supervisory nurse. Supervisor Nurse. 12, 28-31.

UK-Learning 2001-3, RevisionNotes.Co.Uk - Free Revision and Course Notes or UK Students, [online] available at: <http://www.revisionnotes.co.uk/revision/795.html> [accessed: 10/08/05].

Vaske,J.J.,Grantham,C.E.,(1990),Socializing the Human Computer Environment,Ablex Publishing Corporation,U.S.A.1990,I.S.B:0893914711,p.p.138-

Vinocur-Kaplan, D.(1991). Job satisfaction among social workers in public and voluntary child welfare agencies. Child Welfare,70,81-91.

Vroom, V.H. (1964). Work and motivation: John Wiley & Sons. New York

Vuori, H. (1987). Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care? Quality Review Bulletin, 13(3), 106-108.

Wallis, D., Cope, D. (1977). Job satisfaction among professional Workers: discussion of a project, some theories and a model. Report. Department of Applied Psychology. Occasional paper No 5, UWIST. London.

Ware J.E. et al.: Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services. Volume 1 of a Final Report (Parts A and B). NCHSR and Southern Illinois School of Medicine, 1976.

Ware, J.E. Davies-Avery A, Stewart AL.: The measurement and the menaing of patient satisfaction. Health Med. Care Serv Rev 1978; 1:1-1-15

Williams R.: Relativa Deprivation. In the Idea of Social Structrure (Edited by Coser L.) p. 356, 1975.

World Health Organization (WHO): Primary Health Care, Health for All Series no. 1. Geneva : WHO, 1978 World Health Organization (WHO): Global Strategy for Health for All by the Year 2000, Health for All Series, no 3 Geneva : WHO 1981.

World Health Organization, (WHO). (1981). Global Strategy for Health for All by the year 2000, Health for All Series(no 3). Geneva WHO

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.

Young, L.C., Hayne, A.H. (1988). *Nursing Administration from concepts to Practice*. W.B. Saunders Company Philadelphia.

Ελληνόγλωσση

- Αθανασιάδου Χ., Πετροπούλου Σ., Μιμίκου Γ., (2001) Οι συνθήκες της γυναικείας απασχόλησης στην Ελλάδα: 1980-2000, Research Report, Αθήνα, Κέντρο Ερευνών για Θέματα Ισότητας (Κ.Ε.Θ.Ι)
- Αλεξιάκης, Γ., (2006), Η ΤΕΧΝΗ ΤΗΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ – δεκαέξι απλά μαθήματα», Εκδόσεις Σμίλη, σ.334-335.
- Βασιλάκης, Γ., Καπετανάκης Γ., Μαλτεζάκη Ε., Πλευράκη Ε., (1997), «Μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης ασθενών σε δύο κλινικές του ΠΓΝΝ Ηρακλείου με χρήση ερωτηματολογίου», Προσωπική Επικοινωνία.
- Δρίτσας, Σ. και συν., (1994), «Απόψεις νοσηλευομένων και αξιολόγηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στο ΓΝ Κοργιαλένιο Μπενάκειο του ΕΕΣ», Επιθεώρηση Υγείας, 59-63.
- ΕΚ.ΠΟΙ.ΖΩ., (1999) στο Παπανικολάου Β., «Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ: ΑΡΧΕΣ ΜΕΘΟΔΟΙ ΚΑΙ ΕΦΑΡΜΟΓΕΣ», ΠΑΠΑΖΗΣΗ, Αθήνα, 2007.
- Θεοφανόπουλος, Π. (1994). Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: Πρόκληση ή ουτοπία και η ελληνική κατάσταση. Πρακτικά συνεδρίου “Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας”, _____ 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 31-38. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
- Κυριόπουλος, Γ, Γεωργούση Ε., Οικονόμου Χ., (2003), Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας: Η οπτική των οικονομικών της Υγείας, στο Κυριόπουλος Γ., Λιόνης Χ., Σουλιώτης Κ., Τσάκος Γ., Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
- Νιάκας, Δ., Γναρδέλλης, Χ., (2000), «Η ικανοποίηση ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας», Ιατρική, 77 (5): 464-470.
- Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. Επιθεώρηση Υγείας, 56, 248-256.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας Δ., Πιερράκος, Ι., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι., (2005),
«Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική»,
Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 22(3):284-295.

Ραγιά, Χ. Α. (1987). Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα.

Ταλιαδώρου, Α. 2004, Η επαγγελματική ικανοποίηση. Η σημασία της για τον
εργαζόμενο και την επιχείρηση [online] available
at: <http://istoselides.gr/news/article.php?i=2390> [accessed: 08/05/05].

Χαραλαμπίδου, Ε., (1996), Επαγγελματική Ικανοποίηση των Νοσηλευτών στο Χώρο του
Νοσοκομείου, Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών,
τμήμα Νοσηλευτικής.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΑ

A.1) Μέτρηση Ικανοποίησης Εσωτερικών Ασθενών Του Γενικού Νοσοκομείου Ρόδου.

A.2) Εργασιακή Ικανοποίηση

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ
ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΡΟΔΟΥ

Καλημέρα/ καλησπέρα, ονομάζομαι Καραγιάννη Μαρία και τηλεφωνώ εκ μέρους του γενικού Νοσοκομείου Ρόδου.

Θα μπορούσα να μιλήσω με τον/την
(εάν ο ασθενής δεν είναι διαθέσιμος, τότε κλείνετε ραντεβού για να ξαναεπικοινωνήσετε),
(εάν απαντήσει άλλο άτομο, επαναλαμβάνετε η εισαγωγή στον ερωτώμενο).

Κύριε / κυρία διεξάγουμε μια έρευνα για το πόσο ικανοποιημένος/η είστε από τη νοσηλεία σας στο Γενικό Νοσοκομείο Ρόδου. Το όνομά σας επιλέχθηκε τυχαία από μια λίστα εξερχόμενων ασθενών του Νοσοκομείου. Η γνώμη που έχετε για τη νοσηλευτική φροντίδα των νοσοκομείων είναι πολύ σημαντική για εμάς και νομίζουμε ότι πρέπει να λαμβάνεται υπόψη από το Υπουργείο Υγείας.

Να σας τονίσω ότι είμαι ανεξάρτητη επιστήμονας και όχι υπάλληλος του νοσοκομείου. Επίσης, ότι τα προσωπικά σας στοιχεία θα παραμείνουν κρυφά και θα καταστραφούν μετά το τέλος της έρευνας. Μπορείτε έτσι να διατυπώσετε ελεύθερα τις απόψεις σας.

Θα θέλατε να συμμετάσχετε;

Η έρευνα δεν θα διαρκέσει περισσότερο από 10-12 λεπτά.

Να ξεκινήσουμε;

Παρακαλούμε θυμηθείτε ότι οι απαντήσεις σας πρέπει να αναφέρονται στην πιο πρόσφατη παραμονή σας στο νοσοκομείο της Ρόδου.

Τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από όσους περνούν την Ερώτηση:

Φίλτρο:

1. Είστε άνω των 18 ετών;

Ναι

Όχι

(Αν δεν περάσει από την ερώτηση φίλτρο σταματούμε την έρευνα λέγοντας: Ευχαριστούμε πολύ, αλλά δεν μπορούμε να συνεχίσουμε την έρευνα γιατί.....)

A. ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

2. Εισαχθήκατε στο νοσοκομείο ως επείγον περιστατικό ή τηλεφωνώντας στο 166 ή κατόπιν λίστας αναμονής ή προσχεδιασμένα;

- Επείγον/ τηλέφωνο στο 166/ άμεση παραπομπή

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 3

- Λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 5

Επείγουσα ή άμεση παραπομπή

Από τις προτάσεις που θα σας διαβάσω, παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση. Σας διαβάζω την πρόταση:.....(διαβάζω την 3^η ερώτηση).....

Με αυτό που σας είπα θα λέγατε ότι... «Συμφωνείτε απόλυτα»... «Συμφωνείτε»...ή «Διαφωνείτε απόλυτα».

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
3. Στο τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λάβετε επαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας σας και τη θεραπευτική αγωγή	1	2	3	4	5

**4. Η φροντίδα
που λάβατε στο
Τμήμα
Επειγόντων
Περιστατικών
ήταν καλά
οργανωμένη**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Λίστα αναμονής ή προγραμματισμένη εισαγωγή

5. Πόσο διάστημα περιμένατε στη λίστα αναμονής, από την ημέρα που μάθατε ότι πρέπει να νοσηλευτείτε στο νοσοκομείο μέχρι την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας;

- Λιγότερο από 1 εβδομάδα
- Μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων
- Μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων
- Περισσότερο από 1 μήνα
- Δεν θυμάστε

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
6. Νοιώθετε ότι ο χρόνος αναμονής από της στιγμή που θελήσατε να νοσηλευθείτε στο νοσοκομείο έως την ημέρα που έγινε η εισαγωγή σας ήταν υπερβολικά μεγάλος	1	2	3	4	5
7. Το κλείσιμο του ραντεβού για εισαγωγή έγινε εύκολα από τη Γραμματεία (τηλεφωνικώς ή με επίσκεψη στο νοσοκομείο)	1	2	3	4	5
8. Το προσωπικό της γραμματείας ήταν απρόθυμο να σας εξυπηρετήσει	1	2	3	4	5
9. Το προσωπικό της Γραμματείας είχε σας εξηγήσει επαρκώς πριν την εισαγωγή σας τι ακριβώς θα γινόταν στο νοσοκομείο	1	2	3	4	5

B. ΑΦΙΞΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

10. Πόση ώρα έκαναν να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο;

- Λιγότερο από 10 λεπτά
- 11 λεπτά έως μισή ώρα
- Μισή ώρα έως μια ώρα
- Περισσότερο από 2 ώρες

Δεν θυμάστε

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
11. Η αναμονή σε καρέκλα ή καροτσάκι μέχρι να σας βρουν κρεβάτι σε θάλαμο ήταν περισσότερη από ότι θα έπρεπε	1	2	3	4	5
12. Στο εσωτερικό του νοσοκομείου υπήρχαν ταμπέλες ή άλλη σηματοδότηση με την οποία θα μπορούσατε εύκολα να πάτε εκεί όπου θέλατε	1	2	3	4	5
13. Η διαδικασία εισαγωγής σας στο νοσοκομείο ήταν δυσάρεστη	1	2	3	4	5

Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
14. Οι νοσοκόμες έδειξαν ενδιαφέρον και σας περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	1	2	3	4	5
15. Οι νοσοκόμες ήταν συχνά αγενείς	1	2	3	4	5

16. οι νοσοκόμες σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες (εξετάσεις από γιατρούς, ακτινογραφίες κ.τ.λ.)	1	2	3	4	5
17. Οι νοσοκόμες ήταν απρόθυμες να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας	1	2	3	4	5
18. Οι νοσοκόμες συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας	1	2	3	4	5
19. Οι νοσοκόμες καθυστερούσαν να έλθουν όταν τις ζητούσατε	1	2	3	4	5
20. Οι νοσοκόμες σας φέρθηκαν με σεβασμό	1	2	3	4	5
21. Οι νοσοκόμες ήταν ανίκανες να κάνουν σωστά τη δουλειά τους	1	2	3	4	5
22. Οι νοσοκόμες ήταν διακριτικές	1	2	3	4	5

Δ. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

Συμφων δ ιπόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
------------------------	---------	--------------------	---------	--------------------

23. Οι γιατροί περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας	1	2	3	4	5
24. Οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	1	2	3	4	5
25. Οι γιατροί ήταν ανίκανοι να κάνουν σωστά τη δουλειά τους	1	2	3	4	5

26. Οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας	1	2	3	4	5
27. Οι γιατροί ήταν συχνά αγενείς	1	2	3	4	5
28. Οι γιατροί ήταν διακριτικοί	1	2	3	4	5
29. Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες	1	2	3	4	5
30. Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό	1	2	3	4	5
31. Οι γιατροί σας έδωσαν λάθος διάγνωση για τη θεραπευτική αγωγή	1	2	3	4	5

Ε. ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
32. Το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό					
33. Οι καθαρίστριες ήταν αγενείς	1	2	3	4	5

34. Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν επαρκές

1 2 3 4 5

35. Το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί. Προσωπικό ασφαλείας, υπάλληλοι κυλικείου) ήταν αγενές

1 2 3 4 5

36. Χρειάστηκε να σας μεταφέρει τραυματιοφορέας;

 Ναι

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 37

 Όχι

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 38

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
37. Οι τραυματιοφορείς ήταν κατάλληλα εκπαιδευμένοι	1	2	3	4	5

ΣΤ. ΦΑΓΗΤΟ.

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
38. Η ποιότητα του φαγητού ήταν κακή					
39. Η θερμοκρασία του φαγητού ήταν αυτή που έπρεπε (π.χ. δεν ήταν υπερβολικά καυτό ή κρύο)	1	2	3	4	5
40. Το φαγητό σερβιριζόταν με καθυστέρηση	1	2	3	4	5

Z. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
	1	2	3	4	5
41. Ο θάλαμος ήταν καθαρός	1	2	3	4	5
42. Στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο), όπου μένατε είχε φασαρία	1	2	3	4	5
43. Τα σεντόνια του κρεβατιού σας τα άλλαζαν όσο συχνά έπρεπε	1	2	3	4	5
44. Η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν ακατάλληλη (έκανε κρύο ή πολύ ζέστη)	1	2	3	4	5

45. Οι χώροι υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5
46. Στο θάλαμο σας νοιώθατε άβολα γιατί υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς από ότι έπρεπε	1	2	3	4	5
47. Νοιώθατε ότι τα προσωπικά σας πράγματα ήταν επαρκώς ασφαλισμένα από πιθανή κλοπή	1	2	3	4	5
48. Νοιώθατε άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολύ ώρα	1	2	3	4	5
49. Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5
50. Νοιώθατε συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλου	1	2	3	4	5

Η. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
51. Οι προγραμματισμένες διαδικασίες (π.χ. χειρουργική επέμβαση, ακτινογραφία, εξέταση αίματος, ούρων κτλ) γινόταν χωρίς καθυστέρηση	1	2	3	4	5
52. Η παραμονή σας στο νοσοκομείο ήταν ανοργάνωτη και έγιναν λάθη που θα μπορούσαν να είχαν αποφευχθεί (π.χ. σας ζητήθηκε ξανά το ιατρικό ιστορικό ή επαναλήφθηκε εξέταση, επειδή χάθηκε)	1	2	3	4	5

53. Νοιώσατε πόνο κατά τη διάρκεια νοσηλείας σας;

- Ναι**
⇒ Πήγαινε στην 54^η ερώτηση
- Όχι**
⇒ Πήγαινε στην 55^η ερώτηση

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	--------------------	---------	--------------------

54. Το προσωπικό του νοσοκομείου ενδιαφέρθηκε για τον πόνο που νοιώθατε και φρόντισε να σας ανακουφίσει

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Θ. ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Παρακαλώ επιλέξτε μια από τις κατηγορίες που θα σας πω, έτσι ώστε να εκφράσετε το βαθμό στον οποίο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με κάθε πρόταση.

Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
--------------------	---------	--------------------	---------	--------------------

55. Την ημέρα που βγήκατε από το νοσοκομείο η έξοδός σας καθυστέρησε λόγω γραφειοκρατίας

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

56. Την ημέρα που βγήκατε από το νοσοκομείο σας ενημέρωσα επαρκώς για το τι έπρεπε να κάνετε πριν να φύγετε

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις οι οποίες είναι για στατιστικούς και μόνον λόγους. Χρησιμοποιούνται για να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε πώς διαφορετικές ομάδες ανθρώπων βιώνουν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Εάν ωστόσο, δεν θέλετε να απαντήσετε σε κάποια συγκεκριμένη ερώτηση, μπορείτε να προχωρήσετε στην επόμενη.

Φύλο:

Άρρεν

Θήλυ

Τι ηλικία έχετε;

- 18 – 30
- 31 - 44
- 45 – 60
- 61 – 74
- Άνω των 75

Μορφωτικό επίπεδο:

- Αναλφάβητος
- Απολυτήριο Δημοτικού
- Απολυτήριο Γυμνασίου / Λυκείου
- Ανώτερη σχολή (ΤΕΙ, ΙΕΚ)/ Ανώτατη σχολή (ΑΕΙ)
- Μεταπτυχιακός Τίτλος Σπουδών/ Διδακτορικό

Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα;

- Πολύ καλή
- Καλή
- Μέτρια
- Κακή
- Πολύ κακή

Έχετε κανένα γνωστό σας άτομο στο νοσοκομείο (από το προσωπικό) που σας βοήθησε;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Αναγκαστήκατε να πληρώσετε για κάποια υπηρεσία, άτυπα, επιπλέον χρήματα σε κάποιον υπάλληλο του νοσοκομείου(π.χ. γιατρό, νοσοκόμα), ενώ κανονικά δεν έπρεπε;

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

Πώς σας φάνηκε ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου;

- Πολύ μεγάλος
- Μεγάλος
- Κανονικός
- Μικρός
- Πολύ μικρός

ΕΡΕΥΝΑ ΕΡΓΑΣΙΑΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ						
Σας παρακαλούμε αφιερώστε λίγο από το χρόνο σας για να συμπληρώσετε το παρακάτω ερωτηματολόγιο. Για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο την άποψή σας σχετικά με αυτήν.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
Πιστεύω ότι αμείβομαι δίκαια για την εργασία που κάνω.	1	2	3	4	5	6
Υπάρχουν πολύ λίγες ευκαιρίες προαγωγής στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
Ο/Η προϊστάμενος μου είναι πολύ ικανός/η στη δουλειά του.	1	2	3	4	5	6
Δεν είμαι ικανοποιημένος από τις πρόσθετες παροχές(ασφαλιστική κάλυψη, άδειες μετ' αποδοχών, συνταξιοδοτικές προοπτικές) που λαμβάνω πέραν του μισθού.	1	2	3	4	5	6
Όταν κάνω καλά τη δουλειά μου αναγνωρίζεται όπως θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
Πολλοί από τους κανονισμούς και τις διαδικασίες μας, καθιστούν την διεκπεραίωση μιας σωστής δουλειάς δύσκολη.	1	2	3	4	5	6
Συμπαθώ τους ανθρώπους με τους οποίους δουλεύω μαζί.	1	2	3	4	5	6
Μερικές φορές αισθάνομαι πως η εργασία μου δεν έχει νόημα.	1	2	3	4	5	6
Η επικοινωνία φαίνεται καλή σ' αυτόν τον οργανισμό.	1	2	3	4	5	6
Οι αυξήσεις του μισθού είναι πολύ λίγες και σπάνιες.	1	2	3	4	5	6
Αυτοί που εργάζονται σωστά έχουν αρκετές πιθανότητες προαγωγής.	1	2	3	4	5	6
Ο προϊστάμενος μου είναι άδικος μαζί μου.	1	2	3	4	5	6
Οι πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού είναι εξίσου καλές με αυτές που προσφέρουν οι περισσότεροι άλλοι οργανισμοί.	1	2	3	4	5	6
Δεν θεωρώ πως η δουλειά μου εκτιμάται.	1	2	3	4	5	6
Οι προσπάθειες για να κάνω σωστά τη δουλειά μου σπάνια εμποδίζονται από τη γραφειοκρατία.	1	2	3	4	5	6
Θεωρώ ότι πρέπει να δουλεύω πιο σκληρά εξαιτίας της ανικανότητας των συνεργατών μου.	1	2	3	4	5	6
Μου αρέσουν αυτά που κάνω στην εργασία μου.	1	2	3	4	5	6
Οι στόχοι στον οργανισμό στον οποίο εργάζομαι δεν μου είναι	1	2	3	4	5	6

ξεκάθαροι.						
Παρακαλούμε, για κάθε ερώτηση κυκλώστε την απάντηση που προσεγγίζει περισσότερο την άποψή σας σχετικά με αυτήν.	Διαφωνώ απόλυτα	Διαφωνώ αρκετά	Διαφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ ελάχιστα	Συμφωνώ αρκετά	Συμφωνώ απόλυτα
Όταν σκέπτομαι την αμοιβή μου αισθάνομαι ότι ο οργανισμός στον οποίο δουλεύω δεν με εκτιμά.	1	2	3	4	5	6
Το προσωπικό του οργανισμού στον οποίο εργάζομαι προάγεται τόσο γρήγορα όσο γίνεται και αλλού.	1	2	3	4	5	6
Ο προϊστάμενος μου ενδιαφέρεται ελάχιστα για τα συναισθήματα των υφισταμένων του.	1	2	3	4	5	6
Το πακέτο πρόσθετων παροχών πέραν του μισθού που έχουμε είναι δίκαιο.	1	2	3	4	5	6
Υπάρχουν λίγες ανταμοιβές για όσους εργάζονται εδώ.	1	2	3	4	5	6
Έχω περισσότερα από ότι θα έπρεπε να κάνω στη δουλειά μου.	1	2	3	4	5	6
Περνάω ευχάριστα με τους συνεργάτες μου	1	2	3	4	5	6
Συχνά αισθάνομαι ότι δεν ξέρω τι συμβαίνει με τον οργανισμό στον οποίο εργάζομαι.	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι υπερήφανος κατά την εκτέλεση της εργασίας μου.	1	2	3	4	5	6
Αισθάνομαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες μισθολογικών αυξήσεων που μου παρέχονται.	1	2	3	4	5	6
Υπάρχουν πρόσθετες παροχές πέραν του μισθού που θα έπρεπε να λαμβάνουμε αλλά αυτό δεν συμβαίνει.	1	2	3	4	5	6
Συμπαθώ τον προϊστάμενο μου.	1	2	3	4	5	6
Έχω περισσότερη από ότι θα έπρεπε γραφική εργασία να κάνω.	1	2	3	4	5	6
Δεν θεωρώ πως οι προσπάθειές μου ανταμείβονται όπως θα έπρεπε.	1	2	3	4	5	6
Είμαι ικανοποιημένος από τις ευκαιρίες προαγωγής που μου παρέχονται.	1	2	3	4	5	6
Υπάρχουν πολλοί διαπληκτισμοί και διαμάχες στη δουλειά.	1	2	3	4	5	6
Η εργασία μου είναι ευχάριστη.	1	2	3	4	5	6
Οι εργασίες ανατίθεται χωρίς να επεξηγούνται πλήρως.	1	2	3	4	5	6

Οι πληροφορίες που ζητούνται παρακάτω θα χρησιμοποιηθούν αποκλειστικά για στατιστική επεξεργασία και για κανένα άλλο σκοπό.

37. Ποια είναι η ηλικία σας;

22 – 29 ετών 30 – 39 ετών 40 – 49 ετών 50 – 59 ετών 60 και πάνω

38. Ποιο είναι το φύλο σας;

Άρρεν Θήλυ

39. Είστε γιατρός ή νοσηλεύτρια/τής;

40. ποια είναι η ειδικότητά σας;

41. Πόσα χρόνια εργάζεστε στο νοσοκομείο;

0 – 2 χρόνια 3 – 5 6 – 10 11 - 20 πάνω από 20

42. Καθαρό μηνιαίο εισόδημα από το νοσοκομείο (μετά φόρων και ασφαλιστικών κρατήσεων):

Έως 1000 ευρώ 1000 έως 1500 ευρώ 1500 έως 2000 ευρώ 2000 έως 2500 ευρώ 2500 έως 3000 ευρώ μεγαλύτερο από 3000 ευρώ

43. Επίπεδο εκπαίδευσης :

Κάτοχος Πτυχίου ΑΕΙ Κάτοχος Πτυχίου ΤΕΙ Κάτοχος Πτυχίου Σχολής 2ετους φοίτησης Κάτοχος Μεταπτυχιακού Τίτλου Κάτοχος Διδακτορικού Τίτλου

44. Ποια είναι η οικογενειακή σας κατάσταση;

Έγγαμος Άγαμος Χήρος/α Διαζευγμένος/η

45. Αριθμός Παιδιών.....

46. Έχετε συμπληρώσει άλλη φορά στο παρελθόν ερωτηματολόγια ερευνών;.....

ΕΥΧΑΡΙΣΤΟΥΜΕ ΓΙΑ ΤΗ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ