

**ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ: ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**



ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

«Βιβλιογραφική ανασκόπηση των ερευνητικών εργαλείων και των μελετών ικανοποίησης ασθενών στις μονάδες υγείας στην Ελλάδα και στο εξωτερικό»

Σπουδαστής: Στάγιας Νικόλαος

Επιβλέπουσα Καθηγήτρια: Σιουρούνη Ελένη

Μάρτιος 2011

ΚΑΛΑΜΑΤΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Κατά την εκπόνηση της παρούσας εργασίας η πρακτική και ψυχολογική βοήθεια που έλαβα από την επιβλέπουσα Καθηγήτριά κ. **Σιουρούνη Ελένη**, ήταν καταλυτική για την ολοκλήρωσή της. Θα ήθελα λοιπόν να την ευχαριστήσω, για την πολύτιμη βοήθεια και καθοδήγησή της όπως και για την υπομονή που επέδειξε όλους αυτούς τους μήνες.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τους ανθρώπους του προσωπικού μου περιβάλλοντος, για την αμέριστη συμπαράστασή τους, ιδιαίτερα κατά τη διάρκεια των τελευταίων μηνών της προσπάθειάς μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ	3
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ	7
1.1 ΙΣΤΟΡΙΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΑΣΘΕΝΕΙΑΣ.....	7
1.2 ΓΕΝΙΚΑ ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	9
1.2.1 <i>Ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας</i>	10
1.3 Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	12
1.4 Η ΥΓΕΙΟΝΟΜΙΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	14
1.5 Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ.....	16
1.5.1 <i>Εισαγωγικές αναφορές</i>	16
1.5.2 <i>Η έννοια της ποιότητας</i>	17
1.5.3 <i>Ο Έλεγχος της ποιότητας</i>	22
1.5.3.1 <i>Μέθοδοι ελέγχου της ποιότητας</i>	26
1.5.4 <i>Μέτρηση της ποιότητας</i>	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	34
2.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	34
2.2 ΟΡΙΣΜΟΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	36
2.3 ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	40
2.3.1 <i>Ανάγκες ασθενών</i>	43
2.3.2 <i>Ψυχολογικές Ανάγκες</i>	44
2.3.3 <i>Ταξινόμηση των Αναγκών σύμφωνα με τον Maslow</i>	47
2.4 Ο ΑΣΘΕΝΗΣ ΚΑΙ Η ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑ ΤΟΥ.....	51
2.4.1 <i>Οι ανάγκες της οικογένειας ενός ασθενή</i>	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^Ο ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ	54
3.1 ΙΣΤΟΡΙΚΗ ΑΝΑΔΡΟΜΗ.....	54
3.2 ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	56
3.3 ΔΙΑΦΟΡΕΣ ΜΕΤΑΞΥ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΕΜΠΕΙΡΙΑΣ ΚΑΙ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ.....	64
3.4 ΟΦΕΛΗ ΑΠΟ ΤΗΝ ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	65
3.5 ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΣΤΑΘΜΙΣΗΣ ΜΙΑΣ ΚΛΙΜΑΚΑΣ.....	68
3.5.1 <i>Εγκυρότητα (Validity)</i>	69
3.5.2 <i>Προβλέπουσα εγκυρότητα</i>	70
3.5.3 <i>Συντρέχουσα εγκυρότητα</i>	71
3.5.4 <i>Εγκυρότητα περιεχομένου</i>	71
3.5.5 <i>Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής</i>	72
3.6 ΑΞΙΟΠΙΣΤΙΑ (RELIABILITY).....	73
3.6.1 <i>Τα είδη της αξιοπιστίας μιας κλίμακας</i>	74
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^Ο ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ	76
4.1 ΕΛΛΗΝΙΚΕΣ ΈΡΕΥΝΕΣ.....	76
4.2 ΔΙΕΘΝΕΙΣ ΕΡΕΥΝΕΣ.....	81
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ	86
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	87

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτη ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, άρα η καταγραφή της άποψης των νοσηλευόμενων ασθενών στα νοσοκομεία (μέσω δομημένων ερωτηματολογίων) είναι μια μέθοδος αξιολόγησης αλλά και ανατροφοδότησης του συστήματος για τη μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών στα νοσοκομεία κρίνεται πλέον στις μέρες μας αναγκαία.

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν να διερευνήσει τα ερευνητικά εργαλεία και τις μελέτες που διεξάγονται σχετικά με την μέτρηση που βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και να προσδιορίσει τους παράγοντες την επηρεάζουν και την διαμορφώνουν.

Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών έγινε ανάλυση τόσο ελληνικής όσο και ξένης βιβλιογραφίας. Στη βιβλιογραφική ανασκόπηση παρατίθενται σημαντικά σημεία από έρευνες που πραγματοποιήθηκαν καθώς και πληθώρα απόψεων επιστημόνων τόσο του εγχώριου όσο και του διεθνούς ιατρικού χώρου.

Από την έρευνά μας προκύπτει το συμπέρασμα πως στην Ελλάδα οι φορείς της υγείας οφείλουν να αφουγκρασθούν και να κατανοήσουν τις ανάγκες των ασθενών, να παρακολουθούν τις εξελίξεις του υγειονομικού τομέα άλλων κρατών, να εκσυγχρονίσουν το ελληνικό σύστημα υγείας και να διατηρήσουν την ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων, του κόστους και του οφέλους, με κεντρικό γνώμονα πάντοτε τον ασθενή.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με την πάροδο του χρόνου παρατηρείται σε παγκόσμιο επίπεδο ένα έντονο ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας. Ενώ ανέκαθεν, η γνώμη του προσωπικού αποτελούσε το κριτήριο για την αξιολόγηση της ποιότητας, σήμερα, όλοι οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως ένα πολύ σημαντικό δείκτη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Αν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική, δεν έχει διερευνηθεί όσο θα έπρεπε και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός¹. Παραφράζοντας τον ορισμό του Peter Senge (1990) για την ποιότητα που είναι “οτιδήποτε αφορά τον καταναλωτή”, θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι “οτιδήποτε αφορά τον ασθενή”. Ότι γίνεται πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος.

Σύμφωνα με τον Donabedian (1988)², οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και ταυτόχρονα απαραίτητη πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας.

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. Σήμερα, η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

¹ A. Merkouris, J. Ifantopoulos, V. Lanara, C. Lemonidou, “Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services”, *Journal of Nursing Management*, 7 1999a.

² A. Donabedian, “Commentary on some studies of the quality of care”, *Health Care Financing Review (annual supplement)* 1987.

Βασικός σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει τα ερευνητικά εργαλεία και τις μελέτες που διεξάγονται σχετικά με την μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών και να προσδιορίσει τους παράγοντες που την επηρεάζουν και τη διαμορφώνουν. Είναι ή όχι οι ασθενείς της Ελλάδας και του εξωτερικού ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται στις μονάδες υγείας; Τι δείχνουν οι μελέτες που έχουν διεξαχθεί σχετικά με την ικανοποίηση ή μη των ασθενών αυτών; Ποιά είναι τα ερευνητικά εργαλεία που χρησιμοποιούνται σε τέτοιου είδους έρευνες;

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο Ο ΚΛΑΔΟΣ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ

1.1 Ιστορία της Υγείας και της Ασθένειας

Στο μεγαλύτερο μέρος της ανθρώπινης ιστορίας οι μεταφυσικές αντιλήψεις, μαγικές ή θρησκευτικές, κυριαρχούσαν στην ερμηνεία του φαινομένου της υγείας και της αρρώστιας. Στις πρωτόγονες κοινωνίες τα στοιχεία της φύσης, οι ψυχές των νεκρών, τα άψυχα αντικείμενα θεωρούνταν αιτίες για τη διατήρηση της υγείας και την πρόκληση της αρρώστιας. Οι πρώτοι που συνειδητοποίησαν ότι η διατήρηση της υγείας και η πρόκληση της αρρώστιας είναι αποτέλεσμα φυσικών διεργασιών ήταν οι Αρχαίοι Έλληνες. Η Ιπποκράτεια παράδοση αποτέλεσε την αφετηρία μιας νατουραλιστικής προσέγγισης, θεμελιωμένης στην αρχαία φυσιοκρατική σκέψη, στην οποία βασίστηκε η ανάπτυξη της ιατρικής επιστήμης. Σύμφωνα με την παράδοση αυτή, η υγεία καθορίζεται με βάση την ισορροπία ανάμεσα στις δυνάμεις του περιβάλλοντος και την ατομική συμπεριφορά. Από την «εξωτερική» ισορροπία ανάμεσα στον άνθρωπο και το περιβάλλον εξαρτάται η «εσωτερική» ισορροπία των τεσσάρων «χυμών» του ανθρώπινου σώματος: του αίματος, του φλέγματος, της μαύρης και της κίτρινης χολής. Ο Ιπποκράτης συχνά αναφέρεται στην υγεία της «πόλεως». Οι αναφορές αυτές δηλώνουν τον σαφή κοινωνικό και περιβαλλοντικό προσανατολισμό της Ιπποκράτειας σκέψης. Η Ιπποκράτεια θεώρηση της υγείας επηρέασε βαθιά την άσκηση της ιατρικής στα χρόνια που ακολούθησαν.³

Στο Μεσαίωνα χάνεται μεγάλο μέρος της γνώσης που αποκτήθηκε την περίοδο της Αρχαίας Ελλάδας στο χώρο της υγείας. Σε αυτό συνέβαλε ουσιαστικά η θέση της Ρωμαιο-Καθολικής Εκκλησίας η οποία θεωρούσε ότι είναι η μόνη υπεύθυνη για τη μελέτη του νου και των κοινωνικών προβλημάτων, ενώ ο ρόλος του γιατρού έπρεπε να περιορίζεται μόνο στη θεραπεία της ασθένειας.⁴

³ Γ. Τούντας, «Κοινωνία και υγεία», Οδυσσεάς, Αθήνα 2000.

⁴ Σ. Κουκούλη, «Σημειώσεις κοινωνιολογίας» Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης – Τμήμα Νοσηλευτικής, 2000-2001.

Ο μερκαντιλισμός του 17ου αιώνα και ο διαφωτισμός του 18ου αιώνα, που είχαν έντονα κοινωνικό και «εκσυγχρονιστικό» χαρακτήρα, αν και δεν κατάφεραν να ανανεώσουν την ιατρική με τους ταχείς ρυθμούς που κυριάρχησαν, αργότερα κατά τον 19ο αιώνα έθεσαν όμως για πρώτη φορά το ζήτημα του ρόλου της υγείας στη διαμόρφωση εθνικής και αναπτυξιακής πολιτικής. Το επίπεδο υγείας ενός λαού θεωρήθηκε σημαντικός παράγοντας για την πολιτική και οικονομική ευρωστία του κράτους, ενώ ταυτόχρονα γεννήθηκε η αισιοδοξία ότι ο άνθρωπος είναι σε θέση να καταπολεμήσει την αρρώστια και, κυρίως, το μείζον πρόβλημα της εποχής εκείνης, τις επιδημίες.

Σε αυτό το γενικότερο κλίμα, ολοένα και περισσότεροι ερευνητές άρχισαν να μελετούν τις επιπτώσεις του κοινωνικού περιβάλλοντος στην υγεία. Η ταχύρυθμη εκβιομηχάνιση και αστικοποίηση οδηγούσε μεγάλα τμήματα του πληθυσμού στην εξαθλίωση, σε απάνθρωπες συνθήκες εργασίας και κατοικίας. Οι συνθήκες αυτές, οδήγησαν στην γέννηση εννοιών όπως η κοινωνική ιατρική και η δημόσια υγεία. Η ανάπτυξη του κινήματος της δημόσιας υγείας ήταν φυσικό να επηρεάσει και τις αντιλήψεις, της εποχής εκείνης για την υγεία. Κοινωνικοί μεταρρυθμιστές, πολιτικοί, φιλελεύθεροι γιατροί, απαίτησαν να αναγνωριστεί η ευθύνη της κοινωνίας στην προστασία του περιβάλλοντος και στην εξασφάλιση της υγείας υποστηρίζοντας παράλληλα ότι η ιατρική είναι κυρίως κοινωνική επιστήμη (Κασοτάκη, 2004)⁵.

Προς τα τέλη του 19ου αιώνα και τις αρχές του 20ου, οι μεγάλες κατακτήσεις της βιοϊατρικής, και ειδικότερα της μικροβιολογίας, οδήγησαν σε εξασθένηση του κινήματος της κοινωνικής ιατρικής και σε αποδοχή μιας μονοδιάστατης ερμηνείας της υγείας και της αρρώστιας, που στηριζόταν κυρίως στα ευρήματα της εργαστηριακής και κλινικής ιατρικής. Το ανθρώπινο σώμα κατοχυρώθηκε ως «μηχανή». Η επικράτηση της

⁵ Κ. Κασοτάκη, Πτυχιακή Εργασία «Η ικανοποίηση των χρηστών/νοσηλευόμενων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του Π.Α.Γ.Ν.Η», Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη 2004

ιατροκεντρικής αντίληψης για την υγεία και η επικράτηση ενός βιοϊατρικού μοντέλου σφράγισαν το μεγαλύτερο μέρος του 20ου αιώνα.⁶

1.2 Γενικά Χαρακτηριστικά της Υγείας

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας⁷ διαμόρφωσε το 1946 τον δικό του ορισμό, που αποτελεί σήμερα την επικρατέστερη και πιο γνωστή προσέγγιση για τον προσδιορισμό της υγείας. Σύμφωνα με τον καταστατικό χάρτη του Π.Ο.Υ, υγεία είναι: «η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, και όχι η απλή απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας». Με τον ορισμό αυτό αναγνωρίζονται πρώτα απ' όλα δυο παράμετροι που οριοθετούν την υγεία: η παράμετρος της απουσίας της αρρώστιας και η παράμετρος της ευεξίας. Αναγνωρίζεται, επίσης, σε ότι αφορά την ευεξία, η ύπαρξη ψυχικής και κοινωνικής διάστασης, πέρα από τη σωματική. Ο ορισμός της «υγείας», συνεπώς, εξαρτάται από τον τρόπο θεώρησης του ζωντανού οργανισμού και της σχέσης του με το περιβάλλον. Η θεώρηση αυτή διαφέρει από πολιτισμό σε πολιτισμό και μεταβάλλεται με το πέρασμα του χρόνου⁸.

Το δεύτερο σκέλος του ορισμού του Π.Ο.Υ για την υγεία, που αναφέρεται στην απουσία της αρρώστιας ή της αναπηρίας παραπέμπει στον αρνητικό προσδιορισμό της υγείας. Η αρρώστια αποτελεί είτε παρεκτροπή από τη φυσιολογική λειτουργία του οργανισμού, με βάση μετρήσιμες βιολογικές παραμέτρους, είτε παρουσία καθορισμένων παθολογικών

⁶Γ. Τούντας, «Κοινωνία και υγεία», Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

⁷ World Health Organization(WHO):*Primary Health Care,Health for all series no 1 Geneva*:WHO 1978World Health Organization(WHO):*Clobal strategy for healthfor all by the year 2000,Health for all series no 3 Geneva* WHO 1991.

⁸Φ. Αναγνωστόπουλος,Δ. Παπαδάτου, «*Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.

αλλοιώσεων. Ο προσδιορισμός της γίνεται με τρία κλασικά ιατρικά κριτήρια. Το πρώτο αφορά τα υποκειμενικά ενοχλήματα του αρρώστου, το δεύτερο του εντοπισμό μίας βλάβης (συνήθως σε επίπεδο οργάνου) και το τρίτο το σύνολο των συμπτωμάτων που συνιστούν μια αναγνωρίσιμη κλινική οντότητα⁹.

Είναι πλέον παγιωμένη άποψη πως η διάγνωση, θεραπεία, επανένταξη και η εκπαίδευση των ασθενών αποτελούν πρωταρχικούς στόχους των οργανισμών υγείας. Παλιότερα, οι managers του κλάδου πίστευαν ότι η παροχή υψηλού επιπέδου ιατρικών υπηρεσιών αρκούσε, αλλά πλέον οι ασθενείς απαιτούν ευγένεια, ποικιλία, άνεση, επικοινωνία και κατανόηση. Η ιατρική περίθαλψη πλέον δεν περιορίζεται στην θεραπεία μίας ασθένειας¹⁰. Συνεπώς, κι ενώ η παροχή ιατροφαρμακευτικής μέριμνας αποτελεί την κύρια ευθύνη των νοσοκομείων, η Διοίκηση Νοσηλευτικών Μονάδων αποκτά νέα αντικείμενα και σκοπούς. Η αναδιοργάνωση του κλάδου της υγείας έχει ξεκινήσει από τα τέλη της δεκαετίας του 1980 και παραμένει καιρό ζήτημα παγκοσμίως. Ο ανασχηματισμός του κλάδου οφείλεται κυρίως στην παγκοσμιοποίηση, στην αύξηση του κόστους των υπηρεσιών, αλλά και στην αλλαγή της κοινωνικής συνείδησης σχετικά με την υγεία που μέχρι τότε θεωρούταν αποκλειστικά δημόσιο αγαθό. Η καλή ποιότητα αποτελεί τον επιθυμητό στόχο στον κλάδο της υγείας. Κρίνεται ουσιώδης η παροχή υψηλής ποιότητας υπηρεσιών, αλλά και η αναγνώριση αυτών από τους ασθενείς.

1.2.1 Ιδιαιτερότητες του κλάδου της υγείας

Η παροχή άριστων υπηρεσιών υγείας αποτελεί κοινωνική ευθύνη όλων των εμπλεκομένων στον κλάδο. Λόγω της μοναδικότητάς της ως υπηρεσία, υπάρχουν ορισμένα χαρακτηριστικά που αξίζουν ιδιαίτερη μνεία και είναι τα ακόλουθα:

⁹ Γ. Τούντας, «Κοινωνία και υγεία», Οδυσσέας, Αθήνα 2000.

¹⁰ Μ. Αγγελόπουλος, «Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις», Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη 1999

- Η έντονη προσωπική φύση της υπηρεσίας. Η υπηρεσία είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη. Ουσιαστικά σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, ακριβώς λόγω μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του.
- Η αδυναμία μέτρησης της απόδοσης της υπηρεσίας με δείκτες ανθεκτικότητας, αξιοπιστίας και καταλληλότητας. Ο ασθενής παρουσιάζει αδυναμία στην εκτίμηση της ποιότητας της υγειονομικής υπηρεσίας που έλαβε λόγω έλλειψης γνώσεων.
- Η ψυχολογική φόρτιση του ασθενή, ο οποίος αδυνατεί να γνωρίζει την σοβαρότητα ή μη της υγείας του, καθιστά αυτόν αδύναμο να εκτιμήσει την αναγκαιότητα ή μη της κατάστασής του.
- Η επιθυμία των ασθενών να εισέλθουν σε οργανισμούς πιο ανθρώπινους, όπου θα συναντούν την ψυχολογική υποστήριξη, την κατανόηση, την ευγένεια και την φροντίδα που χρειάζονται.
- Η πολυπλοκότητα της οργάνωσης των νοσοκομειακών μονάδων. Στις μονάδες υγείας παρατηρούμε δύο διαφορετικές γραμμές εξουσίας (διοικητική και ιατρική), σε αντίθεση με την μοναδική πυραμίδα εξουσίας που συναντούμε στις άλλες βιομηχανίες.¹¹

Τα παραπάνω χαρακτηριστικά οριοθετούν την ιδιαιτερότητα του κλάδου και αποτελούν σημαντικούς παράγοντες στον προσδιορισμό της ποιότητας σε αυτόν¹².

¹¹ Α. Σκόρδη, «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 1997

¹² Α. Κρητικός, «Quality in Medical Services. A Theoretical Approach», Μεταπτυχιακή Εργασία του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 2005

1.3 Η Νοσοκομειακή Περίθαλψη στην Ελλάδα

Η καταπολέμηση της ασθένειας και η προστασία της υγείας υπήρχαν ανέκαθεν στο επίκεντρο της ανθρώπινης δραστηριότητας. Στην ιστορία κάθε αρχαίου λαού και πολιτισμού ανευρίσκονται κανονισμοί και μέσα, τα οποία αποσκοπούν στην προστασία της υγείας του ατόμου αλλά και του συνόλου. Τα πρώτα νοσοκομεία εμφανίστηκαν υπό την επίδραση του χριστιανισμού κατά τα τέλη του 4^{ου} αιώνα μΧ. και στο Βυζάντιο ανήκει η τιμή των πρώτων αγαθοεργών καταστημάτων και ιδρυμάτων, των πτωχοκομείων, ορφανοτροφείων, βρεφοκομείων και των απλών νοσοκομείων στα μοναστήρια, τα οποία αρχικά ονομάστηκαν ξενοδοχεία. Στην ιστορική εξέλιξη της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα μπορούμε να διακρίνουμε τέσσερις περιόδους:

1. Η πρώτη περίοδος έχει την αφετηρία της στη σύσταση του ελληνικού κράτους και φτάνει μέχρι το 1909. την περίοδο αυτή το νοσοκομείο αποτελούσε φροντίδα των μοναστηριών, των δήμων ή κοινοτήτων και των φιλόνητων, ήταν μικρό σε δυναμικότητα και με πολύ περιορισμένα μέσα για την ικανοποιητική προσφορά των υπηρεσιών. Τα εύπορα, αλλά και τα λαϊκά στρώματα απέφευγαν να κάνουν χρήση των υπηρεσιών του και αποτελούσε καταφύγιο μόνο των απόρων. Η Ελλάδα, χωρίς επαρκείς οικονομικούς πόρους και με έντονα κοινωνικά και οικονομικά προβλήματα, με ελλιπή τεχνολογική υποστήριξη για παραγωγική οικονομική ανάπτυξη, δεν ήταν σε θέση να δημιουργήσει την απαραίτητη υποδομή και να οργανώσει αποτελεσματικά την υγειονομική της περίθαλψη. Τα πρώτα νοσοκομεία ιδρύθηκαν εκείνη την εποχή σε ανθούσες οικονομικά πόλεις, όπως το νοσοκομείο Σύρου (1830), το «Δημοτικό Νοσοκομείο Ελπίς» στην Αθήνα (1836), το «Τζάνειο» στον Πειραιά (1875) και ο «Ευαγγελισμός» (1884), επίσης στην Αθήνα. Η παρουσία του ιδιωτικού τομέα στη νοσοκομειακή περίθαλψη της χώρας άρχισε μόλις το 1903, με τη λειτουργία της «Πολυκλινικής» στην Αθήνα.
2. Η δεύτερη περίοδος (1909-1952) χαρακτηρίζεται από την ενεργητική παρέμβαση του κράτους στον ευαίσθητο υγειονομικό χώρο και την ίδρυση κρατικών, γενικών και ειδικών νοσοκομείων, λόγω των ειδικών συνθηκών που επικρατούν. Τα στρατιωτικά και αργότερα τα προσφυγικά νοσοκομεία που δημιουργήθηκαν για την κάλυψη των

αναγκών αποτέλεσαν το πρώτο ευρύ δίκτυο που εξελικτικά θα διευρυνόταν. Την περίοδο αυτή, παρόλο που οι υγειονομικές συνθήκες βελτιώθηκαν και γενικεύτηκε η χρήση του νοσοκομείου, το επίπεδο περίθαλψης που παρείχε, συγκρινόμενο με το αντίστοιχο των ευρωπαϊκών χωρών εξακολουθούσε να είναι χαμηλό. Εξαιρέση αποτελούσαν τα νοσοκομεία της Αθήνας «Ευαγγελισμός», «Ερυθρός Σταυρός» και «Πολιτικόν», τα οποία παρείχαν νοσηλεία υψηλού επιπέδου και διακρίθηκαν ως τα μοναδικά επιστημονικά κέντρα αυτής της εποχής.

3. Στην τρίτη περίοδο (1953-1982) η Ελλάδα διαιρείται σε 13 υγειονομικές περιφέρειες, αποκεντρώνονται οι αρμοδιότητες της κεντρικής εξουσίας στις περιφέρειες αυτές και ισχύει για πρώτη φορά η διοικητική αποκέντρωση στον υγειονομικό τομέα με βάση τον πληθυσμό, τη νοσηρότητα και άλλα χαρακτηριστικά που συμβάλλουν στην ορθολογική και επιστημονική γεωγραφική κατανομή των υπηρεσιών. Η νοσοκομειακή περίθαλψη αυτή τη χρονική περίοδο εμφανίζεται αρκετά οργανωμένη, δίνεται έμφαση στον κοινωφελή της χαρακτήρα και παρέχεται από κρατικά νοσοκομεία που λειτουργούν ως Ν.Π.Δ.Δ. ή Ν.Π.Ι.Δ. και από ιδιωτικές κλινικές.
4. Η τέταρτη χρονική περίοδος αρχίζει το 1983 και φτάνει μέχρι σήμερα, χαρακτηρίζεται από την προσπάθεια εφαρμογής και εξέλιξης ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.) με βασικούς νόμους. Οι δημόσιες δαπάνες υγείας αυξήθηκαν σημαντικά την περίοδο αυτή, σημειώθηκε σημαντική βελτίωση στην υποδομή και στη στελέχωση των νοσοκομείων με προσωπικό και υπήρξε ουσιαστική βελτίωση των συνθηκών περίθαλψης. Η κρατική παρέμβαση στην οργάνωση, διοίκηση και λειτουργία των νοσοκομείων είναι έντονη.¹³

¹³Ι. Σιγάλας, *“Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου “Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτηπίες και Προκλήσεις”*, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999

1.4 Η Υγειονομική Περίθαλψη στην Ελλάδα

Ο όρος υγειονομική περίθαλψη αναφέρεται στην αποκατάσταση των διαταραχών της υγείας. Διακρίνεται σε ανοικτή ή εξωνοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει τις ιατρικές δραστηριότητες, οι οποίες αφορούν στη διάγνωση και θεραπεία ενός υγειονομικού προβλήματος εκτός νοσοκομείου, και στην κλειστή ή νοσοκομειακή περίθαλψη, που περιλαμβάνει ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες οι οποίες παρέχονται στο νοσοκομείο.

Η υγειονομική περίθαλψη οργανώνεται σε τρία βασικά επίπεδα:

α. Το *πρωτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης*, που αναφέρεται στα κέντρα υποδοχής ασθενών, όπου ο ασθενής έχει την πρώτη επαφή με τους λειτουργούς του τομέα υγείας, δηλαδή με κάποιον επαγγελματία της υγείας (ιατρό, μαία, νοσηλεύτη κ.ά.). Ο τρόπος οργάνωσης, παραγωγής και διανομής των υπηρεσιών πρωτοβάθμιας περίθαλψης (ιατρείο, κέντρο υγείας, εξωτερικά ιατρεία νοσοκομείου, πολυϊατρείο ασφαλιστικού οργανισμού) καθορίζεται από το μέγεθος του πληθυσμού που καλύπτεται και κυμαίνεται από 500-50.000 άτομα.

Περιλαμβάνει:

- Τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες που παρέχονται σε ιατρεία του νοσοκομείου (Τμήμα Τακτικών Εξωτερικών Ιατρείων), για διάγνωση και θεραπεία αρρώστων.
- Τις ιατρικές και νοσηλευτικές δραστηριότητες, που παρέχονται επίσης σε ιατρεία του νοσοκομείου, για την άμεση αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών (Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών).
- Τις δραστηριότητες οι οποίες αφορούν στην άσκηση προληπτικής και κοινωνικής ιατρικής, στο πλαίσιο εφαρμογής σχετικών προγραμμάτων.

β. Το δευτεροβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στη περίθαλψη που παρέχεται από ιατρούς των βασικών ειδικοτήτων του νοσοκομείου της περιοχής. Το νοσοκομείο σε αυτή την περίπτωση καλύπτει βασικά προβλήματα υγείας, η αντιμετώπιση των οποίων απαιτεί νοσοκομειακή περίθαλψη και απευθύνεται σε πληθυσμό που κυμαίνεται από 50.000-500.000 άτομα. Η Δευτεροβάθμια περίθαλψη προϋποθέτει την εισαγωγή του αρρώστου στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του. Περιλαμβάνει νοσηλεία, εργαστηριακό έλεγχο για κάλυψη απαιτήσεων της νοσηλείας, καθώς και τη διενέργεια γενικών επεμβάσεων.

γ. Το τριτοβάθμιο επίπεδο περίθαλψης αναφέρεται στην αντιμετώπιση σύνθετων ή εξειδικευμένων προβλημάτων υγείας. Η περίθαλψη παρέχεται από ιατρούς του περιφερειακού νοσοκομείου και καλύπτει 500.000-1,5 εκατομμύρια άτομα. Προϋποθέτει την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο για τη διάγνωση της ασθένειας και τη θεραπεία του, επιπλέον όμως απαιτεί:

- Υψηλά εξειδικευμένες γνώσεις
- Υψηλά εξειδικευμένες ικανότητες προσπέλασης
- Υψηλά εξειδικευμένο εξοπλισμό
- Τη συνεργασία και την υποστήριξη και άλλων, εκτός της κύριας, ειδικοτήτων.¹⁴

¹⁴Ι. Σιγάλας, 'Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου 'Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις'', Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999

1.5 Η Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Καθώς παγκοσμίως ο κλάδος της υγείας, ως δημόσιο αλλά και ιδιωτικό αγαθό, χαρακτηρίζεται από μεγάλο βαθμού ιδιαιτερότητες, τα εθνικά συστήματα Υγείας αντιμετωπίζουν διαρκώς αυξανόμενες προκλήσεις.

1.5.1 Εισαγωγικές αναφορές

Η παροχή υπηρεσιών υγείας ανήκει στον ευρύτερο κλάδο της παροχής υπηρεσιών. Η παροχή υπηρεσιών διαφέρει αισθητά από την παραγωγή αγαθών. Οι σημαντικότερες διαφορές είναι οι ακόλουθες ¹⁵:

- Οι υπηρεσίες έχουν άυλη φύση. Δεν μπορούμε να τις πιάσουμε, να τις μυρίσουμε και να τις εκτιμήσουμε πριν τις καταναλώσουμε. Η έλλειψη υλικής υπόστασης έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι δυνατή η εποπτεία στην παραγωγή τους, ο έλεγχος και η επιθεώρηση των διαδικασιών κλπ.
- Ανάμεσα στην παραγωγή και την διάθεση των υπηρεσιών μεσολαβεί σχεδόν μηδενικός χρόνος. Καταναλώνονται αμέσως μόλις παραχθούν χωρίς να υπάρχει η δυνατότητα αποθήκευσής τους, καθώς και η δυνατότητα διόρθωσης λαθών.
- Οι υπηρεσίες είναι προϊόντα εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου όπως η μεταποίηση. Δηλαδή, η επιτυχία της παραγωγής τους εξαρτάται σε πολύ μεγάλο βαθμό από το ανθρώπινο δυναμικό που συμμετέχει σε αυτή.
- Οι υπηρεσίες θα πρέπει να προσαρμόζονται απόλυτα στον πελάτη και στις απαιτήσεις του. Συνεπώς, η αλληλεπίδραση πελάτη και εργαζομένου είναι απαραίτητη για την παραγωγή της τέλει υπηρεσίας.
- Τέλος, οι υπηρεσίες είναι προϊόντα μοναδικά για κάθε πελάτη μιας και προσαρμόζονται απόλυτα στις διαφορετικές απαιτήσεις και ανάγκες του.

¹⁵ Α. Σκόρδη, «Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 1997

1.5.2 Η έννοια της ποιότητας

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους. Η ποιότητα δεν είναι κάτι καινούριο αλλά συναντάται και επιδιώκεται σε όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης δράσης, ενώ η αξία και η σημαντικότητά της είναι αναμφισβήτητη. Η σύγχρονη έννοια της ποιότητας διαμορφώθηκε στη δεκαετία του 1950 στο χώρο της βιομηχανικής παραγωγής. Πολλοί επιστήμονες, όπως περιγράφει και η Χ. Οικονομοπούλου, υποστηρίζουν ότι η έννοια γεννήθηκε στην Ιαπωνία, μετά το Β' Παγκόσμιο Πόλεμο, όταν κάλεσαν τον Αμερικάνο στατιστικό Edwards Deming για να βοηθήσει στην αλλαγή των παραδοσιακών παραγωγικών διαδικασιών. Στο χώρο της υγείας, βέβαια, η ανάγκη για ποιότητα του ιατρικού έργου εμφανίστηκε πολύ πιο πριν εμφανιστεί στις επιχειρήσεις. Από την εποχή του Ιπποκράτη δινόταν ιδιαίτερη έμφαση στη διασφάλιση της ποιότητας των παρεχόμενων προς τον ασθενή υπηρεσιών.

Ουσιαστικά η πρώτη προσπάθεια για την καταγραφή της κατάστασης της υγείας των ασθενών αλλά και τη θεραπεία και τον απολογισμό των πεπραγμένων ξεκίνησε το 19ο αιώνα στην Αγγλία, από τη θεμελιώτρια της νοσηλευτικής, Florence Nightingale. Η Nightingale, κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου, κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών στις τρεις παρακάτω περιπτώσεις:

1. κατά τη διάρκεια της μεταφοράς των στο νοσοκομείο
2. κατά τη διάρκεια της παραμονής των στο νοσοκομείο
3. κατά τη διάρκεια της παραμονής των στο νοσοκομείο και μετά από χειρουργική επέμβαση

Με βάση αυτά τα δεδομένα επιχείρησε την αποτίμηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών¹⁶.

¹⁶ Χ. Οικονομοπούλου, «Εκπαιδευτικές σημειώσεις», Ποιότητα, 2002

Οι ορισμοί, βεβαίως, που κατά καιρούς έχουν προταθεί για την έννοια της ποιότητας είναι πολλοί και πρέπει να σημειωθεί ότι ο όρος «ποιότητα» προκαλεί συχνά σύγχυση, επειδή ερμηνεύεται με διαφορετικό τρόπο τόσο από τον αγοραστή/καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας όσο και από τον παραγωγό/προμηθευτή τους. Από την πλευρά του αγοραστή/καταναλωτή, η ποιότητα καθορίζεται από τον βαθμό στον οποίο ένα προϊόν ή μια υπηρεσία ικανοποιεί τις απαιτήσεις του. Οι απαιτήσεις του βέβαια προσδιορίζονται από τις ανάγκες που έχει, αλλά και από την προσδοκία ότι το συγκεκριμένο προϊόν ή η συγκεκριμένη υπηρεσία θα τον ικανοποιήσει.

Οι συχνότερα αναφερόμενοι στη βιβλιογραφία ορισμοί για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι:

- Το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του (και της οικογένειάς του), έτσι ώστε να ενσωματώνει τόσο την αποτελεσματικότητα όσο και το κόστος των υπηρεσιών
- Ο βαθμός κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και ολόκληρους πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία και είναι αποδεκτές με βάση την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση – Institute of Medicine Committee
- Ο βαθμός στον οποίον δεδομένο προϊόν ή υπηρεσία ανταποκρίνεται στις ανάγκες ορισμένου χρήστη σύμφωνα με το Juran (1988)
- Η ποιότητα ορίζεται ως συμμόρφωση στις απαιτήσεις του πελάτη σύμφωνα με τον Crosby (1989)
- Η Palmer (1991), λαμβάνοντας υπόψη τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, διάσταση η οποία απασχολεί κάθε

κοινωνία, δίνει τον εξής ορισμό «η ποιότητα της φροντίδας μετράτε με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο.

Σύμφωνα με την Π.Ο.Υ. η υψηλής ποιότητας περίθαλψη διαθέτει τα εξής χαρακτηριστικά (WHO, 1993):

- Υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού
- Αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- Μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- Ικανοποίηση του ασθενή
- Τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή

Ενώ ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO), ορίζει την ποιότητα ως εξής: «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από τη χρήση τους.» Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation on Healthcare Organizations, JCAHO) οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας και η έγκαιρη παροχή της¹⁷.

Κοινό σημείο όλων των διαφορετικών προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν. Η ποιότητα στον τομέα της υγείας είναι περισσότερο σύνθετη υπόθεση απ' ό τι στον χώρο της βιομηχανίας. Η μεγαλύτερη διαφορά μεταξύ των

¹⁷ Β. Ραφτόπουλος, «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002

τομέων της βιομηχανίας και της υγείας έγκειται στον προσδιορισμό της ποιότητας και συνακόλουθα στον τρόπο επίτευξής της. Στη βιομηχανία, η ποιότητα ταυτίζεται με την απόλυτη τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος. Στόχος είναι η ύπαρξη μηδενικών αποκλίσεων / ελαττωμάτων στη διαδικασία και το αποτέλεσμα. Στην υγεία, όμως, από τη στιγμή που οι ασθενείς μεταξύ τους παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία στους παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους, είναι αναμενόμενο η στατιστική ανάλυση να αναδεικνύει σημαντικές αλλά αναγκαίες διαφορές στην αντιμετώπισή τους. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς αυτού ακριβώς που έχουν ανάγκη και που επιθυμούν. Η ελαχιστοποίηση των αποκλίσεων / ελαττωμάτων στην υγεία, στην πράξη σημαίνει βελτίωση ή εξάλειψη της «κακής» πρακτικής και ενθάρρυνση της «καλής». Η εξασφάλιση της καταλληλότερης και πλέον επιθυμητής θεραπευτικής αγωγής αποτελεί ένα περισσότερο δύσκολο εγχείρημα από ότι η επίτευξη μηδενικών αποκλίσεων στη βιομηχανία¹⁸.

Πολλοί επιστήμονες έχουν ασχοληθεί με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία υπήρξε ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan. Πρωταρχική μέριμνά του ήταν ο διαχωρισμός της περιθαλψης σε δομή, διαδικασία και αποτέλεσμα και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Ο Donabedian προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από σημαντικές παραμέτρους, οι οποίες επιδρούν καθοριστικά στον ορισμό της.

Η πρώτη παρατήρηση έχει να κάνει με τις τρεις επιμέρους διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας:

¹⁸Γ. Τούντας, *Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας*, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2003,

1. Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine). Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή.
2. Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine). Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενή από τον ιατρό και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, τη συμπεριφορά τους απέναντί του η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία, τα ήθη της κοινωνίας και τις προσδοκίες των ασθενών.
3. Την ξενοδοχειακή υποδομή (amenities). Η ξενοδοχειακή υποδομή αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον, τις συνθήκες και τις ανέσεις υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες¹⁹.

Με δεδομένες τις τρεις αυτές διαστάσεις έδωσε τον εξής ορισμό για την ποιότητα όσον αφορά τις υπηρεσίες υγείας: «Ποιότητα είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενή, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία».

Εκτός από τις τρεις αυτές διαστάσεις, ασχολήθηκε και με άλλες δύο:

- Την ποσότητα της ιατρικής φροντίδας και την ποιότητα. Η σχέση ανάμεσα στην ποιότητα και την ποσότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών έχει δυο όψεις. Η πρώτη αναφέρεται στην ποσοτική ανεπάρκεια των φροντίδων. Η δεύτερη αντίθετα αναφέρεται στις περιττές, μη αναγκαίες ιατρικές πράξεις.
- Το οικονομικό κόστος της ποιότητας. Η επίτευξη της ποιότητας προϋποθέτει επάρκεια οικονομικών πόρων, ωστόσο η επένδυση αυτή θα συμβάλλει αποτελεσματικά στη μείωση του κόστους με τον περιορισμό περιττών και αναποτελεσματικών πράξεων.

¹⁹Χ. Οικονομοπούλου, «Εκπαιδευτικές σημειώσεις», Ποιότητα, 2002

1.5.3 Ο Έλεγχος της ποιότητας

Η αξιολόγηση και ο έλεγχος θεωρείται αναπόσπαστο και σημαντικό κομμάτι του σχεδιασμού, της οργάνωσης και της διοίκησης κάθε υπηρεσίας ή συστήματος υγείας. Με την αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας παρέχεται η δυνατότητα επισήμανσης τυχόν ελλείψεων ή προβλημάτων της υπηρεσίας αλλά και η αντιμετώπισή τους. Ακόμα, καθίσταται εφικτή η τροποποίηση της λειτουργίας της υπηρεσίας προς την κατεύθυνση της επίτευξης των προκαθορισμένων στόχων της και η εισαγωγή νέων εφαρμογών και πρακτικών στη λειτουργία της. Το τελικό αποτέλεσμα είναι η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.

Απαραίτητο κριτήριο σε κάθε προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας αποτελούν τα κριτήρια, τα οποία τίθενται εκ των προτέρων από τον αρμόδιο φορέα (κρατικό ή ιδιωτικό), σε συνεργασία πάντα με το ιατρικό σώμα²⁰. Βάσει των κριτηρίων αυτών προσδιορίζεται ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και καθορίζονται συγκεκριμένα πρότυπα, με τα οποία στη συνέχεια συγκρίνεται και αξιολογείται η πραγματική κατάσταση που επικρατεί σε μια μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας. Η ποιότητα αξιολογείται με βάση τον βαθμό ανταπόκρισης των παρεχόμενων υπηρεσιών στα προκαθορισμένα αυτά κριτήρια. Τα κριτήρια, ανάλογα με τους στόχους αξιολόγησης, μπορεί να είναι:

- α. *Κριτήρια δομικά*, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση της δομής της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνεται η ανεπάρκεια και η ποιότητα της υλικοτεχνικής υποδομής των ανθρώπινων πόρων που διαθέτει η μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας.
- β. *Κριτήρια διαδικασιών*, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση των διαδικασιών παραγωγής και παροχής της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνονται

²⁰Μ. Θεοδώρου, «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας» *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*, 3(1), 1992

μια σειρά από ενέργειες οι οποίες πραγματοποιούνται από τη στιγμή που ο ασθενής θα έρθει σε επαφή με το σύστημα υγειονομικών φροντίδων μέχρι την έξοδό του από αυτό.

- γ. *Κριτήρια αποτελεσμάτων*, τα οποία χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση του αποτελέσματος της υγειονομικής φροντίδας. Με αυτά κρίνονται οι ίδιες οι ιατρικές φροντίδες που παρέχονται σε έναν ασθενή, οι οποίες έχουν ως αποτέλεσμα, βραχυπρόθεσμα ή μακροπρόθεσμα, τη βελτίωση, τη σταθερότητα ή την επιδείνωση της κατάστασης της υγείας του.

Τα παραπάνω κριτήρια²¹ είναι ρητά καθορισμένα και προσδιορίζουν ένα επιθυμητό επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας το οποίο μπορεί να είναι:

- α. Το *ελάχιστο επίπεδο*. Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης δεν επιτρέπεται να πέσει κάτω από το επίπεδο αυτό.
- β. Το *μέσο επίπεδο*. Η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών φροντίδων είναι δυνατή με την ανεύρεση εκείνων των στοιχείων που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου, καθώς και με τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση μόνο αυτών.
- γ. Το *ιδανικό επίπεδο*. Αυτό το επίπεδο ουσιαστικά αποτελεί τον στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Ο Avedis Donabedian, υποστήριξε ότι υπάρχουν τέσσερα επίπεδα αξιολόγησης στον χώρο της υγείας:

²¹ Ι. Σιγάλας , *“Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου “Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις”*, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999

1. Η αξιολόγηση των εισροών που αποτιμά τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας. Αξιολογείται, δηλαδή, το προσωπικό, ο εξοπλισμός, οι εγκαταστάσεις, το κόστος, καθώς και άλλοι παράγοντες που καθορίζουν σε μεγάλο βαθμό τη δομή και το περιεχόμενο μιας υπηρεσίας υγείας.
2. Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών αναφέρεται στην αποτίμηση της οργάνωσης και της ποιότητας των «ενδιάμεσων» παρεχόμενων υπηρεσιών. Η αξιολόγηση της ποιότητας αποτελεί έναν ταχέως αναπτυσσόμενο τομέα αξιολόγησης, που εντάσσεται στις διαδικασίες διασφάλισης και βελτίωσης της ποιότητας.
3. Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας (π.χ. νοσοκομειακών κρεβατιών, ιδιωτικών ή εξωτερικών ιατρείων) και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος (π.χ. εργαστηριακών εξετάσεων, εμβολιασμών ή χειρουργικών επεμβάσεων). Οι ενδιάμεσες εκροές χρησιμοποιούνται ως μέτρο της αποτελεσματικότητας μιας υπηρεσίας υγείας σε πολλές περιπτώσεις, όπου είναι δύσκολη ή χρονοβόρα η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της. Η σχέση εισροών προς εκροές αποτελεί το μέτρο της αποδοτικότητας μιας υπηρεσίας.
4. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων αποτελεί τον τελικό στόχο της αξιολόγησης και αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού. Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων μπορεί να πραγματοποιηθεί κατά τη διάρκεια λειτουργίας της υπηρεσίας ή αναδρομικά μετά από την ολοκλήρωση μιας περιόδου λειτουργίας της, όταν θα είναι πλέον εμφανείς οι επιπτώσεις στην υγεία. Με τη χρήση δεικτών νοσηρότητας και θνησιμότητας που προκύπτουν από σύνθετες επιδημιολογικές έρευνες πεδίου, τους δείκτες θνητότητας, του πίνακες επιβίωσης, τις καμπύλες επιβίωσης, καθώς και με τη χρήση σύγχρονων δεικτών που μετρούν τη διάσταση της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, όπως είναι τα ερωτηματολόγια για τη μέτρηση ποιότητας της ζωής που σχετίζεται με την υγεία, είναι δυνατή η συνεχής και συστηματική αξιολόγηση του επιπέδου υγείας. (Τούντας, 2003)

Όσον αφορά τη Ελληνική πραγματικότητα, είναι γνωστό ότι έχουν γίνει διαπιστώσεις για την έλλειψη ποιότητας και ικανοποίησης των πολιτών σε όλα τα επίπεδα του Ελληνικού Υγειονομικού Συστήματος και έχουν επανειλημμένα διατυπωθεί τόσο από απλούς πολίτες όσο και από ακαδημαϊκούς ερευνητές και ειδικούς εμπειρογνώμονες. Οι κυριότερες επισημάνσεις έχουν να κάνουν με:

- Μειωμένη εμπιστοσύνη και χαμηλή ικανοποίηση των ασθενών και των οικογενειών τους σε όλες τις βαθμίδες του Συστήματος Υγείας.
- Έλλειψη προδιαγραφών στην παροχή των υπηρεσιών τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα.
- Έλλειψη υποδομής σε εξοπλισμό, μέσα και εκπαιδευμένο προσωπικό για την ορθή καταγραφή και συστηματική αξιολόγηση των στοιχείων των ιατρικών φακέλων και την τήρηση αξιόπιστων στατιστικών στοιχείων από τα νοσοκομεία και τις άλλες Υπηρεσίες Υγείας.
- Έλλειψη ευαισθητοποίησης και εκπαίδευσης του ιατρικού, νοσηλευτικού και λοιπού προσωπικού στις αρχές και τη μεθοδολογία της ποιότητας.
- Έλλειψη προγραμμάτων ποιοτικού ελέγχου σε όλες τις βαθμίδες του συστήματος παροχής Υπηρεσιών Υγείας.
- Έλλειψη μηχανισμού διακρίβωσης του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών ως προς τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (Οικονομοπούλου, 2002) ²²

Συμπερασματικά μπορούμε να πούμε ότι ο έλεγχος και η αξιολόγηση της ποιότητας είναι απαραίτητο να γίνονται ώστε να εντοπίζονται και να αντιμετωπίζονται τα προβλήματα των υπηρεσιών υγείας. Τα κριτήρια από τον αρμόδιο φορέα και μπορεί να αφορούν τη δομή της υγειονομικής φροντίδας, τις διαδικασίες παραγωγής και παροχής της, αλλά και την αξιολόγηση του αποτελέσματός της. Το επίπεδο της υγείας βαθμολογείται ως

²² Χ. Οικονομοπούλου, «Εκπαιδευτικές σημειώσεις», Ποιότητα, 2002

ελάχιστο μέσο ή ιδανικό ενώ η αξιολόγηση περιλαμβάνει τις εισροές, τις διαδικασίες παροχής υπηρεσιών, τις ενδιάμεσες εκροές και τα αποτελέσματα (Λιακοπούλου, 2008).²³

1.5.3.1 Μέθοδοι ελέγχου της ποιότητας

Κύριος στόχος της διοίκησης των υπηρεσιών υγείας θα πρέπει να είναι η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όχι μόνο σε σχέση με το υπάρχον αρχικά επίπεδο, αλλά σαν διαδικασία συνεχούς βελτίωσης και θέσπισης όλο και υψηλότερων στόχων. Οι μέθοδοι που συνήθως χρησιμοποιούνται για την αποτίμηση, τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι οι εξής:

1. Η Διασφάλιση της Ποιότητας
2. Ο Ποιοτικός έλεγχος
3. Οι Κύκλοι Ποιότητας
4. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
5. Τα Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής

1. Η Διασφάλιση της Ποιότητας

Ως Διασφάλιση της Ποιότητας ορίζεται το σύνολο των προγραμματισμένων συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών, οι οποίες είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή μια υπηρεσία πληροί κάποιες συγκεκριμένες προδιαγραφές²⁴. Η Διασφάλιση Ποιότητας εξασφαλίζει την ποιότητα εκ των προτέρων στα προϊόντα και τις υπηρεσίες και κατοχυρώνει ότι το τελικό προϊόν θα είναι σύμφωνα με τις προδιαγραφές του. Το ίδρυμα θέτει στόχους και στη συνέχεια επιχειρεί να τους

²³Ε. Λιακοπούλου, Διπλωματική Εργασία, «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο Χατζηκώστα», Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Ιωάννινα 2008

²⁴Γ. Τσιότρας, «Βελτίωση Ποιότητας», Εκδόσεις «Μπένου», Αθήνα 1995.

επιτύχει. Είναι ευνόητο ότι για την εφαρμογή ενός προγράμματος Διασφάλισης Ποιότητας θα πρέπει όλες οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις που αφορούν στην παραγωγή και στη διάθεσή ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας να είναι σαφείς, επαρκώς γνωστές και πλήρως κατανοητές απ' όλους εκείνους που θα κληθούν να εφαρμόσουν το πρόγραμμα. Οι προδιαγραφές και οι απαιτήσεις πρέπει να προσδιορίζονται και να παρουσιάζονται με κάθε λεπτομέρεια και ακρίβεια, ώστε να μη υπάρχουν περιθώρια για αμφιβολίες ή παρεξηγήσεις. Ο τελικός στόχος της Διασφάλισης Ποιότητας είναι η αποτροπή του λάθους με την εξασφάλιση της ποιότητας σε όλα τα στάδια της παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας²⁵.

2. Ο Ποιοτικός Έλεγχος

Ποιοτικός Έλεγχος είναι «μια συστηματική προσπάθεια που εντοπίζει τα προβλήματα ποιότητας του τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και προγραμματίζει κατάλληλα για να τα λύσει ή να τα ξεπεράσει χωρίς να δημιουργήσει καινούρια»²⁶. Η προσπάθεια για την οργάνωση ενός Προγράμματος Ποιοτικού Ελέγχου στις υπηρεσίες υγείας θα πρέπει αναμφισβήτητα να ξεκινήσει από την επισήμανση και την καταγραφή των προβλημάτων. Στη συνέχεια πρέπει να αποφασιστεί σε ποιο από τα τρία συστατικά στοιχεία του συστήματος (δομή, διαδικασίες, αποτελέσματα) θα πρέπει να γίνουν οι παρεμβάσεις, ποια θα είναι η μορφή των παρεμβάσεων αυτών και ποιος ο τρόπος εφαρμογής τους ώστε τελικά να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο Ποιοτικός Έλεγχος εντοπίζει τις αδυναμίες σχεδιασμού και παραγωγής – διάθεσης ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας εκ των υστέρων δηλαδή μετά την παραγωγή τους.

3. Οι Κύκλοι Ποιότητας

Οι Κύκλοι Ποιότητας βασίζονται στη φιλοσοφία ότι οι εργαζόμενοι θα αποκτήσουν μεγαλύτερο ενδιαφέρον για τον οργανισμό στον οποίο εργάζονται και για την λειτουργία του αν τους επιτραπεί να επηρεάζουν τις αποφάσεις που αφορούν στη δική τους εργασία.

²⁵ Ι. Σιγάλας, 'Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου 'Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις'', Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999

²⁶ Μ. Θεοδώρου, «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας» *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*, 3(1), 1992

Αποτελεί δηλαδή ένα σύστημα διοίκησης που στοχεύει στην βελτίωση της παραγωγικότητας και της ποιότητας των προϊόντων και των υπηρεσιών των επιχειρήσεων και των οργανισμών μέσω της ανάπτυξης και της παρακίνησης των εργαζομένων²⁷.

Ως Κύκλος Ποιότητας ορίζεται μια ομάδα εργαζομένων/στελεχών, κατάλληλα εκπαιδευμένων, ο αριθμός των οποίων κυμαίνεται μεταξύ 4 έως 12 ατόμων, που εργάζονται στον ίδιο ή σε παραπλήσιους τομείς ενός οργανισμού και συναντώνται τακτικά, με σκοπό να αναλύσουν και να λύσουν συγκεκριμένα προβλήματα του τομέα της εργασίας τους, τα οποία δεν είναι πάντα δυνατό να λυθούν με συμβατικές μεθόδους. Οι δικές τους προσπάθειες πρέπει να είναι προσανατολισμένες στο μικρότερο δυνατό κόστος και στις όσο το δυνατό λιγότερες αρνητικές επιπτώσεις για τον οργανισμό. Ο Κύκλος Ποιότητας λειτουργεί μέχρι την οριστική επίλυση των συγκεκριμένων προβλημάτων, οπότε διαλύεται και δημιουργείται πάλι, με την ίδια σύνθεση, για να επιλύσει άλλα προβλήματα που πιθανώς να έχουν εμφανιστεί. Έτσι σε μια επιχείρηση μπορεί να λειτουργούν ταυτόχρονα δύο, τρεις ή περισσότεροι Κύκλοι Ποιότητας, καθένας από τους οποίους ασχολείται με την αντιμετώπιση του δικού του προβλήματος²⁸.

Το πλεονέκτημα της εφαρμογής ενός προγράμματος Κύκλων Ποιότητας είναι ότι η επίλυση των επιμέρους προβλημάτων, η οποία καταλήγει σε βελτίωση της ποιότητας, μπορεί να πραγματοποιηθεί πιο εύκολα στο πλαίσιο της λειτουργίας μικρών ομάδων στελεχών, όπου συγκεντρώνονται αναπτυγμένες ήδη μέθοδοι και τεχνικές, τα μέλη τους επιδεικνύουν αυξημένο ενδιαφέρον και είναι δυνατή η αξιοποίηση των ικανοτήτων και των δυνατοτήτων τους στο μέγιστο βαθμό.

²⁷ Β. Παπανικολάου, «Ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή της ολικής ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης του Ε.Σ.Υ.» Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Αθήνα 1995.

²⁸ Ι. Σιγάλας 'Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου 'Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιωτικίες και Προκλήσεις'', Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999

4. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση ολικής Ποιότητας (Σύνολο Quality Management) είναι ένα σύστημα διοίκησης – διαχείρισης επιχειρήσεων και οργανισμών. Αποτελεί σύστημα διοίκησης βάσει του οποίου επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος ή υπηρεσίας, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη, με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Στην Διοίκηση Ολικής Ποιότητας ως πελάτης δεν εννοείται μόνο ο τελικός αποδέκτης του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας, αλλά και κάθε άτομο ή τμήμα μέσα στον οργανισμό που δέχεται το αποτέλεσμα ή την επίδραση της δραστηριότητας κάποιου άλλου εργαζομένου ή τμήματος του οργανισμού. Κάθε άτομο ή τμήμα ενός οργανισμού, αναπτύσσει, στο πλαίσιο εργασίας/λειτουργίας του, κάποιες δραστηριότητες που επηρεάζουν την εργασία κάποιων άλλων ατόμων ή τη λειτουργία άλλων τμημάτων του οργανισμού. Υπάρχει δηλαδή πάντοτε ένας αποδέκτης του αποτελέσματος κάθε διαδικασίας, που λαμβάνει χώρο στο πλαίσιο της λειτουργίας του οργανισμού. Το γεγονός αυτό καθιστά κάθε εργαζόμενο στον οργανισμό πελάτη κάποιου και ταυτόχρονα προμηθευτή κάποιου άλλου.

Έτσι, κάθε οργανισμός έχει τους εσωτερικούς και τους εξωτερικούς του πελάτες. Όλοι αυτοί οι πελάτες (εσωτερικοί και εξωτερικοί) συγκροτούν την αλυσίδα των πελατών, στην οποία μόνο ο τελευταίος κρίκος της αποτελεί τον εξωτερικό πελάτη – χρήστη, δηλαδή τον αποδέκτη του ολοκληρωμένου προϊόντος ή της υπηρεσίας που παράγει ο οργανισμός²⁹. Είναι ευνόητο ότι οι εξωτερικοί πελάτες ενός οργανισμού δεν μπορεί να είναι ικανοποιημένοι όταν είναι δυσαρεστημένοι οι εσωτερικοί του πελάτες. Η τελειότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, που είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ποιότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, προϋποθέτει πρώτα απ' όλα τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των εσωτερικών πελατών του οργανισμού.

²⁹ Ν. Λογοθέτης, «Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC», εκδ. TQM Hellas LTD, Interbooks, Αθήνα 1992

Τα νοσοκομεία αποτελούν τις βασικές υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να διαθέτουν ένα ολοκληρωμένο σύστημα διοίκησης ποιότητας, που να περιλαμβάνει μηχανισμούς βελτίωσης της ποιότητας, πριν, κατά και μετά την παροχή της ιατρονοσηλευτικής φροντίδας. Για να επιτευχθεί αυτό όλοι οι μηχανισμοί θα πρέπει να έχουν την ικανότητα να συλλέγουν τις αναγκαίες πληροφορίες για την καταγραφή, παρακολούθηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών. Μέχρι σήμερα λίγα μόνο νοσοκομεία διεθνώς την εφαρμόζουν με συστηματικό τρόπο. Όπου εφαρμόζεται δεν περιορίζεται μόνο στη βελτίωση της ποιότητας του κλινικού έργου, αλλά επεκτείνεται και σε άλλες συνιστώσες της περίθαλψης, όπως είναι η σκοπιμότητα, η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η συνέχεια και η αποτελεσματικότητα όλων των προσφερόμενων υπηρεσιών.³⁰

5. Τα Ποιοτικώς Σταθμισμένα Έτη Ζωής

Τα ποιοτικώς σταθμισμένα έτη ζωής ή αλλιώς QALYs αποτελούν τα τελευταία χρόνια έναν δείκτη μέτρησης της ποιότητας ζωής και χρησιμοποιούνται από τη μέθοδο της ανάλυσης κόστους – χρησιμότητας, η οποία είναι μια από τις νεότερες μεθόδους που εφαρμόζονται για την κοινωνική – οικονομική αξιολόγηση των ιατρικών παρεμβάσεων, και ειδικότερα της κλινικής πρακτικής. Η μέθοδος αυτή, που σχετίζεται με τη Διασφάλιση της ποιότητας των υγειονομικών αποτελεσμάτων, επιχειρεί, με τη βοήθεια παραμέτρων ποσοτικής και ποιοτικής εκτίμησης της υγείας των ασθενών, να αξιολογήσει τις ιατρικές παρεμβάσεις και να συγκρίνει στη συνέχεια την αποτελεσματικότητά τους με το κόστος που συνεπάγεται η εφαρμογή τους.

³⁰ Ι. Σιγάλας, ‘Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου ‘Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις’, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999

Συγκεκριμένα, με τη μέθοδο αυτή μπορούν αφενός να καταγραφούν οι αλλαγές στη διάρκεια και στην ποιότητα ζωής του ασθενή, με την εφαρμογή μιας θεραπευτικής αγωγής, και αφετέρου να μετρηθεί η υποκειμενική του ικανοποίηση από τις παρεχόμενες σ' αυτόν υπηρεσίες υγείας. Το σύνολο των μεγεθών αυτών, δηλαδή το αναμενόμενο αποτέλεσμα της θεραπείας και η ικανοποίηση του ασθενή, η οποία αθροίζεται στο αποτέλεσμα ως «προστιθέμενη» σ' αυτό αξία, συσχετίζεται στη συνέχεια με τα δεδομένα του προσδόκιμου επιβίωσης και εκφράζεται σε QALYs, που είναι το σύνολο των ποιοτικώς σταθμισμένων ετών ζωής τα οποία κερδίζονται με τη συγκεκριμένη θεραπευτική παρέμβαση. Επικεντρώνεται δηλαδή η μέθοδος αυτή στην ποιότητα της υγείας του ασθενή μετά την εφαρμογή του προγράμματος υγείας ή της θεραπείας³¹

1.5.4 Μέτρηση της ποιότητας

Από τη διαδικασία εισαγωγής ενός ασθενή, τη μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί για τη νοσηλεία του και μέχρι τη φροντίδα μετά την έξοδό του από τη κλινική θα πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης, οι οποίοι θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής και εν τέλει θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης προβληματικών διαδικασιών. Ο Avedis Donabedian παρουσίασε μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στο θέμα της μέτρησης. Σύμφωνα με το υπόδειγμά του, το οποίο περιγράφουν πλήθος μελετητών, όπως οι Οικονομοπούλου, Αλεξιάδης, Ραφτόπουλος κ.ά., η ποιότητα μετράτε σε τρεις τομείς:

1. Τη δομή (structure), δηλαδή:

- τα κτίρια, τον εξοπλισμό, τα υλικά και τους διαθέσιμους χρηματικούς πόρους.
- τον αριθμό των εργαζομένων συνολικά και ανά κατηγορίες αλλά και την κατάρτισή τους.
- την οργανωτική δομή, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων, τη διαδικασία επιλογής προσωπικού κ.λ.π.

³¹ Κυριόπουλος, Γ. και συν., «Στάσεις και αντιλήψεις χρηστών ως προς τη Νοσοκομειακή Φροντίδα», στο Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε. , «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Αθήνα 1994.

Η δομή αποτελεί εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας δεν μπορεί όμως να θεωρηθεί και ως ασφαλές και επαρκές εργαλείο μέτρησης, αφού από μόνη της η επαρκής και κατάλληλη δομή δεν επαρκεί για την παροχή άριστων φροντίδων υγείας.

2. Τη διαδικασία (process), δηλαδή:

- όλες τις ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη καθώς και τον τρόπο με τον οποίο του παρέχεται αυτή η περίθαλψη
- τις ενέργειες του ιατρού, ο οποίος θα χρησιμοποιήσει τη μια ή την άλλη διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει κάποια αγωγή ή θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση
- τη μέση διάρκεια νοσηλείας
- τη μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας
- τη χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους κ.λ.π.

Η διάσταση «διαδικασία» μπορεί να μετρηθεί σε ένα μεγάλο βαθμό μέσω της εξέτασης των στοιχείων του ατομικού φακέλου του ασθενή.

3. Την έκβαση (outcome), δηλαδή:

Τα αποτελέσματα, τη μεταβολή – τρέχουσα ή μελλοντική – στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή, την οφειλόμενη στην ιατρική παρέμβαση ή σε άλλη προηγηθείσα υπηρεσία φροντίδας. Εδώ περιλαμβάνεται η ικανοποίηση του ασθενή και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής του. Επίσης υπολογίζεται η αξία του αποτελέσματος σε σχέση με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για τη επίτευξη αυτού του αποτελέσματος.

Σύμφωνα με την Palmer (1991), μέτρηση είναι: «η απόδοση μιας ποσότητας σε μια ιδιότητα ή ένα φαινόμενο, μέσω συλλογής παρατηρήσεων και σύγκρισης των παρατηρηθέντων στοιχείων προς αντικειμενικά κριτήρια». Εάν λοιπόν ποιότητα είναι ο βαθμός τελειότητας της φροντίδας, τότε κάθε διαπιστούμενη απόκλιση από αυτόν συνιστά μέτρηση της ποιότητας, που συχνά αναφέρεται ως αποτίμηση της ποιότητας, όπου τελειότητα ή αντικειμενικά κριτήρια είναι τα πρότυπα, οι οδηγίες και τα πρωτόκολλα, τα οποία αποτελούν μέτρο σύγκρισης με την τρέχουσα πραγματικότητα, όπως αυτή καταγράφεται στους δείκτες ή στα αποτελέσματα άλλων μετρήσεων,

προκειμένου να εντοπίζονται λάθη ή να διαπιστώνονται οι βελτιώσεις. (Τούντας, 2003).

Η μέτρηση προϋποθέτει:

- Δεδομένα (data). Είναι το πρώτο απαραίτητο στοιχείο για τη μέτρηση, το ποια θα χρησιμοποιήσει κανείς εξαρτάται από τις εκάστοτε συνθήκες.
- Πρότυπα (standards). Πρότυπο είναι ο αποδεκτός βαθμός απόκλισης από έναν κανόνα ή κριτήριο. Ο βαθμός απόκλισης έχει καθοριστεί από αντίστοιχες επαγγελματικές ενώσεις.
- Κριτήρια (criteria). Είναι προκαθορισμένα στοιχεία, συστατικά της ποιότητας προς τα οποία μπορούμε να συγκρίνουμε διάφορες όψεις της ποιότητας μιας ιατρικής υπηρεσίας. Μπορεί να είναι ρητά καθορισμένα, οπότε δεν παρέχουν περιθώρια κρίσεων στον εκάστοτε κριτή, συχνά όμως μπορεί να μην ορίζονται επακριβώς ή να υπονοούνται, οπότε αφήνονται στην προσωπική κρίση του εκάστοτε εκτιμητή, ο οποίος διαθέτει, λόγω πείρας και εξειδίκευσης ικανότητα αντικειμενικής κρίσης³².

³² Χ. Οικονομοπούλου, «Εκπαιδευτικές σημειώσεις», Ποιότητα, 2002

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^Ο ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 Ιστορική Αναδρομή

Το ενδιαφέρον για την ποιότητα της φροντίδας είναι τόσο παλιό όσο η Ιατρική ως επιστήμη. Μεταξύ των πρωτοπόρων της επιστημονικής μεθοδολογικής αξιολόγησης ήταν η Nightingale, που κατέκρινε όσους ευθύνονταν για τα χαμηλά πρότυπα της ιατρικής φροντίδας στο στρατό. Μία ακόμη εντυπωσιακή "φιγούρα" στα χρονικά της αξιολόγησης της ποιότητας ήταν ο γιατρός Codman από τη Βοστώνη, που στις αρχές του 20ου αιώνα, καθιέρωσε τον επανέλεγχο όλων των χειρουργημένων ασθενών του για διάστημα ενός έτους. Στις Ηνωμένες Πολιτείες από το 1950 το ενδιαφέρον στράφηκε ξανά στην ποιοτική αξιολόγηση. Η έμφαση μετατοπίστηκε από τα τελικά αποτελέσματα στη διαδικασία και από το θεραπευτικό αποτέλεσμα στον έλεγχο των δαπανών³³.

Η συστηματική έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα ανιχνεύεται από τη δεκαετία του 1960. Αρχικά, επικεντρώθηκε στην ικανοποίηση των ασθενών με σκοπό να μετρήσει τα κλινικά αποτελέσματα, την τήρηση των ραντεβού ή τη συμμόρφωση στη συνιστώμενη θεραπεία. Βαθμιαία, το ενδιαφέρον μεταφέρθηκε στην ικανοποίηση των ασθενών ως εξαρτημένη μεταβλητή. Οι απόψεις των ασθενών έγιναν σημαντικό εργαλείο στις διαδικασίες ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών (Hendriks et al., 2002)³⁴. Η διεξαγωγή μελετών ικανοποίησης έφτασε στο ζενίθ της το 1994, αντανακλώντας τις αλλαγές στη διοίκηση των υπηρεσιών στις ΗΠΑ και στο Ηνωμένο Βασίλειο.

Παραδοσιακά, οι απόψεις των χρηστών για τις υπηρεσίες υγείας αξιολογούνταν μέσω των μελετών ικανοποίησης. Οι ερευνητές έτειναν να χρησιμοποιούν ερωτηματολόγια για

³³ J. R. Maxwell, «Quality assessment in health», *BMJ*, 288, 1984.

³⁴ J. Hendriks, A. Oort, R. Vrieling, A. Smets, «Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire», *International Journal for Quality in Health Care*, 14(6), 2002.

να αξιολογούν την ικανοποίηση, αλλά πολλά από αυτά ήταν προβληματικά. Όπως υποστηρίζουν οι Whitfield και Baker³⁵ “τα προβληματικά ερωτηματολόγια μπορεί να περιορίσουν την ευκαιρία που έχουν οι ασθενείς να εκφράσουν αυτά που τους απασχολούν για τις διάφορες πτυχές της φροντίδας”. Ένα αυστηρά δομημένο ερωτηματολόγιο μπορεί να μη συμπεριλάβει σημαντικές πτυχές της εμπειρίας από τις υπηρεσίες. Λόγω των περιορισμών αυτών, πολλοί συγγραφείς πρότειναν να δοθεί έμφαση σε ποιοτικές μεθοδολογίες για την αξιολόγηση του συνολικού φαινομένου της ικανοποίησης-δυσαρέσκειας με έναν περιεκτικό και προσανατολισμένο προς τον ασθενή τρόπο.

Από πρακτική άποψη η μελέτη της δυσαρέσκειας μπορεί να είναι πιο σημαντική από τη μελέτη της ικανοποίησης για την αναγνώριση των δυσλειτουργιών του συστήματος³⁶. Οι Barr & Banks (2002), πραγματοποίησαν μια συστηματική ανασκόπηση της βιβλιογραφίας προκειμένου να παρέχουν ένα πλαίσιο των δημοσιευμένων μελετών για την ικανοποίηση των ασθενών και την κατανόηση των πλεονεκτημάτων και των μειονεκτημάτων των διαφορετικών μεθοδολογικών προσεγγίσεων. Σύμφωνα με αυτούς, οι μελέτες για την ικανοποίηση του ασθενή που αναπτύχθηκαν από το Ινστιτούτο Picker προσηλώνονται στην «εμπειρία της φροντίδας» και η προσέγγισή τους προσανατολίζεται στο πρόβλημα, κάνοντας ερωτήσεις σχετικά με το τι έγινε ή δεν έγινε κατά τη νοσηλεία τους. Άλλες μελέτες ικανοποίησης (όπως της εταιρίας Press Ganey Associates, Inc. Των ΗΠΑ, <http://www.pressganey.com>) ακολουθούν την προσέγγιση της «ικανοποίησης από τη φροντίδα», ζητώντας από το άτομο να βαθμολογήσει την ικανοποίησή του στις διάφορες πτυχές της φροντίδας κατά τη νοσηλεία του. Αυτές οι δύο προσεγγίσεις μπορεί να αντανακλούν δύο συμπληρωματικούς αλλά μερικές φορές αντικρουόμενους στόχους,

³⁵ R. Baker, «Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice», *British Journal of General Practice*, 1990

³⁶ V. Bankauskaite & O. Saarelma, «Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions», *International Journal for Quality in Health Care*, 15 (1), 2003

την ποιοτική βελτίωση από τα νοσοκομεία και τη δημόσια αξιολόγηση από τους καταναλωτές.

2.2 Ορισμοί της ικανοποίησης των ασθενών

Ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή και η μέτρησή της μοιάζει να είναι προβληματική. Ένας βασικός λόγος είναι ότι οι άνθρωποι ποικίλλουν σε αυτό που αντιλαμβάνονται ως ικανοποίηση από τη φροντίδα³⁷. Υπάρχει επίσης διακύμανση σε αυτό που θέλουν από ένα σύστημα υγείας και σε αυτό που προσδοκούν από ένα φορέα υγείας. Αυτές οι διαφορές λειτουργούν τόσο σε ατομικό όσο και σε κοινωνικό επίπεδο³⁸. Παρόλο που υπάρχουν πολλοί γενικοί ορισμοί της ικανοποίησης του ασθενή, υπάρχει διαδεδομένη συμφωνία στο ότι η βιβλιογραφία «πάσχει» από ανεπαρκή ανάπτυξη της έννοιας, μια κατάσταση που δεν έχει αλλάξει σημαντικά από τη δεκαετία του '70. Συνέπεια αυτής της κατάστασης είναι η ύπαρξη πολλών ανταγωνιστικών μοντέλων για τον ορισμό της έννοιας της ικανοποίησης των ασθενών³⁹. Με την πάροδο των χρόνων έχουν διατυπωθεί ποικίλοι ορισμοί.

Ο A. Donabedian ήταν ο πρώτος που εισήγαγε την ικανοποίηση του ασθενούς ως δείκτη έκβασης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σύμφωνα με τον ίδιο, η ικανοποίηση του ασθενούς είναι η γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Ουσιαστικά, η ικανοποίηση είναι ο

³⁷ E. A. Suchman, «*Social patterns of illness and medical care. Journal of Health and Human Behavior*» 106, 1965.

³⁸ Review of Patient Satisfaction Measures, *Papers, theories and instruments reviewed in this study, Commonwealth of Australia*, 2006

³⁹ R. Crow, H. Gage, S. Hampson, J. Hart, A. Kimber, L. Storey et al., «*The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*». *Health Technology Assessment*, 6(32), 2002.

εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό⁴⁰.

Η Linder-Pelz, ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία, ορίζει την ικανοποίηση από τη φροντίδα ως «θετικές αξιολογήσεις διακριτών διαστάσεων για τη φροντίδα υγείας». Αναγνώρισε δέκα (10) διαστάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον καθορισμό της ικανοποίησης: προσβασιμότητα, πόροι, συνέχεια της φροντίδας, επίδραση/αποτέλεσμα της φροντίδας, οικονομικές παράμετροι, ανθρωπιά, παροχή πληροφοριών, ευχάριστο περιβάλλον και ποιότητα (Powell, 2001). Ο Αμερικάνικος Σύνδεσμος Νοσηλευτών ορίζει την ικανοποίηση του ασθενή από τη φροντίδα ως "τη μέτρηση της γνώμης ενός ασθενή ή μιας οικογένειας για τη φροντίδα που λαμβάνει". Έχει επίσης οριστεί ως "η συναισθηματική ή γνωστική αξιολόγηση του ασθενούς για την αποτελεσματικότητα των ατόμων που παρέχουν φροντίδα σε ένα υγειονομικό χώρο". Βασισμένοι στην έρευνα του Ινστιτούτου Picker (<http://www.pickerinstitute.org>), οχτώ (8) είναι οι διαστάσεις που ορίζουν την ποιότητα της φροντίδας από την πλευρά του ασθενή: σεβασμός στις αξίες και τις προτιμήσεις του ασθενούς και στις εκφρασμένες ανάγκες, συντονισμός και ολοκλήρωση της φροντίδας, πληροφόρηση και εκπαίδευση, σωματική άνεση, συναισθηματική υποστήριξη και ανακούφιση από τον φόβο και τον πόνο, εμπλοκή της οικογένειας και των φίλων, έξοδος από το νοσοκομείο, παρακολούθηση και πρόσβαση στη φροντίδα.⁴¹

Κατά τον Petersen η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη την οποία έχει ο ασθενής και αφορά τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη του τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας. Ο Guzman υποστήριξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των

⁴⁰ Ε. Θεοδοσοπούλου, Β. Ραφτόπουλος, «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», *Νοσηλευτική*, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα 2002

⁴¹ Harris County Hospital District, «Patient Satisfaction», 2003-2005

υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή. (Μερκούρης, 1996)⁴²

Ο Pascoe όρισε την ικανοποίηση του ασθενή ως την γενική αντίδρασή του σε μια παρεχόμενη υγειονομική περίθαλψη μέσα από τις εμφανείς πτυχές της εμπειρίας του στις υπηρεσίες υγείας. Η αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσεις μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών. (Clearly D. Paul, Barbara J. McNeil, 1988). Η ικανοποίηση πρέπει να οριστεί με βάση την εμπειρία του ασθενούς, όμως, οι περισσότερες υγειονομικές μελέτες εστιάζουν στην αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων των υπηρεσιών, δίνοντας λίγη προσοχή στη σχετική σπουδαιότητα αυτών των διαστάσεων⁴³. Οι κυριότερες θεωρίες ικανοποίησης ασθενών δημοσιεύτηκαν τη δεκαετία του 1980. Αναπτύχθηκαν πέντε (5) κυρίαρχα μοντέλα που μπορούν να συμβάλλουν σε μια συνολική θεωρία. Οι πιο πρόσφατες θεωρίες αποτελούν αναδιατυπώσεις των αρχών τους. Τα μοντέλα αυτά ήταν:

1. Ware et. al., 1983 «Καθοριστικοί παράγοντες και συστατικά της ικανοποίησης του ασθενή»,
2. Linder-Pelz, 1982 «Θεωρία προσδοκιών-αξιών για την ικανοποίηση του ασθενή»,
3. Fox & Storms, 1981 «Θεωρίες απόκλισης και καταπάτησης»,
4. Fitzpatrick, 1984 «Πολλαπλά μοντέλα ως καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης του ασθενή» (Fitzpatrick, 1991)⁴⁴ και

⁴² Α. Μερκούρης, Διδακτορική Διατριβή «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών», Αθήνα 1996

⁴³ M. Drain, A. Clark, «Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives». *JHQ Online*, 26(4), 2004

⁴⁴ R. Fitzpatrick, «Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations», *BMJ*, 302, 1991

5. Avedis Donabedian, 1988 «Αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας» (Review of Patient Satisfaction Measures, 2006).

Σύμφωνα με τον Meterko (1990)⁴⁵, οι ποικίλες μεθοδολογίες και τα εργαλεία που συνήθως κατασκευάζονται για τα νοσοκομεία δεν επιτρέπουν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων και την ανάπτυξη μιας ενιαίας θεωρίας. Οι περισσότερες θεωρίες που ερμηνεύουν την ικανοποίηση των ασθενών προέρχονται ή βασίζονται σε θεωρίες κινήτρων που έχουν κατασκευαστεί και κυρίως χρησιμοποιηθεί στο χώρο εργασίας⁴⁶. Η θεωρία της ασυμφωνίας θεωρεί ως δεδομένο ότι η ικανοποίηση είναι η αντιληπτή ασυμφωνία μεταξύ του τι ένα άτομο επιθυμεί και τι του συμβαίνει. Η θεωρία της ολοκλήρωσης παρομοίως ορίζει την ικανοποίηση ως τη διαφορά ανάμεσα στην επιθυμητή ανταμοιβή και σ' αυτό που τελικά λαμβάνεται. Οι θεωρίες δικαιοσύνης προτείνουν ότι η ικανοποίηση είναι μια δικαιοσύνη που λαμβάνεται ή μια ισορροπία εισροών και εκροών⁴⁷.

Στο νοσηλευτικό χώρο ο πιο ευρέως αποδεκτός ορισμός είναι αυτός που δίνει ο Risser, 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.⁴⁸ Η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και συγκεκριμένα ικανοποίηση είναι η γνώμη του ασθενή για την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, περίθαλψη και ποιότητα. Στην πραγματικότητα, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη χρήση

⁴⁵ M. Meterko, H.R. Rubin, "Patient judgement of hospital quality: report of a pilot study", *Medical Care*, 1990

⁴⁶ A. Merkouris, J. Ifantopoulos, V. Lanara, C. Lemonidou, "Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services", *Journal of Nursing Management*, 7 1999a.

⁴⁷ Β. Παπανικολάου, «Ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή της ολικής ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης του Ε.Σ.Υ.» Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Αθήνα 1995.

⁴⁸ Α. Μερκούρης, Διδακτορική Διατριβή «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών», Αθήνα 1996

υπηρεσιών υγείας μπορεί να βελτιώσει την ποιότητα των κλινικών, ιατρικών και διοικητικών δραστηριοτήτων, καθώς και να βοηθήσει στη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

2.3 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή

Η θεραπευτική σχέση σχεδόν πάντοτε εκλαμβάνεται ως μια ιδιόμορφη κοινωνική σχέση που διαμορφώνεται από δύο άτομα: α) τον άρρωστο με την αρρώστια του και β) το θεραπευτή με τις ειδικές του γνώσεις και την τεχνική που κατέχει. Στην πραγματικότητα όμως, η σχέση θεραπευτή – αρρώστου εξαρτάται επίσης από τις κοινωνικές δομές και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή αναπτύσσεται (Σαρρής, 2001). Ο βαθμός ικανοποίησης του αρρώστου από τη φροντίδα του εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων. Ο ρόλος του ασθενή στις μέρες μας υποβάλλεται σε ριζοσπαστική αλλαγή καθώς έχει αποδειχθεί ότι η αντίληψη του ασθενή για την κατάστασή του επηρεάζει σημαντικά την πορεία της ασθένειας και την ανάρρωσή του. Ορισμένοι ασθενείς είναι επιφυλακτικοί στην έκφραση της άποψής τους επειδή η παραμονή τους θεωρείται περιορισμένου χρονικού διαστήματος και έτσι τείνουν να ανέχονται τα αρνητικά που συναντούν ή φοβούνται ότι η κριτική μπορεί να επηρεάσει αρνητικά την ποιότητα της φροντίδας τους⁴⁹.

Οι J. Fox και D.Storms υποστηρίζουν ότι οι κοινωνικοδημογραφικές μεταβλητές των ασθενών σχετίζονται με τα επίπεδα της ικανοποίησης τους από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι παράγοντες που δείχνουν να έχουν σχέση είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη στην οποία ανήκει ο ασθενής και η περιοχή στην οποία ζει. Ο R. Fitzpatrick αναφέρει ότι η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην

49 Fessel-Gfk, «Your Partner For Innovative Patient Satisfaction Studies». *Patient Satisfaction*.

καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες⁵⁰. Δύο από τους σημαντικότερους παράγοντες που πηγάζουν από τη σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον επαγγελματία υγείας αφορούν: α) την ποιότητα και την ποσότητα των πληροφοριών που παρέχει το μέλος του προσωπικού υγείας στον άρρωστο και β) το ενδιαφέρον και την κατανόηση που δείχνει για τον ασθενή⁵¹.

Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας επιδρά στη διαμόρφωση των σχέσεων επαγγελματία υγείας – αρρώστου και της συνακόλουθης άσκησης διαφοροποιημένων ρόλων μεταξύ τους. Είναι εμφανής και κοινά αποδεκτή η σημασία που έχει για τον άρρωστο και την υποκειμενική του ευεξία, η ενημέρωση του σχετικά με την αρρώστια που εκδηλώνει. Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ένας άρρωστος αποτελεί, εξάλλου, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη συνακόλουθη μη επικοινωνία που εγκαθίσταται στη σχέση τους με τη θεραπευτική ομάδα. Οι επαγγελματίες υγείας, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου, ιδίως όταν πρόκειται για τα «κακά – άσχημα νέα», είτε γιατί, πιθανόν, να διατηρήσουν τον έλεγχο πάνω στον άρρωστο, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα ή αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του. Η περιορισμένη, συμβατικού τύπου ενημέρωση και η απουσία επικοινωνίας μεταξύ εντάσεων και αντιθέσεων, οι οποίες επηρεάζουν, με τη σειρά τους, αρνητικά τη θεραπευτική διαδικασία.

Η ικανοποίηση λοιπόν του αρρώστου από τη σχέση του με το προσωπικό υγείας δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, εξαρτάται και από τη δυνατότητα να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από επαγγελματίες που ενδιαφέρονται πραγματικό γι' αυτόν. Ο

⁵⁰Ε. Θεοδοσοπούλου, Β.Ραφτόπουλος, «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», *Νοσηλευτική*, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα 2002

⁵¹Φ. Αναγνωστόπουλος, Δ. Παπαδάτου, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας», *Ελληνικά Γράμματα*, Αθήνα 1999,σελ 36

άρρωστος που «εισακούεται» νιώθει ότι έχει στο πλευρό του επαγγελματίες που είναι διαθέσιμοι να τον στηρίξουν⁵².

Οι ασθενείς που κάνουν ερωτήσεις, ψάχνουν εναλλακτικές θεραπείες και εκφράζουν την άποψή τους κατά τις επισκέψεις τους στο γραφείο του γιατρού τους έχουν καλύτερα αποτελέσματα στην υγεία τους απ' ό,τι οι ασθενείς που δεν το κάνουν. Τέλος, οι ασθενείς που αισθάνονται ότι έχουν συμμετάσχει στη λήψη αποφάσεων είναι πιο πιθανό να ακολουθήσουν τις συστάσεις⁵³ και είναι προφανές ότι η υψηλή ικανοποίηση σχετίζεται με βελτίωση της υγείας⁵⁴. Επιπρόσθετα, ο τρόπος διατύπωσης των ερωτήσεων μπορεί να οδηγήσει σε χαμηλή εκτίμηση της δυσαρέσκειας από την παρεχόμενη φροντίδα. Για το λόγο αυτό, οι ασθενείς θα πρέπει να συμμετέχουν στη διατύπωση και στο σχεδιασμό του ερωτηματολογίου⁵⁵. Υποστηρίζεται ότι οι δηλώσεις των ασθενών εξάγουν διαφορετικά αποτελέσματα αν διατυπώνονται θετικά παρά αρνητικά⁵⁶.

Επίσης, έχει αποδειχθεί ότι οι γιατροί που γνωρίζουν τις προσδοκίες των ασθενών τους είναι σε θέση να καλύψουν περισσότερο τις επιθυμίες τους. Η μέτρηση των προσδοκιών δεν είναι εύκολη και μπορεί να επηρεαστεί από το εργαλείο που χρησιμοποιείται⁵⁷. Η κοινωνικοοικονομική κατάσταση, η ευαισθησία της ασθένειας, η προηγούμενη εμπειρία

⁵² Στο ίδιο,σελ37

⁵³ Kaplan, S., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W., Ware, J., «Characteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles», *Annals of Internal Medicine*, 124(5), 1996

⁵⁴ Takemura, Y., Liu, J., Atsumi, R., Tsuda, T., «Development of a Questionnaire to Evaluate Patient Satisfaction with Medical Encounters», *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 210, 2006

⁵⁵ Gavin, T. K., Turner, J. M., «Methods of surveying patients' satisfaction», *BMJ*, 314, 1997

⁵⁶ R. Fielding, A. Hedley, J. Cheang, J., Lee, A., «Patient's satisfaction is based firmly on their expectations», *BMJ*, 314, 1997

⁵⁷ J., De Lepeleire et al, «Patients expectations of General Practice, a pilot study », *Archives of Public Health*, 61 (6), 2003

από το σύστημα υγείας και η γνώση που έχει αποκτηθεί επηρεάζουν τις προσδοκίες και ταυτόχρονα την ερμηνεία των συμπτωμάτων⁵⁸.

2.3.1 Ανάγκες ασθενών

Η μεγάλη προσέλευση ασθενών οδηγεί τα νοσοκομεία σε οριακές καταστάσεις. Οι ασθενείς και οι οικείοι τους, καταγγέλλουν πως οι συνθήκες στα ελληνικά νοσοκομεία είναι αφόρητες, αφού βρίσκονται στοιβαγμένοι στον διάδρομο, χωρίς παροχές, νοσηλευτές και αξιοπρέπεια, ενώ το προσωπικό του νοσοκομείου υποχρεώνεται σε εξαντλητικά ωράρια⁵⁹. Αφόρητες είναι οι συνθήκες για τους ασθενείς, καθώς εμφραγματίες και διασωληνωμένοι παραμένουν σε φορεία, στοιβαγμένοι στον διάδρομο⁶⁰. Εικόνες που δεν συναντάμε στα νοσοκομεία του εξωτερικού. Συνήθως τις περισσότερες φορές που οδηγείται κάποιος ασθενείς στο εξωτερικό είναι γιατί τον οδηγεί η ανάγκη. Τα κινήματα οικογενειών και ασθενών στην Ευρώπη είναι πολύ ισχυρά, υπάρχουν πολλοί σύλλογοι, πολλές ομάδες αυτοβοήθειας με πολλές δραστηριότητες.(www.esne.gr).

Λόγω μαζικότητας του κινήματος είναι σε θέση να επηρεάσουν πολιτικές αποφάσεις περισσότερο ίσως από εμάς. Οι αντιλήψεις εκεί έχουν αλλάξει. Δίνεται ιδιαίτερη έμφαση στην έγκαιρη διάγνωση και αντιμετώπιση. Το νοσοκομειακό κρεβάτι δεν αποτελεί την κύρια λύση, γιατί υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα κατ' οίκον παρέμβασης και για την αντιμετώπιση της κρίσης (Κακαβούλης Α. 1997). Επιπλέον, οι οικογένειες και οι ασθενείς υποστηρίζονται σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό. Ένα δραματικό στοιχείο είναι ότι περίπου 1500 Έλληνες πηγαίνουν με έξοδα του κράτους ή ιδιωτικά για αποκατάσταση στο εξωτερικό. Το κράτος στέλνει ασθενείς στο εξωτερικό για αποκατάσταση με ημερήσια νοσήλια που συνήθως ξεπερνάνε τα 1.000 ευρώ την ημέρα. Στη χειρότερη

⁵⁸ R.,Kravitz, «*The Physician-Patient Relationship. Measuring Patients' Expectations and Requests*», *Annals of Internal Medicine*, 134, 2001

⁵⁹ Μ. Καγάλιση, Π. Σταματάκη, «*Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν*», 1996

⁶⁰ Α. Κακαβούλης, «*Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης*», 1997

στιγμή της ζωής ενός ανθρώπου που από υγιής γίνεται ανάπηρος αναγκάζεται επιπλέον να μεταναστεύσει στο εξωτερικό διότι ξέρει ότι εκεί θα καλυφθεί όλο το κόστος.

Αλλά και οι διαδικασίες έγκρισης για νοσηλεία στο εξωτερικό είναι διάτρητες. Για την ίδια πάθηση σε άλλους εγκρίνεται η νοσηλεία στο εξωτερικό και άλλοι ασθενείς ψάχνουν για ένα κρεβάτι στα 180 του δημόσιου χώρου. Μάλιστα γι' αυτή τη διαδικασία της έγκρισης και μεταφοράς στο εξωτερικό έχουν ιδρυθεί και ειδικά γραφεία, για όσους βέβαια έχουν να πληρώσουν. Ακόμα περισσότερα από 200 Ελληνόπουλα με συγγενείς καρδιοπάθειες παραπέμπονται ετησίως σε κέντρα του εξωτερικού, προκειμένου να υποβληθούν σε χειρουργική επέμβαση⁶¹. Στη χώρα μας λειτουργούν ένα καρδιοχειρουργικό Τμήμα Παιδών και Συγγενών Καρδιοπαθειών στο Ωνάσειο και δύο καρδιοχειρουργικές κλινικές στο νοσοκομείο Παιδών Αγία Σοφία, που διενεργούν συνολικά 400-450 εγχειρήσεις καθ' έτος⁶². Η καλύτερη αξιοποίηση και η επέκταση των σχετικών υποδομών θα μπορούσε να μειώσει στο ελάχιστο τη ροή των μικρών ασθενών στο εξωτερικό και το τεράστιο οικονομικό-κοινωνικό κόστος που αυτή συνεπάγεται⁶³.

2.3.2 Ψυχολογικές Ανάγκες

Στο σημείο αυτό, αξίζει να σημειωθεί ότι υπάρχουν και οι ψυχολογικές αντιδράσεις και ψυχοσυναισθηματικές διεργασίες:

- Άρνηση. Ο ασθενής απορρίπτει τη διάγνωση που του έγινε και αρνείται να δεχθεί ότι πάσχει από τη νόσο.
- Απώθηση. Ο ασθενής γνωρίζει τα συμπτώματα της νόσου, τα αναγνωρίζει επάνω του, αδιαφορεί όμως γι' αυτά και δεν ασχολείται μαζί τους ωθώντας τα στο περιθώριο της συνείδησής του.

⁶¹ Α. Τριχοπούλου, «Προληπτική Ιατρική», 1986

⁶² Μ. Τζιάντζη, «Δελτίο Ραντζών», Καθημερινή, 2009

⁶³ Δ. Παπαδάτου, Φ. Αναγνωστόπουλος, «Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας» 1995

- ο Υπεραναπλήρωση. Στο βαθμό που μπορεί, ο ασθενής προσπαθεί να εμφανίζει αυξημένη δραστηριότητα, κάνει μακροπρόθεσμα σχέδια, και γενικά προσπαθεί να αναπληρώσει αυτά τα οποία χάνει εξαιτίας της νόσου.
- ο Προβολή. Ο ασθενής προβάλλει σε άλλους τις δικές του ιδέες μομφής και ενοχής. Γίνεται ερειστικός και επιθετικός προς τα έξω, προκειμένου να μην στρέψει την επιθετικότητά του εναντίον του ίδιου του, του εαυτού. (Μελισσά 1998)⁶⁴

Βέβαια, στο σοκ της διάγνωσης μιας νόσου υποβάλλονται και οι ίδιοι οι συγγενείς του ασθενούς, ενώ συχνά διέρχονται και αυτοί από τις ίδιες ψυχολογικές φάσεις που βιώνει ο ίδιος ο ασθενής. Έχει διαπιστωθεί, πως οι ασθενείς εμφανίζουν πολλές ιδιαίτερες ανάγκες, ενώ η φροντίδα τους συχνά είναι πιο δύσκολη από όσο μπορεί κανείς να φανταστεί. Συνοπτικά, οι κυριότερες ανάγκες που παρουσιάζουν οι ασθενείς είναι:

- A) Φυσικές ανάγκες (σωματική υποστήριξη, βοήθεια σε σωματικές δραστηριότητες κλπ)
- B) Ανάγκη για μεταφορά του ασθενούς στους χώρους διεξαγωγής δοκιμασιών και χορήγησης θεραπευτικών σχημάτων.
- Γ) Ανάγκη για μέριμνα σχετικά με τη λήψη διαφόρων σκευασμάτων.
- Δ) Ανάγκη παρατήρησης των συμπτωμάτων που παρουσιάζουν οι ασθενείς.
- E) Συναισθηματικές και διαπροσωπικές σχέσεις.
- ΣΤ) Πνευματικές ανάγκες.
- Z) Ανάγκη για ενημέρωση σχετικά με τη νόσο και τη θεραπεία της.

Η διάγνωση μιας ασθένειας έρχεται σαν κεραυνός να αποδιοργανώσει τη ζωή του ασθενούς και της οικογένειάς του. Οι ανησυχίες για το μέλλον, η αναζήτηση ικανών γιατρών και της καταλληλότερης αντιμετώπισης, οι φόβοι για τους κινδύνους της θεραπείας μαζί με τη σωματική καταπόνηση που συνήθως συνοδεύει την ασθένεια, δημιουργούν πολύπλοκα ψυχολογικά, οικογενειακά και κοινωνικά προβλήματα στους ασθενείς. Το είδος των προβλημάτων που δημιουργούνται δεν είναι γνωστά στο βαθμό

⁶⁴Χ. Μελισσά-Χαλικοπούλου, «Ψυχολογία της Υγείας» 1998

που θα έπρεπε να είναι. Ενώ, η στήριξη που δίνεται από τους νοσηλευτές, δεν είναι πάντα ικανοποιητική. Οι περισσότεροι άνθρωποι στο άκουσμα και μόνο μιας ασθένειας, αρχίζουν να φοβούνται. Όταν μάθουν ότι πάσχουν από μια ασθένεια, αρχίζουν να χάνουν την αυτοπεποίθησή τους, γίνονται απαισιόδοξοι, αποκτούν αδικαιολόγητη αγχωτική συμπεριφορά, αρκετοί καταλήγουν να πάσχουν από κατάθλιψη, και πολλοί αποκτούν φοβίες σχετικές με την ασθένεια και το πώς θα εξελιχθεί⁶⁵.

Όλες αυτές οι ψυχολογικές επιπτώσεις επιβαρύνουν το άτομο ακόμα περισσότερο όταν το περιβάλλον στο οποίο ζει είναι «ακατάλληλο». Όταν δηλαδή, οι άνθρωποι με τους οποίους ζει ο ασθενής είναι ανενημέρωτοι σχετικά με την ασθένεια και πώς πρέπει να αντιμετωπίσουν την κακή ψυχολογία του, έτσι ώστε να μην οδηγηθεί στο περιθώριο. Ένας ασθενής χρειάζεται ιδιαίτερη μεταχείριση για την ψυχολογική του υποστήριξη ιδιαίτερα αν η ασθένειά του είναι χρόνια ή αθεράπευτη. Η απουσία ή η μη αποτελεσματικότητα της υποστήριξης ενοχοποιείται για υψηλότερες ευπάθειες σε νόσους ανοσοκαταστολής, αύξηση ψυχοσωματικών συμπτωμάτων και καθυστερημένη ανάρρωση μετά από έναν τραυματισμό ή την εκδήλωση μιας νόσου. Επιπλέον αυξάνονται ολοένα οι ενδείξεις ότι η υποστηρικτική επίδραση του κοινωνικού δικτύου συνδέεται με χαμηλά ποσοστά θνησιμότητας σε όλες τις ηλικίες⁶⁶.

Οι επιδημιολόγοι Lila Berkman και Leonard Syme μελέτησαν την σχέση ανάμεσα σε ποσοστά θνησιμότητας και σε τέσσερα (4) είδη κοινωνικής υποστήριξης:

- A) Συζυγικές σχέσεις
- B) Επαφή με συγγενείς ή φίλους
- Γ) Συμμετοχή στην δράση μιας εκκλησίας
- 1) Άλλοι σύνδεσμοι με κοινωνικές ομάδες

Σε ένα διάστημα δέκα (10) ετών τα άτομα που είχαν τις λιγότερες κοινωνικές επαφές σε όλα τα παραπάνω επίπεδα σχέσεων, παρουσίαζαν διπλάσιο ποσοστό θνησιμότητας, από

⁶⁵ Π. Γεωργούση, «Ψυχολογία των Μεθόδων Διδασκαλίας», 1995

⁶⁶ Γ. Καραχάλιος, «Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα», Έλλην, Αθήνα 1999

τους ανθρώπους που είχαν ισχυρούς κοινωνικούς δεσμούς ακόμα και αν οι τελευταίοι δεν ακολουθούν έναν υγιεινό τρόπο ζωής. Οι νεότερες έρευνες μελετούν την θετική επίδραση της κοινωνικής υποστήριξης σε κάποιες σοβαρές και απειλητικές για την ζωή παθήσεις όπως ο καρκίνος και οι καρδιοπάθειες αλλά και άλλα νοσήματα που είτε εξουθενώνουν τον ασθενή όπως η ρευματοειδής αρθρίτιδα είτε μειώνουν την διάρκεια της ζωής όπως ο σακχαρώδης διαβήτης και η υπέρταση ⁶⁷.

2.3.3 Ταξινόμηση των Αναγκών σύμφωνα με τον Maslow

Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η θεωρία του Maslow για τις ανάγκες των ανθρώπων στην οποία επιχείρησε να ταξινομήσει τις ανάγκες του ατόμου. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή οι ανθρώπινες ανάγκες κατατάσσονται σε ομάδες και υπόκεινται σε ιεράρχηση κατά την ικανοποίησή τους⁶⁸. Η ταξινόμηση των αναγκών είναι η ακόλουθη:

1. Φυσιολογικές ανάγκες. Είναι οι ανάγκες που συνδέονται αμέσως με την επιβίωση του ατόμου. Αν αναβληθεί η ικανοποίησή τους γίνεται προβληματική η επιβίωση του ατόμου. Αυτές είναι η τροφή, η ένδυση, η στέγη, το νερό, ο αέρας κλπ. Όσο χρόνο μένουν οι φυσικές ανάγκες ανικανοποίητες, το άτομο δεν αισθάνεται την ύπαρξη αναγκών υψηλότερου επιπέδου. Μόνο όταν ικανοποιηθούν αυτές οι ανάγκες, παύουν να επηρεάζουν τη συμπεριφορά του ατόμου (ανάγκη που ικανοποιείται παύει να είναι ανάγκη) και παραμένουν στον οργανισμό σε «στάση αναμονής» για να εμφανισθούν, όταν σταματήσουν να υπάρχουν οι συνθήκες που τις ικανοποίησαν.
2. Ανάγκες ασφάλειας. Συνδέονται με συναισθήματα φόβου για τους φυσικούς κινδύνους και την αδυναμία ικανοποίησης των φυσικών αναγκών, πρόκειται δηλαδή για συναισθήματα αυτοσυντηρήσεως. Στην κατηγορία αυτή περιλαμβάνονται η προστασία εναντίον του κινδύνου, του φόβου, των στερήσεων και η επιθυμία για σιγουριά εργασίας. Η επιθυμία αυτή μπορεί να είναι πολύ σπουδαίο κίνητρο

⁶⁷M. Berger, B. Hobbs, Barbara, *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 2006

⁶⁸Χ. Μελλισά-Χαλικοπούλου, «Ψυχολογία της Υγείας» 1998

συμπεριφοράς, επειδή κάθε εργαζόμενος εξαρτάται τουλάχιστον εν μέρει, από την εργασία του. Η ανάγκη για σιγουριά παίρνει τη μορφή της απαιτήσεως για οικονομική σιγουριά (μονιμότητα εργασίας, αποταμίευση), προτίμηση γνωστού περιβάλλοντος εργασίας, η επιθυμία για τάξη στους συνεργάτες και στα υλικά. Η ανάγκη αυτή επηρεάζει τους ανθρώπους και στην επιλογή του επαγγέλματός τους. Σχετική με τις ανάγκες ασφαλείας και εξασφαλίσεων είναι η θέσπιση από την πλευρά των Κρατών και των Κοινωνικών Ασφαλίσεων και από την πλευρά των επιχειρήσεων η ίδρυση Ασφαλιστικών Εταιρειών, που σκοπεύουν στην κάλυψη διαφόρων κινδύνων, ώστε τα άτομα να αισθάνονται όσο είναι δυνατό εξασφαλισμένα.

3. Κοινωνικές ανάγκες. Ο άνθρωπος ως κοινωνικό ον έχει ανάγκη να συναναστρέφεται με άλλους ανθρώπους, να ανήκει σε κοινωνικές ομάδες, να προσφέρει την εκτίμησή του και να απολαμβάνει την εκτίμηση των άλλων, την κατανόησή τους, την αγάπη τους, και να συμπεριφέρεται ανάλογα στους άλλους. Ίσως ποτέ προηγουμένως δεν έγινε τόσο έντονα αισθητή η απελπισία. Παρά το γεγονός ότι είναι γνωστή η κατηγορία των αναγκών αυτών, μερικά ηγετικά στελέχη υποθέτουν, καθώς οι ανάγκες αυτές και οι άτυπες σχέσεις και ομάδες που προκύπτουν από τις ανάγκες αυτές αποτελούν κίνδυνο για τους στόχους της τυπικής οργανώσεως. Τότε προσπαθούν να περιορίσουν και να θέσουν υπό έλεγχο τις σχέσεις αυτές, με αποτέλεσμα οι εργαζόμενοι να αντιδρούν, να μην συνεργάζονται μαζί τους και να συγκρούονται ανοιχτά ή καλυμμένα. Τότε αυτή η συμπεριφορά των εργαζόμενων είναι αποτέλεσμα και όχι αιτία των ενεργειών του ηγετικού στελέχους.
4. Ανάγκες αυτοεκτιμήσεως. Όταν το άτομο ικανοποιήσει την ανάγκη εντάξεως σε μια κοινωνική ομάδα, αισθάνεται την ανάγκη εκτιμήσεως, τόσο εκ μέρους του ίδιου του εαυτού του, όσο και εκ μέρους των άλλων. Αυτό σημαίνει ανάγκη για αυτοπεποίθηση, γόητρο, φήμη, αναγνώριση, δύναμη, ανάγκες τις οποίες έχει επισημάνει ο Alfred Alder και οι οπαδοί του, οι οποίες παραμελήθηκαν από τον Freud και τους ψυχαναλυτές. Αν ικανοποιηθούν οι ανάγκες αυτές, τότε αποκτά το άτομο το αίσθημα

ότι αξίζει, ότι είναι ικανό, χρήσιμο και απαραίτητο στον κόσμο. Διαφορετικά είναι πιθανό να καταληφθεί από σύνδρομο κατωτερότητας και αδυναμίας. Υποστηρίζεται ότι οι ανάγκες αυτές σπάνια ικανοποιούνται τελείως αντίθετα από τις ανάγκες κατώτερου επιπέδου. Όταν όμως, αποκτήσουν σπουδαιότητα το άτομο προσπαθεί συνεχώς να τις ικανοποιήσει. Παρατηρείται ότι οι εργαζόμενοι κατώτερων κλιμακίων αντιμετωπίζουν περισσότερες δυσκολίες για να ικανοποιήσουν τις ανάγκες αυτής της κατηγορίας.

5. Ανάγκες αυτοεκπλήρωσεως και αυτοπραγμάτωσης. Ο Maslow υποστηρίζει ότι και αν ικανοποιηθούν όλες οι προηγούμενες ανάγκες, το άτομο πιθανόν να είναι ανικανοποίητο ή δυσάρεστο, εκτός αν επιτύχει τους στόχους τους οποίους έθεσε, αν επιτύχει δηλαδή, να ικανοποιήσει τα ιδεώδη του. «Ένα άτομο πρέπει να είναι ότι μπορεί να είναι» τονίζει χαρακτηριστικά ο Maslow. Αυτοπραγμάτωση είναι η επιθυμία να είναι κάποιος αυτό που ένα ικανό άτομο μπορεί να γίνει. Τα άτομα ικανοποιούν την ανάγκη αυτή με διαφορετικούς τρόπους. Ένα άτομο είναι πιθανό να ικανοποιήσει την ανάγκη αυτή με την επιθυμία να γίνει ιδεώδης γονέας, άλλο με την επιθυμία να διευθύνει σωστά μια επιχείρηση, άλλο με την επιθυμία να γίνει επιτυχημένος αθλητής κλπ. Υποστηρίζεται επίσης ότι ο τρόπος με τον οποίο εκφράζεται η αυτοπραγμάτωση είναι δυνατό να αλλάξει, και το άτομο να αναζητήσει άλλους τομείς στους οποίους να μεγιστοποιήσει το δυναμικό, καθώς οι φυσικές του δυνάμεις αλλάζουν με την πάροδο του χρόνου ή διευρύνονται οι οριζόντες του.

Ιεραρχία αναγκών του Maslow



Πηγή: Πανεπιστήμιο Αθηνών

Η διαβάθμιση και η ιεράρχηση των αναγκών δεν είναι πάντα όπως εμφανίζεται στο σχήμα και αναπτύσσεται κατωτέρω. Αυτή αποτελεί μια λογική σειρά ικανοποίησης, πλην όμως είναι πιθανό να λάβει διαφορετική μορφή ανάλογα με την προσωπική αξιολόγηση και εκτίμηση. Είναι ακόμη πιθανό να υπάρχουν άτομα, με διαφορετικές συνθήκες ζωής, τα οποία να μην αισθάνονται όλες τις κατηγορίες αναγκών, αλλά μόνο κάποιες από αυτές ή μόνο μία κατηγορία, όπως πχ στις υποανάπτυκτες χώρες επικρατούν κυρίως οι φυσιολογικές ανάγκες σύμφωνα με τα υπάρχοντα στοιχεία, ή οι χριστιανοί μάρτυρες ή οι πατριώτες κλπ⁶⁹. Έχει διατυπωθεί η άποψη, ότι ο άνθρωπος βαδίζει από τις κατώτερες ανάγκες (φυσιολογικές, ασφάλειας) προς τις ανώτερες (κοινωνικές, αυτοεκτίμησης, αυτοπραγμάτωσης) ικανοποιώντας τη μια μετά την άλλη⁷⁰. Οι

⁶⁹ Γ. Τούντας, «Κοινωνία και υγεία», Οδυσσεύς, Αθήνα 2000.

⁷⁰ Χ. Μελισσά-Χαλικοπούλου, «Ψυχολογία της Υγείας» 1998

ανάγκες επίσης αλληλοεξαρτώνται και αλληλοκαλύπτονται. Επειδή η μια ανάγκη δεν εξαφανίζεται όταν παρουσιασθεί μια άλλη, όλες οι ανάγκες τείνουν να είναι κάθε φορά μόνο κατά ένα μέρος τους ικανοποιημένες.

2.4 Ο ασθενής και η οικογένειά του

Οι σχέσεις του ασθενούς με το οικογενειακό περιβάλλον είναι συνήθως καθοριστική για την προσαρμογή του στο χώρο του νοσοκομείου και στην αντιμετώπιση της πάθησής του (National family Caregivers Association). Αν ο ασθενής έχει καλή σχέση με την οικογένειά του και αυτή διατηρεί μια ψύχραιμη στάση και του συμπαραστέκεται σε όλη τη διάρκεια της νοσηλείας του, ο ασθενής ξεπερνά πιο εύκολα τις δυσκολίες του⁷¹. Συμβαίνει, όμως συχνά η οικογένεια να μην αποδέχεται για τον συγγενή της το ρόλο του αρρώστου, οπότε παρεμβαίνει αρνητικά και αντιστέκεται στις υποδείξεις ή τις αποφάσεις των ιατρών και δυσκολεύει το έργο των νοσηλευτών⁷².

Άλλες πάλι φορές όταν η απόφαση για την εισαγωγή του στο νοσοκομείο λαμβάνεται από το στενό οικογενειακό περιβάλλον του ασθενούς υπάρχει ο φόβος για τον ασθενή να αισθανθεί ότι των διώχνουν (αίσθημα απόρριψης). Για να αποφύγει κάτι τέτοιο η οικογένεια υπάρχει ο κίνδυνος να επιβαρυνθεί με επιπλέον έξοδα για την νοσηλεία του σε μια ιδιωτική κλινική ή να υποβληθούν όλοι οι συγγενείς σε διάφορες θυσίες για να βρίσκονται συνεχώς κοντά στον συγγενή- ασθενή της (Family Caregiver Alliance). Η οικογένεια όμως, θα πρέπει να συνειδητοποιήσει, ιδιαίτερα όταν ο ασθενής θα χρειαστεί να παραμείνει για μεγάλο χρονικό διάστημα στο νοσοκομείο και οφείλει να αναδιοργανώσει τη δομή της και να προσαρμοστεί θετικά στην απουσία του αρρώστου μέλους της. Τέτοια προβλήματα υπάρχουν συνήθως με τους συγγενείς των γηριατρικών ασθενών⁷³. Είναι δύσκολο μερικές φορές για τους ενήλικες να συνειδητοποιήσουν ότι οι ηλικιωμένοι σύζυγοι ή γονείς τους δεν μπορούν να είναι πια οι σύμβουλοι και

⁷¹ Α. Κακαβούλης, «Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης», 1997

⁷² Γ. Τούντας, «Κοινωνία και υγεία», Οδυσσεάς, Αθήνα 2000.

⁷³ Γ. Καραχάλιος, «Γeronτολογική Νοσηλευτική Φροντίδα», Έλλην, Αθήνα 1999

συμπαράστατες τους γιατί δεν τους το επιτρέπει πλέον η βιολογική και η ψυχική κατάσταση της υγείας τους⁷⁴.

2.4.1 Οι ανάγκες της οικογένειας ενός ασθενή

Η εισαγωγή κάποιου ατόμου στο νοσοκομείο δεν επηρεάζει μόνο τον ασθενή αλλά και το ευρύτερο οικογενειακό του περιβάλλον. Υπάρχει μια πληθώρα ατόμων που επηρεάζεται με ποικίλο τρόπο από την παραμονή αυτή, με κυριότερο εκπρόσωπο τους τα μέλη της οικογένειας του ασθενούς, που στη Ελλάδα αποτελούν συνήθως και τα μόνα άτομα που ουσιαστικά φροντίζουν τον ασθενή (Family Caregiver Alliance). Είναι λογικό η φροντίδα ενός ασθενή, να δημιουργεί πολυάριθμες ανάγκες στα άτομα αυτά, προξενώντας διάφορα ψυχοκοινωνικού ή και αλλού τύπου προβλήματα. Οι ανάγκες που κυρίως προκύπτουν για τα άτομα που φροντίζουν και στηρίζουν ασθενείς είναι:
μ⁷⁵.

- 1) Ψυχολογικές-ψυχιατρικές
- 2) Οικονομικές
- 3) Πρακτικές που αφορούν στην επίλυση καθημερινών προβλημάτων
- 4) Κοινωνικές

Άλλα προβλήματα που εμφανίζονται στα άτομα που φροντίζουν ασθενείς είναι:⁷⁶

- Έντονο άγχος και ψυχολογική πίεση
- Κατάθλιψη
- Σωματικά προβλήματα στα άτομα που φροντίζουν τον ασθενή
- Οικονομική επιβάρυνση (σταδιακή μείωση των εσόδων με ταυτόχρονη αύξηση των εξόδων)

⁷⁴ Πλάτη,Γεροντολογική,2008

⁷⁵ Μ. Καγάλιαρη,Π. Σταματάκη, «Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν», 1996,σελ 32

⁷⁶ Στο ίδιο,σελ33

- Κοινωνική απομόνωση
- Επιπτώσεις που περιλαμβάνουν τη μείωση της αυτοεκτίμησης και της αυτοπεποίθησής τους.

Οι επιστήμονες ψυχολόγοι, κοινωνικοί λειτουργοί έχουν χρέος να στηρίζουν τα άτομα αυτά, ενισχύοντας έτσι την έκβαση της θεραπείας. Η συμβολή του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού στην επίλυση τους δεν πρέπει να περιορίζεται, εστιάζοντας μόνο στην θεραπεία. Μπορεί και πρέπει να συμβάλει συμβουλευτικά, εποπτικά, συντονιστικά αλλά και ουσιαστικά στην αντιμετώπιση των αναγκών αυτών. Επίσης ψυχολογική υποστήριξη πρέπει να παρέχεται όχι μόνο στους ασθενείς αλλά και στις οικογένειες αυτών. Οι οικογένειες που δέχονται ψυχολογική υποστήριξη βλέπουν βελτίωση στην διάθεση τους αλλά και στην ποιότητα της ζωής τους και έτσι γίνονται πιο αισιόδοξοι και αποφασισμένοι (National family Caregivers Association). Το πανεπιστημιακό περιβάλλον ως εκπαιδευτική υποχρέωση, αλλά και η ίδια η κοινωνία ως αίτημα, οφείλουν να αναδείξουν αυτές τις δυνατότητες που έχει ο θεράπων ιατρός⁷⁷.

Η δημιουργία ομάδων ψυχοκοινωνικής παρέμβασης και βοήθειας τέτοιων οικογενειών συντελεί στη βελτίωση της ποιότητας ζωής του ασθενούς και των συγγενών του, καθώς μειώνει το άγχος και την πίεση της φροντίδας, ενισχύοντας τις θετικές επιδράσεις της κατάστασης αυτής στην ψυχολογία τους. Αν και στην Ελλάδα υπάρχουν ακόμα πολλές δυσχέρειες όσον αφορά την ανάπτυξη ανάλογων προγραμμάτων (όπως είναι η έλλειψη ευαισθητοποίησης του ιατρικού και παραϊατρικού προσωπικού αλλά και οι προκαταλήψεις των ασθενών και των οικογενειών τους), είναι απόλυτα σαφής η ανάγκη ύπαρξής τους.⁷⁸

⁷⁷ Π. Γεωργούση, «Ψυχολογία των Μεθόδων Διδασκαλίας», 1995

⁷⁸ Α. Κακαβούλης, «Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης», 1997

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3^ο ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

3.1 Ιστορική Αναδρομή

Ο Car-Hill εξέτασε τις μεθοδολογικές ανεπάρκειες που προκύπτουν κατά την έρευνα οι οποίες ποικίλουν από προβλήματα στην πλαισίωση των ερωτήσεων, στην αποφυγή της αξιολόγησης της κλινικής πρακτικής, στους ανεπαρκείς τρόπους με τους οποίους τα δείγματα σχετίζονται με τους πληθυσμούς από τους οποίους έχουν προέλθει και στην αλαζονική αντιμετώπιση των δεικτών μη-ανταπόκρισης. Ωστόσο, στις μέρες μας δίνεται πολύ περισσότερη προσοχή στην εγκυρότητα κατασκευής των ερωτηματολογίων και στην αξιοπιστία/εγκυρότητά τους (Bamford & Jacoby, 1992, Eccles et. al., 1992)⁷⁹.

Οι McDonnell και Nash (1990), σε μια βιβλιογραφική ανασκόπηση όλων των εργαλείων ικανοποίησης ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες από το 1970 έως το 1990, βρήκαν είκοσι μία (21) δημοσιευμένες κλίμακες εργαλείων, εκ των οποίων μόνο οι εννιά (9) είχαν αξιολογηθεί ως προς την εγκυρότητα και την αξιοπιστία τους μέσω κάποιας επίσημης διαδικασίας (Merkouris et al)⁸⁰. Η πιο κοινή μέθοδος συλλογής δεδομένων είναι η προηγούμενη κωδικοποίηση αυτοσυμπληρούμενων ερωτηματολογίων. Η μελέτη του Rubin καταλήγει σε τρεις (3) στρατηγικές που έχουν χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της εγκυρότητας κατασκευής των βαθμολογήσεων των ασθενών:

1) Η πρώτη στρατηγική είναι η επίδραση της φροντίδας που έχει μετρηθεί πειραματικά από την ικανοποίηση των ασθενών.

⁷⁹C. Bamford, and A. Jacoby, "Development of patient satisfaction questionnaires: I. Methodological issues", *Quality in Health Care*, 1(3), Clearly D 1992.

⁸⁰A. Merkouris, J. Ifantopoulos, V. Lanara, C. Lemonidou, «Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece», *Journal of Nursing Management*, 7 (2), 1999

2) Η δεύτερη, και πιο σπάνια, στρατηγική είναι η συμφωνία μεταξύ των βαθμολογήσεων των ασθενών και των βαθμολογήσεων από άλλες πηγές.

3) Η τρίτη είναι η σχέση μεταξύ της ικανοποίησης και των θεωρητικά σχετιζόμενων μεταβλητών όπως η βελτίωση της υγείας και η μελλοντική προτίμηση του ίδιου νοσοκομείου⁸¹.

Συμπερασματικά, δεν υπάρχει «χρυσός κανόνας» (gold standard) στη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς. Οι Sitzia & Wood (1998)⁸² διαπίστωσαν τρεις (3) σκοπούς για τη μέτρηση της ικανοποίησης:

- (α) περιγραφή των υπηρεσιών υγείας από την πλευρά του ασθενή,
- (β) αναγνώριση προβληματικών περιοχών στους υγειονομικούς οργανισμούς και παραγωγή ιδεών ως λύσεις, και
- (γ) αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας.

Ο όρος «αξιολόγηση» εμπεριέχει μια γνωστική διαδικασία κατά την οποία συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας αξιολογούνται, ενώ η «ικανοποίηση» αναφέρεται σε μια συναισθηματική αντίδραση στο σύνολο της εμπειρίας. Οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών προσφέρουν μια ανεκτίμητη αντανάκλαση της ποιότητας των υπηρεσιών, ειδικά σε χώρες που δεν υπάρχουν άλλα αξιόπιστα στοιχεία για τον έλεγχο της ποιότητας. Συχνά, όμως, αντιμετωπίζονται ως το φυσικό αποτέλεσμα της αύξησης του καταναλωτισμού. Το πρώτο σημαντικό εύρημα στη βιβλιογραφία είναι ότι οι περισσότερες δημοσιεύσεις δεν αναφέρουν επαρκώς την ικανοποίηση του ασθενή αλλά συνήθως περιορίζονται σε μία μόνο πρόταση. Ελάχιστες δημοσιεύσεις αναφέρουν είτε τα εργαλεία που χρησιμοποίησαν είτε τις ψυχομετρικές τους ιδιότητες. Ένα άλλο σημαντικό

⁸¹J. A. Hendriks, F. Oort, R. M. Vrieling, Smets, A. M. E., «Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire», *International Journal for Quality in Health Care*, 14(6), 2002.

⁸²J. Sitzia, N. Wood, «Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies», *International Journal for Quality in Health Care*, 10, 1998

εύρημα είναι ότι στη βιβλιογραφία οι περισσότεροι άνθρωποι εμφανίζονται ικανοποιημένοι από το υγειονομικό τους σύστημα. Συχνά, το 70-90% των ασθενών αναφέρουν ικανοποίηση, ακόμη και όταν υπάρχουν συνεχή προβλήματα υγείας. Αυτό οφείλεται κυρίως στην εκπαίδευση των ασθενών, την άριστη σχέση μεταξύ των ασθενών και των γιατρών τους, στις προκαταλήψεις (bias) και στο ότι οι περισσότεροι άνθρωποι είναι ικανοποιημένοι γενικά από τη ζωή τους⁸³.

3.2 Εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι τόσο δείκτης όσο και συστατικό της ποιότητας της φροντίδας που δέχονται. Η ποιότητα των υπηρεσιών όπως την αντιλαμβάνονται οι ασθενείς μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός της απόκλισης μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων των ασθενών σε σχέση με τη φροντίδα που λαμβάνουν. Το κλειδί για την διασφάλιση της ποιότητας (quality assurance) είναι η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών και αυτή η ικανοποίηση αποτελεί ένα σημαντικό στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, η ικανοποίηση είναι μία σχετική έννοια που αποτελεί αντανάκλαση των αξιολογήσεων των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας με βάση υποκειμενικά πρότυπα και επομένως είναι λογικό η ποιότητα των υπηρεσιών να αξιολογείται βάσει των ασθενών, οι οποίοι είναι οι τελικοί χρήστες-καταναλωτές αυτών των υπηρεσιών⁸⁴.

Οι έρευνες για την ικανοποίηση του ασθενούς μπορούν να αποτελέσουν εργαλεία μάθησης, πιστοποίησης οργανισμών και οδηγό για τη λήψη διαχειριστικών

⁸³Ε. Πετράκη, Μεταπτυχιακή Εργασία «Μετάφραση, στάθμιση και εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών σε νοσοκομείο», Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο 2007

⁸⁴C. Gnardellis, D. Niakas, «Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System». *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3), 2005

αποφάσεων⁸⁵. Τρεις είναι οι λόγοι για τους οποίους οι επαγγελματίες υγείας θα πρέπει να αντιμετωπίζουν την ικανοποίηση του ασθενούς ως μια σοβαρή μέτρηση (Fitzpatrick, 1991)⁸⁶:

- Η ικανοποίηση προβλέπει το αν οι ασθενείς θα ακολουθήσουν τις προτεινόμενες θεραπείες και αν θα αλλάξουν το φορέα παροχής φροντίδας.
- Η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με την επικοινωνία με τον ασθενή (όπως η εμπλοκή του ασθενούς στις αποφάσεις για τη φροντίδα του).
- Η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών μεθόδων οργάνωσης ή παροχής της υγειονομικής φροντίδας.

Ένα κοινό χαρακτηριστικό των περισσότερων άρθρων στη βιβλιογραφία είναι ότι παρόλο που οι ερευνητές αναφέρονται σε μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών, τα εργαλεία που χρησιμοποιήθηκαν αναφέρονται από σπάνια έως καθόλου. Αυτό συμβαίνει τόσο σε επιστημονικά άρθρα της δεκαετίας του 1980 όσο και σε πιο πρόσφατες δημοσιεύσεις. Σπάνια, επίσης, αναφέρονται ή είναι κατανοητές οι ψυχομετρικές ιδιότητες των εργαλείων που χρησιμοποιούνται. Ο Sitzia βρήκε ότι τα περισσότερα ερευνητικά εργαλεία είχαν μικρή αξιοπιστία ή εγκυρότητα και ότι από τα άρθρα που ανέφεραν τη χρήση ενός νέου εργαλείου, το 60% δεν ανέφερε κάποια ψυχομετρικά δεδομένα⁸⁷.

⁸⁵L. Powell., «*Patient Satisfaction Surveys for Critical Access Hospitals*» An initiative of the National Rural Health Resource Center with partial funding from the Federal Office of Rural Health Policy, Health Resources and Services Administration, 2001

⁸⁶R. Fitzpatrick, «*Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations*», *BMJ*, 302, 1991

⁸⁷ Review of Patient Satisfaction Measures, *Papers, theories and instruments reviewed in this study*, Commonwealth of Australia, 2006

Από τα τέλη της δεκαετίας του 1990 περίπου, γίνεται αξιολογική προσπάθεια μεταρρύθμισης του ελληνικού συστήματος υγείας, αναζητώντας την ποιοτική βελτίωση και το συντονισμό των νοσοκομειακών και εξωνοσοκομειακών υπηρεσιών. Ωστόσο, είναι περιορισμένες οι εκθέσεις που αφορούν την ικανοποίηση των νοσηλευθέντων ασθενών στα ελληνικά νοσοκομεία, κυρίως αφορώντας συγκεκριμένους τύπους ασθενών όπως αυτοί που υποφέρουν από άσθμα⁸⁸ ή παιδιά με χρόνιες νευρολογικές ασθένειες⁸⁹ ή τους εξωτερικούς ασθενείς⁹⁰.

Επομένως, δείχνει να είναι αναγκαία η διεξαγωγή μιας γενικότερης μελέτης με απώτερο στόχο τη διερεύνηση των αναγκών του κύριου όγκου των ασθενών (Παθολογικοί, Χειρουργικοί) και της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Ένας τρόπος για να γίνει αυτό είναι η διεξαγωγή ερευνών σε ασθενείς που πρόσφατα χρησιμοποίησαν υπηρεσίες υγείας⁹¹. Η αναγκαιότητα ενός ευρείας χρήσεως, διεθνώς αποδεκτού, σταθμισμένου ερωτηματολογίου που θα ανιχνεύει τις ανάγκες των ασθενών και θα χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων εντός των νοσηλευτικών ιδρυμάτων, έχει υποστηριχθεί και στην Ελλάδα⁹².

Μερικά από τα κυρίαρχα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή με δημοσιευμένα ψυχομετρικά χαρακτηριστικά που ανέδειξε η βιβλιογραφική ανασκόπηση είναι τα εξής:

⁸⁸ M. Gaga, Papageorgiou, N., Zervas, E., et al., «Control of asthma under specialist care: Is it achieved?», *Chest.*, 128, 2005

⁸⁹ Tzoufi, M., Mantas, Ch., Pappa, S., Kateri, M., Hyphantis, T., Pavlou, M., Mavreas, V., Siamopoulou-Mavridou, A., «The impact of childhood chronic neurological diseases on Greek families» *Child: Care, Health and Development* 31 (1), 2005

⁹⁰ D. Niakas, J. Mylonakis, «Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship? *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3), 2005

⁹¹ Healthcare Commission, «Patient Survey Report, Adult Inpatients», *Picker Institute Europe*, 2004.

⁹² Γ.Ε.Καραγιάννης, «Μάνατζμεντ υπηρεσιών υγείας και διαχείριση του ρίσκου», ΤΑ ΝΕΑ-Ένθετο Ανοιχτό MBA. Β' Κύκλος, Τεύχος 22, 2006

- “Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης του Πελάτη” (Client Satisfaction Questionnaire, CSQ-18 και CSQ-8)⁹³. Δημιουργήθηκε προκειμένου να εκτιμηθεί η γενική ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Αν και η κατασκευή του CSQ-18 έγινε με βάση τη διεθνώς αποδεκτή μεθοδολογία και έχει καλές ψυχομετρικές ιδιότητες, πολλές ερωτήσεις μετρούν τη γενική ικανοποίηση (30%) δίνοντας υψηλό Cronbach Alpha (0,91) που δείχνει πλεονασμό. Το CSQ-8, παρόλο που είναι σύντομο οι ερωτήσεις του μοιάζουν πολύ μεταξύ τους.

Η κλίμακα CSQ, χρησιμοποιήθηκε ενδεικτικά:

1. σε ασθενείς που επισκέφτηκαν ένα μη αστικό κέντρο υγείας και
2. σε ηλικιωμένους ασθενείς χρήστες υπηρεσιών των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας HMO

- “Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης από την Επίσκεψη” (Consultation Satisfaction Questionnaire, ConsultSQ)⁹⁴ έχει καλή εγκυρότητα και αξιοπιστία (Cronbach’s Alpha: 0,73 έως 0,94). Ωστόσο, οι ερωτήσεις επαναλαμβάνονται και δεν υπάρχει ερώτηση που να μετρά τα θεραπευτικά αποτελέσματα.

- “La Monica-Oberst Κλίμακα Ικανοποίησης Ασθενούς” (La Monica-Oberst patient satisfaction scale, LOPSS)⁹⁵: παρόλο που έχει τροποποιηθεί πολλές φορές, έχει περιορισμένη αξία και αφορά κυρίως τη νοσηλευτική φροντίδα.

- “Linder-Pelz Επαφή με τον Ιατρό”⁹⁶ περιλαμβάνει κλίμακες Γενικής Ικανοποίησης και Άνεσης για τις οποίες δεν υπάρχουν διαθέσιμες σαφείς ψυχομετρικές πληροφορίες.

⁹³ Larsen, L., Attkisson, C., Hargreaves, A., Nguyen, D., «Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale» *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 1979

⁹⁴ R Baker, «Development of a questionnaire to assess patients’ satisfaction with consultations in general practice», *British Journal of General Practice*, 1990

⁹⁵ La Monica, L., Oberst, T., Madea, R., Wolf, M., «Development of a patient satisfaction scale», *Research in Nursing and Health*, 9(1), 1986

- “Κλίμακα Ιατρικής Συνέντευξης για την Ικανοποίηση” (Medical Interview Satisfaction Scale, MISS)⁹⁷ έχει μέτριες ψυχομετρικές ιδιότητες. Η εσωτερική της δομή είναι χαμηλή, υπάρχουν περιττές ερωτήσεις και αντιμετωπίζει τους ασθενείς με μια πατερναλιστική οπτική.

- “Δείκτης Ικανοποίησης του Ασθενή” (Patient Satisfaction Index, PSI) (Guyatt et al., 1995)⁹⁸. Η εννοιολογική του βάση και η κατασκευή του εργαλείου ήταν υποδειγματικά. Είναι αξιόπιστο εργαλείο παρόλο που τα στοιχεία για την εγκυρότητά του ήταν ασαφή. Το περιεχόμενο των ερωτήσεων του αντανακλά περισσότερο τις εμπειρίες παρά την ικανοποίηση και σχεδιάστηκε για να χρησιμοποιείται σε συνεντεύξεις.

- “Ερωτηματολόγιο Εκτίμησης της Ικανοποίησης του Ασθενή” (Patient Satisfaction Questionnaire, PSQ) (Ware, 1983)⁹⁹ αναπτύχθηκε προκειμένου να βοηθήσει στον σχεδιασμό, την διαχείριση και την αξιολόγηση των υπηρεσιών παροχής φροντίδας υγείας. Έχει πολύ καλές ψυχομετρικές ιδιότητες παρόλο που ορισμένες υποκλίμακες έχουν χαμηλή αξιοπιστία και μπορεί να αντανακλά την ικανοποίηση από τη ζωή.

Η κλίμακα, έχει χρησιμοποιηθεί σε 8 έρευνες, απετέλεσε την βάση για την ανάπτυξη μιας νέας κλίμακας σε 5 έρευνες και ένα μέρος της έχει χρησιμοποιηθεί σε 6 έρευνες. Έχει ελεγχθεί σε:

(1) χρόνιους ασθενείς,

⁹⁶ Linder-Pelz, S., «Toward a theory of patient satisfaction», *Social Science and Medicine*, 16, 1982

⁹⁷ Wolf, H. et al., «The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior», *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4), 1978

⁹⁸ H. Guyatt, et al. «Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness», *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(10), 1995

⁹⁹ E. Ware, K. Snyder, R. Wright, R. Davies, «Defining and measuring patient satisfaction with medical care», *Evaluation and Program Planning*, 6, 1983

- (2) σε χρήστες υπηρεσιών οικογενειακής ιατρικής,
- (3) σε κέντρο υγείας και
- (4) σε ασθενείς χρήστες υπηρεσιών των Οργανισμών Διατήρησης της Υγείας HMO

- Ένα σύντομο εργαλείο που χρησιμοποιείται για την αξιολόγηση της εμπειρίας του ασθενούς είναι το “PPE-15” (Picker Patient Experience Questionnaire) το οποίο παρέχει μια βασική ομάδα 15 ερωτήσεων που εφαρμόζονται σε όλα τα νοσοκομεία και αφορούν κάθε ασθενή. Τα ερευνητικά δεδομένα δείχνουν ότι έχει υψηλή εγκυρότητα και εσωτερική συνέπεια.

- Το SERVQUAL είναι από τις ελάχιστες κλίμακες των οποίων η ανάπτυξη βασίστηκε σε ένα εννοιολογικό υπόδειγμα και η μοναδική με τόσο καλή θεωρητική τεκμηρίωση. Η κλίμακα SERVQUAL δημιουργήθηκε από 3 σπουδαίους ανθρώπους του μάρκετινγκ, τους Parasuraman, Zeithaml και Berry. Έκτοτε είναι η πιο πολυχρησιμοποιημένη και σταθμισμένη κλίμακα σε όλους τους τομείς, ενώ απετέλεσε και το επίκεντρο κριτικής. Υπολογίζεται ότι αποτελεί λέξη κλειδί σε πάνω από 50 άρθρα, που αναφέρονται στο θεωρητικό μέρος αλλά και στην εφαρμογή του εργαλείου. Η ανάπτυξη της κλίμακας SERVQUAL, προήλθε μετά μια βαθιά αναζήτηση της έννοιας της ποιότητας μιας υπηρεσίας και ύστερα από μια ευρεία ποιοτική έρευνα.

Σύμφωνα με μία άποψη η «ποιότητα των υπηρεσιών υγείας» (service quality, SERVQUAL) μετριέται συγκρίνοντας τις αντιλήψεις (perceptions) με τις προσδοκίες (expectations) και ορίζεται ως η διαφορά μεταξύ αντιλήψεων και προσδοκιών. Το SERVQUAL αποτελεί μεθοδολογία και ταυτόχρονα εργαλείο ανάλυσης, ανάπτυξης και μέτρησης της ποιότητας των υπηρεσιών που μπορεί να προσφέρει ένας οργανισμός προς τους πελάτες του προκειμένου να είναι ευχαριστημένοι και πιστοί τόσο στα προϊόντα και

τις υπηρεσίες που τα διέπουν πριν και μετά την πώλησή τους όσο και στις καθαρές μορφές υπηρεσιών χωρίς την πώληση απτών αγαθών. (Κωσταγιόλας Π., 2006)¹⁰⁰.

Η SERVQUAL παρέχει ένα σχέδιο που βασίζεται στις απόψεις των πελατών για μια επιχείρηση, στην σπουδαιότητα της αξιολόγησης των βασικών πόρων και στη σύγκριση μεταξύ του τι πιστεύουν οι εργαζόμενοι και τι νοιώθουν οι πελάτες.

Παρέχει αναλυτικές πληροφορίες σχετικά:

- Με τις προοπτικές για υπηρεσία που έχουν οι πελάτες.
- Με τα επίπεδα απόδοσης της επιχείρησης όπως τα αντιλαμβάνονται οι πελάτες
- Με τα σχόλια και τις προτάσεις των πελατών
- Με τις εντυπώσεις υπαλλήλων με σεβασμό στις προσδοκίες των πελατών και την ικανοποίησή τους.¹⁰¹

• «The Quality of care from the perspective of elderly people, QUOTE (Sixma et al. 2000)» Είναι από τις ελάχιστες κλίμακες οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε δείγμα ηλικιωμένων ασθενών και εκτιμά την εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Στην πρώτη δημοσίευση της κλίμακας από τους Sixma H. et al., οι εμπνευστές της πρότειναν ένα νέο εννοιολογικό υπόδειγμα το οποίο είχε ως αφετηριακή σκέψη την κλίμακα SERVQUAL.

• “CAHPS” (Consumer Assessment of Health Providers and Systems) “Αξιολόγηση των Παροχών Υγείας και του Συστήματος από τον Καταναλωτή” το οποίο χρησιμοποιείται σε πολλές μελέτες. Εμφανίζει υψηλά αποτελέσματα ικανοποίησης (ceiling effects) και έχει ικανοποιητικό δείκτη Cronbach’s alpha <0.69.

¹⁰⁰ Π.Α. Κωσταγιόλας, Χ.Γ. Πλατής, Ζήμερας «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6), 2006

¹⁰¹ Α. Κερμίτσης, «Service Quality», Πάντειο Πανεπιστήμιο, 2005

• Το “EUROPEP” (Grol et al., 2000)¹⁰² αξιολογεί τις βαθμολογήσεις των ασθενών για την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας. Περιλαμβάνει 24 ερωτήσεις που καλύπτουν τις προοπτικές των ασθενών για τη φροντίδα τους από τους νοσηλευτές, τη φροντίδα τους από τους γιατρούς, το νοσοκομειακό περιβάλλον, τις εμπειρίες τους στο νοσοκομείο, την παροχή πληροφοριών κατά την αναχώρηση και τη συνολική βαθμολόγηση του νοσοκομείου παρόμοια με τις διαστάσεις που χρησιμοποιεί η Press Ganey. Υπάρχει διαθέσιμη μετάφραση και στην Ελληνική γλώσσα.

• Το “Ερωτηματολόγιο Εμπειριών Ασθενή” (Patient Experiences Questionnaire) αξιολογεί τη σχέση μεταξύ των εμπειριών του ασθενή, τις πτυχές της φροντίδας που παρέχεται και τα χαρακτηριστικά των εσωτερικών ενήλικων ασθενών. Περιέχει 10 υποκλίμακες.¹⁰³

• “Verona Service Satisfaction Scale-European version” (VSSS-EU, Corbiere et al., 2003). Αξιολογεί την ικανοποίηση ασθενών με ψυχική ασθένεια από τις υπηρεσίες που τους παρέχονται. Είναι σχετικά μεγάλη κλίμακα, ακόμη και στις πιο σύντομες εκδόσεις, και οι απαντήσεις εκφράζονται σε λέξεις ικανοποίησης. Οι ερωτήσεις που περιλαμβάνει δεν αναφέρονται μόνο στην τρέχουσα νοσηλεία.

• «The Patient Judgments of Hospital Quality Questionnaire, PJHQ» (Meterko et al. 1990)¹⁰⁴ είναι μια κλίμακα που παρουσιάστηκε λεπτομερώς και εκτενώς μέσα από 8 άρθρα ενός τεύχους του περιοδικού Medical Care, στο οποίο οι Meterko et al. παρουσίασαν τα πορίσματα ενός έργου διάρκειας 6 μηνών και την κλίμακα που

¹⁰² Grol, R. et al., «Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison», *British Journal of General Practice*, 50(460), 2000

¹⁰³ K. Danielsen et al., «Patient experiences to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26.938 patients attending 62 hospitals throughout Norway», *Scandinavian Journal of Public Health*, 35 (1), 2007

¹⁰⁴ M. Meterko, H.R. Rubin, “Patient judgement of hospital quality: report of a pilot study”, *Medical Care*, 1990

ανέπτυξαν. Είναι από τις λίγες κλίμακες που είχαν σαν πρωταρχικό στόχο την εκτίμηση της ποιότητας της φροντίδας και την διαχώρισε από την ικανοποίηση.

Εν κατακλείδι, τα αποτελεσματικά ερωτηματολόγια πρέπει να διαθέτουν κατάλληλες ψυχομετρικές ιδιότητες και να έχουν τρεις σημαντικές ιδιότητες: την εστίαση, τη συντομία και τη σαφήνεια. Οι ερωτήσεις θα πρέπει να εστιάζουν άμεσα σε συγκεκριμένα θέματα, να είναι σύντομες και να εκφράζονται όσο πιο απλά και με σαφήνεια γίνεται¹⁰⁵.

3.3 Διαφορές μεταξύ της μέτρησης της εμπειρίας και της ικανοποίησης

Υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των ερευνών της «εμπειρίας» και της «ικανοποίησης» του ασθενούς. Τα εργαλεία που μετρούν τις εμπειρίες χρησιμοποιώντας αναφορές από τους ασθενείς απαιτούν ανάκληση από μνήμης και εκτίμηση της συχνότητας συγκεκριμένων γεγονότων που δεν αντανακλούν αντικειμενικά την παροχή φροντίδας. Αναφέρουν μόνο τη συχνότητα συγκεκριμένων γεγονότων και αξιολογούν τον αριθμό των προβλημάτων ανεξάρτητα από τη σπουδαιότητα που δίνουν οι ασθενείς στα θέματα. Η αξιοπιστία μειώνεται σημαντικά με την καθυστέρηση ανάμεσα στις εμπειρίες και την αναφορά του ασθενούς¹⁰⁶.

Η προσέγγιση του Ινστιτούτου Picker, που εκπροσωπεί αυτό το είδος έρευνας, συσχετίζει το επίπεδο ικανοποίησης του ασθενούς με τρεις μεταβλητές: τις προσωπικές προτιμήσεις, τις προσδοκίες και τη φροντίδα που λαμβάνεται. Τα μέσα μαζικής ενημέρωσης, ο γιατρός, το πολιτισμικό και εκπαιδευτικό υπόβαθρο του ασθενούς και κυρίως η κατάσταση υγείας επηρεάζουν την ικανοποίηση που μετράται με τον τρόπο αυτό¹⁰⁷. Σε αντίθεση, τα εργαλεία που μετρούν τις αξιολογήσεις των ασθενών για τη

¹⁰⁵Ε. Πετράκη, Μεταπτυχιακή Εργασία «Μετάφραση, στάθμιση και εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών σε νοσοκομείο Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο 2007»,

¹⁰⁶M. Drain, A. P. Clark, «Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives». *JHQ Online*, 26(4), 2004

¹⁰⁷N. Polyzos, D Mpartzokas, J. Mylonakis, J Yfantopoulos, V Mougia, «Factors

φροντίδα χρησιμοποιώντας βαθμολόγηση λαμβάνουν υπόψη τους τόσο την αξιολόγηση όσο και τη σχετική της σημασία. Ορισμένοι ασθενείς μπορεί να πουν ότι ο πόνος τους «συνήθως» ελεγχόταν και να πιστεύουν πως ο έλεγχος του πόνου τους ήταν «πολύ καλός», ενώ άλλοι ασθενείς μπορεί να πιστεύουν ότι ο έλεγχος του πόνου τους ήταν «κακός». Τα ποσοστά των απαντήσεων «ποτέ, μερικές φορές, συνήθως, πάντα» μπορεί να δείχνουν το πόσο συχνά κάτι προέκυψε αλλά να μην περιγράφουν κάτι για το πώς το βίωσαν οι ασθενείς. Ένας περιορισμός των παραδοσιακών μετρήσεων είναι η δυσκολία στο διαχωρισμό των προσδοκιών και των εμπειριών από την ικανοποίηση. Παρόλο που η πληροφορία που δίνουν οι ασθενείς είναι υποκειμενική, οι έρευνες ικανοποίησης αξιολογούν με ακρίβεια το πώς βίωσαν την εμπειρία της νοσηλείας οι ασθενείς¹⁰⁸.

3.4 Οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών

Εκτός όμως από τα σημαντικά, θετικά οφέλη που έχει ο παράγοντας ικανοποίηση για τους ασθενείς (ταχύτερη ανάρρωση, μικρότερος χρόνος νοσηλείας), έχει σημαντικά οφέλη και για την ίδια την υγειονομική μονάδα, καθώς προσφέρει στη Διοίκηση στοιχεία για να εκτιμήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού, να την αξιολογήσει και να την επιβραβεύσει. Συγκεκριμένα, η ενσωμάτωση της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στο σύστημα εκτίμησης των προσπαθειών των εργαζομένων τους: α) αυξάνει τη γνησιότητα της μέτρησης ικανοποίησης του ασθενή μέσα στον οργανισμό, β) αυξάνει την υπευθυνότητα του εργαζομένου για επίδειξη υψηλών επιπέδων αποδοτικότητας πάνω στην ικανοποίηση του ασθενή, γ) προσφέρει στους διοικούντες ένα νέο τρόπο ανταμοιβής των εργαζομένων στο σύστημα νοσηλείας βασισμένο σε αντικειμενικά κριτήρια, δ) προσφέρει μια εναλλακτική λύση στην αντίληψη περί αποδοτικότητας στην εργασία, ε) διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας πάνω στα οποία στηρίζονται οι

Affecting Outpatient and Inpatient Hospital Satisfaction», European Journal of Scientific Research, 11(2), 2005

¹⁰⁸M. Drain, A. P. Clark, «*Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives*». *JHQ Online*, 26(4), 2004

διοικήσεις των νοσοκομείων και στ) κατευθύνει το προσωπικό νοσηλείας – τόσο εντός όσο και εκτός κλινικής- να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του ¹⁰⁹.

Μερικά από τα σπουδαιότερα οφέλη των ποιοτικών φροντίδων και της ικανοποίησης του ασθενούς αναφέρονται παρακάτω ¹¹⁰:

1. Υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του πόνου, την αποτροπή επιπλοκών, που παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος.

2. Ψυχολογικά οφέλη από την ικανοποίηση του ασθενούς, η οποία οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση, μείωση του χρόνου νοσηλείας και σύμφωνα με μερικούς ερευνητές, όχι μόνο είναι προϋπόθεση μιας επιτυχημένης θεραπείας, αλλά εξισώνεται με αυτοθεραπεία. Το αίσθημα εμπιστοσύνης των ικανοποιημένων ασθενών και η εξ αυτού απορρέουσα συμμόρφωση προς την θεραπεία, που πηγάζουν από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης και της συμμετοχής του ίδιου του ασθενούς στην έκφραση γνώμης για την ποιότητα, αποτελούν τις προϋποθέσεις της ταχύτερης αποκατάστασης των ασθενών. Γι' αυτό ακόμη και η αναζήτηση της γνώμης των ασθενών, μπορεί να θεωρηθεί θεραπευτικός παράγων, αφού αυξάνει την ικανοποίηση τους και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους, σε αντίθεση με την υιοθέτηση παθητικού ρόλου.

3. Με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατόν να συλλεχθούν πληροφορίες, που σωστά αξιοποιούμενες, μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των Υπηρεσιών Υγείας. Δια τούτο πολλοί ερευνητές (Α. Donabedian) τονίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, αποτελεί σημαντικό

¹⁰⁹ Β. Παπανικολάου, Ι. Σιγάλας, «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας». Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας». Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, Θεσσαλονίκη, 1994

¹¹⁰ Α. Μερκούρης, Διδακτορική Διατριβή «Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών», Αθήνα 1996

εργαλείο για την έρευνα, την οργάνωση και τον σχεδιασμό τους και ενδείκνυται να αποτελεί τον κύριο σκοπό της υγειονομικής περίθαλψης.

4. Ανατροφοδοτεί το σύστημα και βοηθά στον ανασχεδιασμό του, δίνοντας πληροφορίες στην Διοίκηση για προβληματικές περιοχές της φροντίδας υγείας, που μπορεί να τις αξιοποιήσει με διορθωτικές παρεμβάσεις,, οι οποίες μπορούν και άμεσα να έχουν θετική επίδραση στην υγεία των ασθενών, αλλά και μακροπρόθεσμα να αυξήσουν την ικανοποίηση τους.

5. Αποτελεί μία ευκαιρία εκτίμησης της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζόμενου και δίνει αφορμή στην Διοίκηση για επιβράβευση ή εξάλειψη-διόρθωση των αντικινήτρων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Προσθέτως και μόνο το γεγονός, ότι το προσωπικό γνωρίζει, ότι οι υπηρεσίες του εκτιμώνται (ποιοτικά και ποσοτικά) από τον ικανοποιημένο ασθενή, συντελεί στην ανύψωση του ηθικού του και της αποδοτικότητας του, σε μία εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνουν. Ταυτόχρονα από τα στοιχεία ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν χρήσιμα δεδομένα για στάσεις και συμπεριφορές του προσωπικού, ώστε να αναληφθούν οι κατάλληλες διορθωτικές παρεμβάσεις.

6. Τέλος μπορεί να δώσει συγκριτικό πλεονέκτημα στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών. Υγείας, αφού ο συγκεκριμένος πλεονεκτεί έναντι των ομοίων του (ανταγωνιστών του) διότι:

- Αναγνωρίζει τις απαιτήσεις και ανάγκες των πελατών του
- Εντοπίζει τυχόν κενά μεταξύ αυτών και του τι τελικά λαμβάνει ο πελάτης
- Εντοπίζει και θέτει νέους στόχους για το προσωπικό και τους ασθενείς.

Η αναπτυσσόμενη ανταγωνιστικότητα προσελκύει νέους πελάτες, που είναι ζωτικής σημασίας για το ιδιωτικό νοσοκομείο και επιθυμητός στόχος του δημοσίου. Σύμφωνα με μία Αμερικάνικη έρευνα όταν ένας πελάτης ικανοποιείται το λέει σε άλλους τέσσερις ή

ενίοτε σε έντεκα και όταν δεν ικανοποιείται, χρειάζεται ικανοποίηση τριών άλλων για να εξισορροπηθούν τα αρνητικά σχόλια.

Εάν ένας πελάτης είναι δυσαρεστημένος με τη φροντίδα που δέχτηκε σε ένα νοσοκομείο, υπάρχει το ενδεχόμενο όχι μόνο να προσφύγει ο ίδιος και η οικογένειά του σε έναν ανταγωνιστή, αλλά επίσης να διαδώσει αρνητικά σχόλια για τις υπηρεσίες του οργανισμού. Αποτελέσματα ερευνών δείχνουν ότι ένας πελάτης/χρήστης που αισθάνθηκε ότι υπήρξε αποδέκτης μιας υπηρεσίας κακής ποιότητας θα μιλήσει για τη δυσάρεστη αυτή εμπειρία του σε 9-10 άλλους ανθρώπους και ότι ο 1 στους 8 δυσαρεστημένους πελάτες θα επαναλάβει το γεγονός αυτό σε πάνω από 20 άτομα¹¹¹.

3.5 Μεθοδολογία Στάθμισης μιας Κλίμακας

Για τις κοινωνικές επιστήμες, η περιγραφή της ανθρώπινης συμπεριφοράς και των εκφάνσεών της, απετέλεσε έναν χρόνιο αυτοσκοπό. Στην πορεία των ετών, το απόλυτο εργαλείο για την επίτευξη αυτού του στόχου ήταν η δοκιμασία (το τεστ), δηλαδή η συστηματική διαδικασία παρατήρησης και περιγραφής της ανθρώπινης συμπεριφοράς, με τη βοήθεια μιας αριθμητικής κλίμακας. Η ερμηνευτική λειτουργικότητα του τεστ διαφαίνεται μέσα από την διαδικασία της στάθμισής του, δηλαδή της διασφάλισης της ομοιομορφίας του και της επαναληψιμότητάς του με τον ίδιο περιγραφικό τρόπο, σε διαφορετικό τόπο, χρόνο και ομάδα του πληθυσμού. Αυτά τα χαρακτηριστικά, μπορούν να επιβεβαιωθούν με την εκτίμηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του τεστ, δηλαδή της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του¹¹².

¹¹¹Β. Παπανικολάου,Ι. Σιγάλας, «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας». Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας». Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, Θεσσαλονίκη, 1994

¹¹²Β. Ραφτόπουλος, «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002

3.5.1 Εγκυρότητα (Validity)

Κάθε κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης του ασθενή, πρέπει να διακρίνεται για δυο βασικές ιδιότητές της: την αξιοπιστία (reliability) και την εγκυρότητά της (validity). Ο Hammersley υποστηρίζει ότι: *«ένα εργαλείο είναι έγκυρο ή αληθές εάν αντιπροσωπεύει επακριβώς τις διαστάσεις ενός φαινομένου, που σκοπεύει να περιγράψει, να εξηγήσει ή να διαμορφώσει σε θεωρητικό επίπεδο»*. Στις περισσότερες αναλύσεις, η εγκυρότητα σχετίζεται με την αξιοπιστία. Η εγκυρότητα συνίσταται στο κατά πόσο η κλίμακα μετρά αυτό που επικαλείται ότι μετρά. Κατά τον Cronbach, το βασικό κριτήριο για την επιλογή μιας κλίμακας είναι η εγκυρότητά της. Για παράδειγμα, αν «μετράμε» την ικανοποίηση του ασθενή από την ποσότητα της πληροφόρησης που λαμβάνει για την εξέλιξη της υγείας του, πρέπει να βεβαιωθούμε ότι δεν μετράμε την ικανοποίηση του ασθενή από τη στάση του νοσηλευτή αναφορικά με την πληροφόρηση του ασθενή¹¹³.

Η εγκυρότητα των ψυχομετρικών δοκιμασιών (tests), εμφανίστηκε ως όρος μετά την πρωτοβουλία της Επιτροπής του Αμερικανικού Συνδέσμου Ψυχολόγων APA (1950-1954) να προσδιορίσει ποια χαρακτηριστικά θα έπρεπε να αξιολογηθούν πριν δημοσιευθεί μια δοκιμασία. Έτσι, προέβη σε συστάσεις, προσδιορίζοντας 4 διαφορετικούς τύπους εγκυρότητας, με προεξάρχουσα την *εγκυρότητα δομής* (construct validity), που την εμπνεύστηκε μια υποεπιτροπή. Αυτοί οι 4 τύποι εγκυρότητας ήταν:

1. η προβλέπουσα ή προγνωστική εγκυρότητα (predictive validity),
2. η συντρέχουσα εγκυρότητα (concurrent validity),
3. η εγκυρότητα περιεχομένου (content validity) και
4. η εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής (construct validity)

¹¹³ Β. Ραφτόπουλος, «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002, σελ 43

Οι πρώτοι δυο τύποι εγκυρότητας θεωρούμε ότι προσανατολίζονται προς ένα κριτήριο (criterion-related validity). Αναφερόμενος σε αυτήν την κατηγορία εγκυρότητας, ο Campbell χαρακτηρίζει την προβλέπουσα και τη συγχρονική εγκυρότητα ως «πρακτική εγκυρότητα» (practical validity)¹¹⁴.

3.5.2 Προβλέπουσα εγκυρότητα

Μια ψυχομετρική κλίμακα διακρίνεται για την προβλέπουσά της εγκυρότητα στον βαθμό που είναι σε θέση, με βάση τις σημερινές αξιολογήσεις, να προβλέψει μελλοντικές παραμέτρους που αποτελούν ειδοποιά χαρακτηριστικά της σημερινής εννοιολογικής κατασκευής. Για παράδειγμα, ένα τεστ νοημοσύνης διακρίνεται για την προβλεπτική του εγκυρότητα αν οι μαθητές με υψηλό σκορ στο τεστ αυτό επιδείξουν υψηλή σχολική επίδοση μετά από κάποιο χρονικό διάστημα. Στην σχετική βιβλιογραφία για την ικανοποίηση των ασθενών, το κριτήριο για την εκτίμηση της προβλέπουσας εγκυρότητας της κλίμακας είναι η δυνατότητα πρόβλεψης της μελλοντικής συμπεριφοράς του ασθενή, με την ερώτηση: «θα προτείνετε αυτή την υπηρεσία σε έναν φίλο σας;», δεδομένου ότι η τάση του ανθρώπου προς την εκδήλωση μιας συμπεριφοράς και η μελλοντική του συμπεριφορά θεωρούνται συνώνυμοι όροι.

Η Smith σημειώνει ότι επειδή αυτή η τελευταία συσχέτιση, σπάνια επιβεβαιώνεται, είναι πιο ακριβές να θεωρούμε αυτή την ερώτηση περισσότερο σαν ένδειξη συγχρονικής εγκυρότητας. Η Smith συμπληρώνει ότι ένας παράγοντας που καθιστά προβληματική την προβλεπτική ικανότητα των κλιμάκων για την ικανοποίηση των ασθενών, είναι η απουσία μιας διασποράς στις απαντήσεις που προσπαθούν να αποτυπώσουν την μελλοντική συμπεριφορά των ασθενών. Έτσι, η μεγάλη πλειοψηφία τείνει να προτιμά τις ακραίες απαντήσεις¹¹⁵.

¹¹⁴ Στο ίδιο σελ 42

¹¹⁵ Στο ίδιο σελ 43

3.5.3 Συντρέχουσα εγκυρότητα

Μια ψυχομετρική κλίμακα διακρίνεται για την συντρέχουσα εγκυρότητά της όταν οι τιμές της διαφοροποιούνται προς την αναμενόμενη κατεύθυνση μεταξύ ομάδων ατόμων, οι οποίες αντικειμενικά διαφέρουν ως προς την αξιολογούμενη εννοιολογική κατασκευή. Ο έλεγχος της συντρέχουσας εγκυρότητας γίνεται στη βάση της συνάφειας της αξιολογούμενης κλίμακας με ένα αντικειμενικό κριτήριο της εννοιολογικής κατασκευής για την οποία τη χρησιμοποιούμε. Βέβαια ο έλεγχος μπορεί να γίνει και στην βάση της συνάφειας της αξιολογούμενης κλίμακας με μια άλλη κλίμακα τεκμηριωμένης αξιοπιστίας και εγκυρότητας που αποτυπώνει την ίδια εννοιολογική κατασκευή με την αξιολογούμενη κλίμακα. Έτσι, ο συντελεστής συσχέτισης εκλαμβάνεται ως δείκτης της συγκλίνουσας εγκυρότητας της αξιολογούμενης κλίμακας.

3.5.4 Εγκυρότητα περιεχομένου

Ένα ψυχομετρικό μέσο διακρίνεται για την εγκυρότητα του περιεχομένου του όταν απαντά στην ερώτηση: «*οι ερωτήσεις του μέσου καλύπτουν το εύρος του περιεχομένου της εννοιολογικής κατασκευής που υποστηρίζουν;*». Αυτό επιτυγχάνεται στα αρχικά στάδια σχεδιασμού της έρευνας, με την ανασκόπηση της σχετικής βιβλιογραφίας, την ποιοτική μελέτη των ασθενών και την ανάλυση των απόψεων ειδικών. Μια άλλη διάσταση της εγκυρότητας του περιεχομένου του μέσου είναι η εμπειρική εγκυρότητα (*empirical validity*) σύμφωνα με την οποία εξετάζεται αν και κατά πόσο οι υποκλίμακες της κλίμακας σχετίζονται με άλλες μεταβλητές που αποτελούν βασικές διαστάσεις της εννοιολογικής κατασκευής με τις οποίες θα έπρεπε να σχετίζονται.

Για παράδειγμα, οι Meterko et al. χρησιμοποίησαν σαν δείκτες εγκυρότητας της κλίμακάς τους τις υποκλίμακες που εκτιμούν τη συνολική ποιότητα της φροντίδας και την πρόθεση του ασθενή να επιστρέψει στο νοσοκομείο αλλά και να το προτείνει σε κάποιον γνωστό του. Αναζήτησαν τον βαθμό συσχέτισης αυτών των δεικτών εγκυρότητας με τις υποκλίμακες της αξιολογούμενης κλίμακας.

3.5.5 Εγκυρότητα εννοιολογικής κατασκευής

Η εγκυρότητα της εννοιολογικής κατασκευής μιας κλίμακας αντικατοπτρίζει το πόσο καλά κάποιος αποτύπωσε τις ιδέες του ή την θεωρία του σε μια κλίμακα. Για να είμαστε περισσότερο αναλυτικοί, ας αναφέρουμε ένα παράδειγμα. Όλοι μας έχουμε ακούσει στο δικαστήριο την εντολή του δικαστή: *«πείτε την αλήθεια, την πάσα αλήθεια και μόνο την αλήθεια»*. Άραγε για ποιο λόγο δεν αρκεί η φράση: *«πείτε μας την αλήθεια»*; Γιατί κάτι τέτοιο δεν εγγυάται ότι ο μάρτυρας θα μας πει οτιδήποτε γνωρίζει ότι είναι αλήθεια. Ίσως δεν μας πει κάποια σημαντικά πράγματα, χωρίς αυτό να σημαίνει ότι δεν μας λέει την αλήθεια. Αν λοιπόν παραφράσουμε τον όρκο του δικαστηρίου θα έχουμε: *«την κατασκευή, όλη την κατασκευή και μόνο την κατασκευή»*.

Ας υποθέσουμε ότι έχουμε πέντε διαστάσεις μιας εννοιολογικής κατασκευής που ονομάζεται *«ικανοποίηση του ασθενή»*. Οι περισσότεροι θα έλεγαν ότι αυτές οι διαστάσεις είναι παρόμοιες. Αν θέλαμε λοιπόν να αναπτύξουμε μια κλίμακα εκτίμησης της ικανοποίησης θα λέγαμε: *«την ικανοποίηση, όλη την ικανοποίηση και μόνο την ικανοποίηση»*. Επειδή όμως η ικανοποίηση ως έννοια αλληλοκαλύπτεται με άλλες, πιο λειτουργικό είναι να δημιουργήσουμε εξ αρχής ένα *«δίκτυο εννοιών»* (net of meaning) που σημαίνει ότι θα πρέπει να προσδιορίσουμε με ποια *«έννοια»* η κατασκευή μας συγκλίνει ή αποκλίνει. Έτσι, πρέπει να αποδείξει κάποιος ότι τα δεδομένα υποστηρίζουν την θεωρία. Περιλαμβάνει δυο κατηγορίες δεικτών:

A. Εγκυρότητα μετάφρασης:

- εγκυρότητα προσώπου (face validity)
- εγκυρότητα περιεχομένου (content validity)

B. Εγκυρότητα με βάση το κριτήριο:

- παραγοντική εγκυρότητα (factorial validity),
- συγκλίνουσα εγκυρότητα (convergent validity),
- διακρίνουσα εγκυρότητα (discriminant validity) και

- εγκυρότητα με βάση την παραδοχή (assumed validity).

Συγκλίνουσα και διακρίνουσα εγκυρότητα:

Συγκλίνουσα εγκυρότητα είναι ο βαθμός στον οποίο η αξιολογούμενη κλίμακα σχετίζεται (συγκλίνει) με άλλες κλίμακες που εκτιμούν το ίδιο φαινόμενο, την ίδια εννοιολογική κατασκευή. Ο έλεγχος της συγκλίνουσας και της διακρίνουσας εγκυρότητας, μιας πολυδιάστατης ψυχομετρικής κλίμακας γίνεται με τη μέθοδο των Campbell και Fiske (πίνακας πολυχαρακτηριστικών-πολυμέσων, multitrait-multimethod matrix) όπως αυτή τροποποιήθηκε στην συνέχεια από τους Marsh και Smith. Ένα σύνηθες κριτήριο για την εκτίμηση της συγκλίνουσας εγκυρότητας, είναι ο βαθμός της συσχέτισης της κάθε ερώτησης της κλίμακας με τον αντίστοιχο παράγοντα που ερμηνεύει την εννοιολογική κατασκευή (σε όρους εσωτερικής συνάφειας), ότι οι ερωτήσεις περιέχουν το ίδιο ποσοστό πληροφορίας αναφορικά με την αξιολογούμενη κατασκευή και ότι οι ερωτήσεις είναι ισχυρότεροι δείκτες της υποτιθέμενης εννοιολογικής κατασκευής, σε σχέση με άλλες κατασκευές (έλεγχος της διακρίνουσας εγκυρότητας των ερωτήσεων της κλίμακας).

Γ. Εγκυρότητα με βάση την παραδοχή:

Αυτό το είδος της εγκυρότητας εξετάζει κατά πόσο η εννοιολογική κατασκευή την οποία προσδιορίζει η κλίμακα που αξιολογούμε, σχετίζεται με άλλες εννοιολογικές κατασκευές κατά τρόπο σύμφωνο με μια παραδοχή.

3.6 Αξιοπιστία (Reliability)

Ο Rowley G.L. τονίζει: *«ίσως έχει μεγαλύτερη σημασία να επιβεβαιώσουμε ότι ένα τεστ δεν είναι ούτε αξιόπιστο ούτε αναξιόπιστο... Ένα τεστ μπορεί να μας δίνει κάποια σκορ που είναι αξιόπιστα και άλλα σκορ που είναι αναξιόπιστα»*. Την ίδια στιγμή, οι Crocker L.M. & Algina J. υποστηρίζουν: *«ένα σκορ δεν είναι αξιόπιστο ή αναξιόπιστο. Αντίθετα, η αξιοπιστία ή αναξιόπιστία είναι μια ιδιότητα των σκορ στο τεστ, για μια συγκεκριμένη ομάδα εξεταζομένων»*. Οι Gronlund N.E. & Linn R.L. διατείνονται: *«η αξιοπιστία*

αναφέρεται στα αποτελέσματα που επιτυγχάνει ένα εργαλείο αξιολόγησης και όχι στο ίδιο το εργαλείο.... Συνεπώς είναι περισσότερο λειτουργικό να μιλάμε για αξιοπιστία των σκορ του τεστ ή της μέτρησης παρά του τεστ ή του εργαλείου». Όλες αυτές οι σκέψεις μας οδηγούν στο συμπέρασμα ότι οι ίδιοι οι ερωτώμενοι επηρεάζουν την αξιοπιστία των σκορ και άρα είναι οξύμωρο να αναφερόμαστε στην «αξιοπιστία του τεστ» χωρίς να επικεντρωνόμαστε σε ποιους δόθηκε ή σε άλλες πτυχές του πρωτοκόλλου. Αυτές οι επισημάνσεις οδήγησαν στην ανάπτυξη της «γενίκευσης της αξιοπιστίας» (reliability generalization). Συνεπώς, μια κλίμακα μπορεί να δίνει καλά αποτελέσματα σε έναν χώρο μελέτης και ανεπαρκή σε άλλον.

Ο συντελεστής εσωτερικής συνέφειας Cronbach's alpha, που αναφέρεται κατά κόρον στην βιβλιογραφία των ψυχολογικών ερευνών και ιδιαίτερα σε ό,τι αφορά τη μελέτη της προσωπικότητας, θεωρείται ένας δείκτης αξιοπιστίας. Ο Cortina ισχυρίζεται ότι δεν υπάρχει μια διεθνής συμφωνία για την ερμηνεία του Cronbach's alpha, καθώς και για το αποδεκτό εύρος των τιμών το.

3.6.1. Τα είδη της αξιοπιστίας μιας κλίμακας

1. Η αξιοπιστία μεταξύ βαθμολογητών και παρατηρητών (inter-rater, inter-observer reliability). Οποτεδήποτε χρησιμοποιούμε δυο ή περισσότερους βαθμολογητές ή παρατηρητές για την αξιολόγηση ενός τεστ, αναρωτιόμαστε αν και κατά πόσο τα αποτελέσματα είναι αξιόπιστα ή συνεπή. Αυτό είναι πολύ σημαντικό ιδιαίτερα στα κλινικά και στα προβολικά τεστ. Όταν οι βαθμολογητές χρησιμοποιούν ονοματικές μετρήσεις, τότε υπολογίζεται ο συντελεστής Kappa συμφωνία (coefficient of agreement) ως δείκτης αξιοπιστίας. Είναι ο ιδανικός τρόπος εκτίμησης της αξιοπιστίας όταν χρησιμοποιούμε την παρατήρηση.
2. Αξιοπιστία επαναληπτικών μετρήσεων (test-retest reliability)
3. Αξιοπιστία παράλληλων τύπων (parallel-forms reliability)
4. Αξιοπιστία εσωτερικής συνέφειας (internal consistency)

Στην περίπτωση αυτή, χορηγούμε την κλίμακα σε ένα δείγμα ατόμων, μια φορά, προκειμένου να εκτιμήσουμε την αξιοπιστία της, δηλαδή πόσο καλά οι ερωτήσεις αντανακλούν την ίδια κατασκευή.

5. Αξιοπιστία των δυο ημίσεων ή των δυο ημικλάστων (split-half reliability)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4^ο ΕΡΕΥΝΕΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

4.1 Ελληνικές Έρευνες

Μετά το 1960 έγιναν ουσιαστικές αλλαγές στο χώρο της υγείας, αλλά στον ελληνικό λαό είχε ήδη δημιουργηθεί μια αρνητική εικόνα για τα νοσοκομεία πριν από αυτή την περίοδο γι' αυτό το λόγο ακόμα και σήμερα, υπάρχει αναμφισβήτητα μια κρίση εμπιστοσύνης για πολλά νοσοκομεία που εκδηλώνεται κυρίως με τη ροή ασθενών από την επαρχία προς το κέντρο¹¹⁶. Την τελευταία δεκαετία, γίνεται αρκετός λόγος για τη συγκράτηση του αυξανόμενου κόστους των δαπανών για την υγεία και την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων¹¹⁷. Όλοι οι ερευνητές συμφωνούν ότι τελευταία παρατηρήθηκε μια αύξηση των δαπανών υγείας στη χώρα μας η οποία όμως δε συνοδεύτηκε από τα αντίστοιχα αποτελέσματα. Δεν υπάρχουν οργανωμένα προγράμματα ποιοτικής διασφάλισης των νοσοκομειακών υπηρεσιών και μέτρησης των αποτελεσμάτων, σύμφωνα με το στόχο της Π.Ο.Υ., αν και έχουν γίνει κάποιες μεμονωμένες προσπάθειες σε επιμέρους τομείς των νοσοκομειακών υπηρεσιών. Λίγες έρευνες αναφέρονται στην ικανοποίηση των ασθενών από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες¹¹⁸.

Αντίθετα, το ενδιαφέρον για την ικανοποίηση των καταναλωτών στον ευρύτερο δημόσιο και ιδιωτικό τομέα έχει αυξηθεί, γεγονός που αποδεικνύεται από τις προσπάθειες του κράτους να βελτιώσει τις σχέσεις πολίτη-κράτους και να κατοχυρώσει τα δικαιώματα των καταναλωτών με νομοθετικές ρυθμίσεις. Στα νοσοκομεία και γενικότερα στις

¹¹⁶ Α. Δημητριάδου,, «*Απόψεις των νοσηλευόμενων που αξιολογούν τη νοσηλευτική υπηρεσία*», Πρακτικά, 18ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα 1991

¹¹⁷ Δ. Νιάκας, «*Σύγχρονες Πολιτικές Συγκράτησης του Κόστους στον Υγειονομικό Τομέα*», *Επιθεώρηση Υγείας*, 2, 3, 1991.

¹¹⁸ Β. Παπανικολάου, Ι. Σιγάλας, «*Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας*». Πρακτικά Συνεδρίου «*Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας*». Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, Θεσσαλονίκη, 1994

υπηρεσίες υγείας υπάρχει μεγάλη έλλειψη νοσηλευτικού προσωπικού¹¹⁹. Η νοσηλευτική έρευνα βρίσκεται στο στάδιο της ανάπτυξης και οι περισσότερες προσπάθειες γίνονται από το Τμήμα Νοσηλευτικής του Πανεπιστημίου Αθηνών. Στην περιοχή της ποιότητας της νοσηλευτικής φροντίδας έχουν γίνει αρκετές ερευνητικές προσπάθειες, αλλά δεν έχει αναφερθεί κάποια αξιολόγηση στα πλαίσια ενός οργανωμένου προγράμματος. Η μόνη δημοσιευμένη έρευνα που αναφέρεται στη μέτρηση ικανοποίησης ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα είναι της Δημητριάδου και των συνεργατών της (1991)¹²⁰. Είναι λοιπόν φανερό η ανάγκη για την εκπόνηση νέων ερευνών οι οποίες να εστιάζουν προς αυτή την κατεύθυνση.

Οι μελέτες που αφορούν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας και χρησιμοποιούν κάποιο ερωτηματολόγιο είναι περιορισμένες και, παρά τη γενική δυσαρέσκεια του πληθυσμού από τις υπηρεσίες υγείας, οι λίγες σχετικές μελέτες δεν αξιοποιούνται επαρκώς στη διαμόρφωση της πολιτικής υγείας¹²¹. Οι περισσότεροι Έλληνες και ξένοι ειδικοί που έχουν μελετήσει το ελληνικό σύστημα υγείας υποστηρίζουν ότι η δυσαρέσκεια, στο επίπεδο που έχει τεκμηριωθεί, μπορεί να προκληθεί από δομικά προβλήματα του συστήματος υγείας, όπως η μέθοδος χρηματοδότησης, η έλλειψη γενικών ιατρών, οι υψηλές αποδοχές «φακελάκι» κλπ¹²². Αυτή η γενική δυσαρέσκεια που εκφράζεται μέσα από δημοσκοπήσεις της κοινής γνώμης και επιβεβαιώθηκε από μια πανελλαδική έρευνα η οποία έδειξε ότι οκτώ (8)

¹¹⁹ Ν. Πολύζος, «Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Περιθαλψη», Μελέτη για τον Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα 1994.

¹²⁰ Α. Δημητριάδου et al., «Απόψεις των νοσηλευόμενων που αξιολογούν τη νοσηλευτική υπηρεσία», Πρακτικά, 18ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα 1991

¹²¹ Γ. Τούντας, Θ. Λοπατατζίδης, Λ. Χουλιάρη, «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5), 2003.

¹²² D. Niakas, J. Mylonakis, «Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship? International Journal of Healthcare Technology and Management, 6(3), 2005

στους δέκα (10) ασθενείς δηλώνουν ικανοποιημένοι.¹²³ Είναι γνωστό ότι οι ίδιοι χρήστες είναι πιο ικανοποιημένοι επειδή είχαν άμεση εμπειρία των υπηρεσιών υγείας που ερευνώνται. Αντιθέτως, η κοινή γνώμη επηρεάζεται συχνά από άλλους παράγοντες, συμπεριλαμβανομένων των μέσων μαζικής επικοινωνίας.

Ο Κυριόπουλος και οι συνεργάτες του (1993)¹²⁴ σε μια έρευνα που έγινε στην περιοχή των Αθηνών, βρήκαν ότι οι ασθενείς ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από τις ιατρικές σε σχέση με τις νοσηλευτικές υπηρεσίες και λιγότερο ικανοποιημένοι από τη διαμονή στο νοσοκομείο. Ένα σημαντικό εύρημα αυτής της έρευνας ήταν ότι οι ασθενείς παρουσίασαν μια στάση ουδετερότητας σε σχέση με τη διαμονή στο νοσοκομείο, ενώ στην πλειοψηφία τους είχαν κακή άποψη για την ξενοδοχειακή υποδομή και τους χώρους υγιεινής.

Το 1994, οι Παπανικολάου & Σιγάλας¹²⁵ προσπάθησαν να μετρήσουν τον βαθμό ικανοποίησης του ασθενή. Σκοπός ήταν να αναπτυχθεί μια μέθοδος συλλογής πληροφοριών για τους ασθενείς η οποία θα μπορούσε να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην εκτίμηση της ποιότητας της περίθαλψης και στον εφοδιασμό των ιθυνόντων με χρήσιμα στοιχεία. Ανάμεσα στα συμπεράσματά τους ήταν ότι η ικανοποίηση των εξερχόμενων ασθενών είναι υψηλού βαθμού για την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και μετρίου για τις ξενοδοχειακές και λοιπές υπηρεσίες.

Η Αντωνοπούλου, Καραμητρόπουλος και Σοφιανός, επιχείρησαν, το 1991, μία εμπειρική διερεύνηση στα εφημερεύοντα εξωτερικά ιατρεία του Παθολογικού Τομέα του

¹²³ Δ Νιάκας, «Η Μέτρηση της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ», στο Νιάκας Δ (επιμ.) «Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης των Υπηρεσιών Υγείας», Mediforce, Αθήνα 2003.

¹²⁴ Κυριόπουλος, Γ. και συν., «Στάσεις και αντιλήψεις χρηστών ως προς τη Νοσοκομειακή Φροντίδα», στο Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε. , «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Αθήνα 1994.

¹²⁵ Β Παπανικολάου, Σιγάλας, «Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας». Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας». Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, Θεσσαλονίκη, 1994

Ιπποκράτειου Νοσοκομείου Θεσσαλονίκης. Διερευνήθηκαν μέσω ερωτηματολογίων τα κοινωνικο-οικονομικά χαρακτηριστικά των πελατών των εξωτερικών ιατρείων, οι αντιλήψεις των ατόμων για θέματα υγείας, οι παράγοντες που επηρεάζουν την κατάσταση υγείας και έχουν σχέση με τον τρόπο ζωής των διαφόρων κοινωνικών ομάδων, η επικοινωνία των ομάδων αυτών με το ιατρικό προσωπικό και η σχέση τους με το σύστημα υγείας.¹²⁶

Οι Τούντας, Λοπατατζίδης και Χουλιάρη (2003),¹²⁷ εξέτασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ (<http://www.ika.gr>) από τις παρεχόμενες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας του οργανισμού. Από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι το 51% των ερωτηθέντων πιστεύει ότι έχει καλή υγεία και το 76% προτιμά να επισκέπτεται πρώτα ένα γενικό ιατρό, ενώ διαπιστώνεται η ανάγκη βελτίωσης των πρωτοβάθμιων υπηρεσιών του ΙΚΑ.

Το 2005, οι Νιάκας & Mylonakis εξέτασαν τις απόψεις των ασθενών για τις υπηρεσίες που παρέχονται από τρία δημόσια νοσοκομεία της χώρας μας, με σκοπό την παραγωγή προκαταρκτικών αποτελεσμάτων. Η στατιστική ανάλυση έδειξε διαφορά στην ικανοποίηση με βάση την ηλικία και το επίπεδο εκπαίδευσης. Στη μελέτη των Gnardellis και Νιάκας (2005), η ανάλυση της ικανοποίησης του ασθενούς από τη νοσηλεία αξιολογήθηκε με όρους ιατρικών, νοσηλευτικών και διοικητικών υπηρεσιών που παρέχονται σε σχέση με συγκεκριμένα κλινικά και κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά. Οι απαντήσεις στα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν ταχυδρομικά και όχι με προσωπικές συνεντεύξεις και τα ερωτηματολόγια επιστράφηκαν με δείκτη ανταπόκρισης 28%.

¹²⁶ Α Κρητικός, «*Quality in Medical Services. A Theoretical Approach*», Μεταπτυχιακή Εργασία του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 2005

¹²⁷ Γ. Τούντας, Θ. Λοπατατζίδης, Λ. Χουλιάρη, «*Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 2003.

Επίσης, η έρευνα των Aletras, Papadopoulos και Niakas (2006)¹²⁸ υποστηρίχθηκε από το Υπουργείο Υγείας και έδωσε δείκτη ανταπόκρισης 35,5%. Οι ταχυδρομικές έρευνες έχουν πολύ χαμηλό δείκτη ανταπόκρισης στην Ελλάδα, καταλήγοντας σε σημαντικές προκαταλήψεις. Ίσως αυτό συμβαίνει επειδή τέτοιες έρευνες δεν είναι συνηθισμένες στη χώρα μας.

Η Καμπάνταη και Νιάκας (2004)¹²⁹ ερεύνησαν την ικανοποίηση των χρηστών ενός κοινοτικού κέντρου ψυχικής υγείας, καθώς και τους κοινωνικοδημογραφικούς παράγοντες που σχετίζονται με αυτή. Χρησιμοποιήθηκε ειδικό ερωτηματολόγιο, το οποίο συμπληρώθηκε με τηλεφωνική συνέντευξη, για να μετρηθεί η ικανοποίηση των χρηστών από την υποδομή και τις διοικητικο-διαχειριστικές διαδικασίες, τις ιατρικές-παραϊατρικές υπηρεσίες (κλινικό έργο) και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής παρέμβασης στην υγεία των χρηστών. Η ικανοποίηση ήταν υψηλή στο κλινικό έργο και λιγότερο στους τομείς της υποδομής και των παρεχόμενων διοικητικών υπηρεσιών. Η μέτρηση της ικανοποίησης σε υπηρεσίες ψυχικής υγείας και το έργο των επαγγελματιών έχει πρόσθετες δυσκολίες και για το λόγο αυτόν απαιτούνται πιο αξιόπιστα και έγκυρα ερωτηματολόγια, τα οποία πρέπει να είναι σύμφωνα με τις στάσεις, τις συμπεριφορές και τα πρότυπα του ελληνικού πληθυσμού.

Τέλος, διεξήχθη έρευνα για την αξιολόγηση της παρεχόμενης φροντίδας από τους γιατρούς και τα Κέντρα Υγείας στην Κρήτη σε δείγμα ασθενών, μέσω της εφαρμογής του EUROPEP, το οποίο έχει επισήμως μεταφραστεί και αποδοθεί στα Ελληνικά από την

¹²⁸ Aletras, V., Papadopoulos, E., Niakas, D. «Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses», *BMC Health Services Research*, 6:66, 2006

¹²⁹ Μ. Καμπάνταη, Δ. Νιάκας, «Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4), 2004

Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής του Τμήματος Ιατρικής του Πανεπιστημίου της Κρήτης¹³⁰.

4.2 Διεθνείς έρευνες

Τα τελευταία χρόνια, έχουν πολλαπλασιαστεί οι μελέτες που αφορούν στην ικανοποίηση των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας και χρησιμοποιούν κάποιο ερωτηματολόγιο. Είναι χαρακτηριστικό ότι στη διεθνή βιβλιογραφία εμφανίζονται περισσότερες από 1.000 σχετικές δημοσιεύσεις κάθε χρόνο. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ποικίλουν από αναδρομικές μελέτες σε προσωπικές συνεντεύξεις με χρήση δομημένου ερωτηματολογίου, ταχυδρομικές έρευνες, διαχείριση παραπόνων και άλλες.

Από το 2000, στην Αγγλία απαιτείται η διεξαγωγή ερευνών ικανοποίησης των ασθενών από τους υγειονομικούς οργανισμούς όλων των επιπέδων φροντίδας (πχ Acute Trusts, Primary Care Trusts, Mental Health, Ambulance Trusts) σε ετήσια βάση και η αναφορά των αποτελεσμάτων τους προς την Επιτροπή Υγείας (Healthcare Commission, <http://www.healthcarecommission.org.uk/homepage.cfm>) προκειμένου αυτά να χρησιμοποιηθούν ως μέρος της αξιολόγησης της συνολικής απόδοσης των υγειονομικών οργανισμών (Annual Performance Indicators). Στις Η.Π.Α. η πρώτη Πολιτεία που επέβαλλε σε όλα τα νοσοκομεία της να χρησιμοποιούν την ίδια έρευνα για τους ασθενείς και παρουσίασε τα αποτελέσματα στο κοινό ήταν η Rhode Island (Drain & Clark, 2004)¹³¹. Το Ινστιτούτο Picker έχει σχεδιάσει ερευνητικά εργαλεία για να λαμβάνει λεπτομερείς αναφορές για τις πρόσφατες εμπειρίες των ασθενών. Ακολουθώντας την

¹³⁰ Αναστασίου, Φ., Σαρουλάκη, Ν., Λιονής, Χ., «Ελληνική μετάφραση της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα των Ασθενών», Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, 1996.

¹³¹ Drain, M., Clark, A. P., «Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives». *JHQ Online*, 26(4), 2004

ποιοτική έρευνα έχουν αναπτυχθεί ερωτηματολόγια που επικεντρώνονται σε συγκεκριμένες διαστάσεις της εμπειρίας του ασθενούς (Coulter, 2006)¹³².

Ο Bowling προτείνει ότι ο μόνος έγκυρος τρόπος αφουγκρασμού της φωνής του κοινού είναι οι προσωπικές συνεντεύξεις εκ των οποίων μπορούν να αναγνωριστούν οι ορατές ανεκπλήρωτες ανάγκες (Dicker & Armstrong, 1995)¹³³. Ωστόσο, δεν υπάρχει λόγος να πιστεύεται ότι ένα προσεκτικά κατασκευασμένο και καλά δοκιμασμένο αυτοσυμπληρούμενο ερωτηματολόγιο θα πρέπει να είναι δεύτερη επιλογή (Fitzpatrick, 1991)¹³⁴. Όλοι συμφωνούν ότι προκειμένου να αξιολογηθεί η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας χρειάζονται «κριτήρια», «κανόνες» και «πρότυπα». Δυστυχώς, έχουν χρησιμοποιηθεί αυτές οι λέξεις ποικιλοτρόπως ώστε να μην μπορούμε πια να καταλάβουμε ο ένας τον άλλο όταν τις λέμε. Τρεις (3) είναι οι κύριες προσεγγίσεις αξιολόγησης της ποιότητας της φροντίδας:

- Η πρώτη δίνει έμφαση στη δομή (αξιολόγηση των εγκαταστάσεων, του ανθρώπινου δυναμικού)
- Η δεύτερη στη διαδικασία (αξιολόγηση της ίδιας της φροντίδας)
- Η τρίτη στο αποτέλεσμα (αξιολόγηση των τελικών αποτελεσμάτων της φροντίδας).

Στη μελέτη των Durieux et al σχεδιάστηκαν δύο αυτοσυμπληρούμενα ερωτηματολόγια, ένα για τους ασθενείς και ένα για τους επαγγελματίες υγείας, που αποτελούνταν από τις ίδιες ερωτήσεις αλλά είχαν διαφορετική διατύπωση. Είναι αξιοσημείωτο ότι οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας συμφώνησαν στο τι είναι καλύτερο και τι χειρότερο στην

¹³² A. Coulter, «*Opinion and experience: do they concur?*» Picker Institute Europe, 2006

¹³³ A.Dicker, Armstrong, D., «*Patient's views of priority setting in health care: an interview survey in one practice*. British Medical Journal, 311, 1995.

¹³⁴ R Fitzpatrick, «*Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations*», BMJ, 302, 1991

παροχή φροντίδας με εξαίρεση τον έλεγχο του πόνου όπου οι ασθενείς ήταν πιο ικανοποιημένοι από ότι νόμιζαν οι επαγγελματίες υγείας.

Η μελέτη των Reytremann-Bridevaux et al σύγκρινε δύο (2) ψυχιατρικά και ένα (1) γενικό ερωτηματολόγιο που αξιολογούν την ικανοποίηση των ασθενών μετά τη νοσηλεία τους σε ψυχιατρικό νοσοκομείο. Από τη σύγκριση κατέληξαν στο ότι και τα τρία (3) ερωτηματολόγια παρουσίασαν πλεονεκτήματα και μειονεκτήματα. Στη Νορβηγία, μία μελέτη σε ένα Περιφερειακό Νοσοκομείο βρήκε ότι η ικανοποίηση επηρεάζεται πολύ από τον τρόπο με τον οποίο οι ασθενείς αντιλαμβάνονται την ποιότητα της επαφής μεταξύ νοσηλευτών και γιατρών. Μια αντίστοιχη μελέτη στη Νέα Ζηλανδία προτείνει ότι οι ασθενείς με διαφορετικά γεωγραφικά, δημογραφικά και συμπεριφοριστικά χαρακτηριστικά έχουν διαφορετικές ανάγκες και θέλω κατά τη λήψη της φροντίδας και επομένως αντιλαμβάνονται διαφορετικά τη σημασία των διαστάσεων της ποιότητας¹³⁵. Στη Σουηδία, οι μελέτες ικανοποίησης ασθενών αποτελούν συχνά ζωτικό κομμάτι της αξιολόγησης της υγειονομικής φροντίδας ενώ σε εθνικό επίπεδο, πολλές χώρες, όπως η Ιρλανδία, η Δανία, το Ηνωμένο Βασίλειο και η Γερμανία, έχουν αναπτύξει πλαίσια για την αξιολόγηση και τη βελτίωση της αποδοτικότητας. Το Ερωτηματολόγιο Picker (Picker Inpatient Survey questionnaire) χρησιμοποιείται στην Αυστραλία, τον Καναδά και σε πολλές ευρωπαϊκές χώρες.¹³⁶

Τα ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών μπορεί να αναφέρονται σε συγκεκριμένα επεισόδια ή να είναι πιο γενικά όσον αφορά την εστίαση των ερωτήσεων. Η επιλογή της μιας ή της άλλης κατεύθυνσης εξαρτάται από τον τύπο του υγειονομικού περιβάλλοντος και το ερευνητικό ερώτημα. Μια πρόσφατη μετα-ανάλυση για την ικανοποίηση των ασθενών συμπέρανε ότι στα ερωτηματολόγια με συγκεκριμένες ερωτήσεις οι ασθενείς τείνουν να δίνουν ομοιόμορφα ευνοϊκές απαντήσεις, όμως, επίσης καταλήγουν σε

¹³⁵ A. S. Famara, «Are patient satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism? The case of Østfold Hospital Trust in Norway». *Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap*, Master of Public Health, MHP 2006:4, 2006.

¹³⁶ C. Shaw, «How can hospital performance be measured and monitored?» World Health Organization, Health Evidence Network, 2003

μεγαλύτερη ποικιλία απαντήσεων¹³⁷. Το 2004 η έρευνα του Miceli αξιολόγησε την εγκυρότητα και την αξιοπιστία της ισπανικής μετάφρασης της «Έρευνας Νοσηλευθέντων Ασθενών» (Inpatient Survey) της Press Ganey. Η μελέτη ήταν αναδρομική και βασίστηκε στην Εθνική Βάση Δεδομένων της Press Ganey. Οι ισπανόφωνοι έδειξαν χαμηλότερο μέσο όρο βαθμολογίας στη φιλικότητα και ευγένεια του νοσηλευτικού προσωπικού, παρόλο που αυτή η διαφορά δε θεωρήθηκε στατιστικά σημαντική. Σε μια πρόσφατη μελέτη, για να μειωθεί ο αριθμός των ερωτηματολογίων που δεν επιστρέφονταν, οι ερευνητές έστειλαν υπενθυμίσεις ή επικοινωνήσαν τηλεφωνικά, μετά την αρχική ταχυδρόμηση, παρόλο που αυτό αποτελεί μια επιπλέον πηγή προκατάληψης (bias)¹³⁸.

Τυπικά, οι περισσότερες έρευνες έχουν χαμηλό δείκτη ανταπόκρισης (20%-30%)¹³⁹, από 40% έως 60% θεωρείται καλός, ενώ 80% πολύ υψηλός. Με τις ταχυδρομικές έρευνες, παρά τον μικρό δείκτη ανταπόκρισης, μειώνεται η πιθανότητα οι ασθενείς να επηρεαστούν από το άτομο που δίνει το ερωτηματολόγιο ή να αρνηθούν να συμμετάσχουν στην έρευνα γιατί πιστεύουν ότι θα είναι κάτι δύσκολο. Η προσωπική επαφή μπορεί να αυξήσει τον κίνδυνο των «κοινωνικά επιθυμητών απαντήσεων», όπου οι ασθενείς μπορεί να αναφέρουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από αυτή που στην πραγματικότητα νιώθουν επειδή πιστεύουν ότι τα θετικά σχόλια είναι πιο αποδεκτά για να κολακεύσουν τους ερευνητές ή το ιατρικό προσωπικό¹⁴⁰. Στις μέρες μας, η ανάγκη μεταφρασμένων εργαλείων έχει αυξηθεί και εν μέρει καθοδηγείται από την ανάγκη ύπαρξης συνολικών στοιχείων της αποτελεσματικότητας και της αποδοτικότητας των

¹³⁷ R. Fitzpatrick, «*Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations*», BMJ, 302, 1991

¹³⁸ Quintana, J. M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastian, J. A., de-la-Sierra, E. and Thompson, A., «*Predictors of patient satisfaction with hospital health care*», BMC Health Services Research, 6:102, 2006

¹³⁹ L. Powell, «*Patient Satisfaction Surveys for Critical Access Hospitals*» An initiative of the National Rural Health Resource Center with partial funding from the Federal Office of Rural Health Policy, Health Resources and Services Administration, 2001

¹⁴⁰ Sitzia, J., Wood, N., «*Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies*», International Journal for Quality in Health Care, 10, 1998

διαδικασιών και των θεραπειών, και από την εστίαση σε έναν παγκόσμιο προσανατολισμό του συστήματος υγείας ¹⁴¹.

¹⁴¹ Medical Outcomes Trust, «*Trust Introduces New Translation Criteria*», *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 5(4), 1997

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Το ζήτημα της ικανοποίησης του ασθενή από την παρεχόμενη σ' αυτόν φροντίδα έχει συνδεθεί με τα κίνητρα, τις προσδοκίες τις αξίες και τις στάσεις, δηλαδή υποστηρίζεται ότι η ικανοποίηση ενός ασθενή από την φροντίδα του, είναι συνάρτηση όσων το άτομο πιστεύει ότι αποκομίζει από τη φροντίδα του και του βαθμού που τα αποτελέσματα αυτά είναι όντως επιθυμητά ή ανεπιθύμητα για τον ίδιο. Σύμφωνα με το μοντέλο αυτό οι ασθενείς εκφράζουν την ικανοποίησή τους όταν το αποτέλεσμα της φροντίδας τους εκπληρώνει τις προσδοκίες τους. Επαγωγικά, λοιπόν, η δυσαρέσκεια είναι, σύμφωνα με το μοντέλο αυτό, το εκφρασμένο αποτέλεσμα της μη εκπλήρωσης των προσδοκιών τους. Στον αντίποδα αυτής της θεωρίας, βρίσκονται εκείνοι οι ερευνητές που ισχυρίζονται ότι δεν υπάρχει καμία απολύτως σχέση ανάμεσα στις προσδοκίες και στην ικανοποίηση, αφού εξακολουθούν να υπάρχουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης ακόμη και όταν δεν εκπληρώνονται οι προσδοκίες των ασθενών.

Από την εξέταση των στοιχείων της εργασίας προκύπτει το συμπέρασμα πως στην Ελλάδα οι φορείς της υγείας οφείλουν να αφουγκραστούν και να κατανοήσουν τις ανάγκες των ασθενών, να παρακολουθούν τις εξελίξεις του υγειονομικού τομέα άλλων κρατών, να εκσυγχρονίσουν το ελληνικό σύστημα υγείας και να διατηρήσουν την ισορροπία μεταξύ των απαιτήσεων, του κόστους και του οφέλους, με κεντρικό γνώμονα πάντοτε τον ασθενή.

Τέλος ένα σωστά δομημένο ερωτηματολόγιο που θα ανιχνεύει τις ανάγκες των ασθενών και θα χρησιμοποιείται για τη λήψη αποφάσεων εντός των νοσοκομείων είναι το καλύτερο ερευνητικό μέσο που και θα επιφέρει σημαντικές πληροφορίες από τις οποίες θα προκύψουν εύστοχα συμπεράσματα και θα αναδεικνύονται προβλήματα που υπάρχουν εντός των νοσοκομείων. Έτσι οι φορείς υγείας θα μπορούν να <<δούν>> ποια είναι τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν οι ασθενείς και το προσωπικό των νοσοκομείων θα εντοπίζει τρόπους βελτίωσης της απόδοσής του και θα βοηθούν στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχονται στα νοσοκομεία .

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Αγγελόπουλος, Μ., Χ., «Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της Υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις», Πρακτικά Συνεδρίου με θέμα: Εφαρμογή του management ολικής ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ, Θεσσαλονίκη 1999

Αθανάτου, Κ., Ε., *Κλινική Νοσηλευτική*, 2004

Αναγνωστόπουλος, Φ., Παπαδάτου, Δ., «*Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*», Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα 1999.

Αναστασίου, Φ., Σαρουλάκη, Ν., Λιονής, Χ., «Ελληνική μετάφραση της Ευρωπαϊκής Συμβουλευτικής Επιτροπής για τα Δικαιώματα των Ασθενών», Κλινική Κοινωνικής και Οικογενειακής Ιατρικής Πανεπιστημίου Κρήτης, 1996.

Γεωργούση, Π., «Ψυχολογία των Μεθόδων Διδασκαλίας», 1995

Δημητριάδου, Α. et al., «Απόψεις των νοσηλευόμενων που αξιολογούν τη νοσηλευτική υπηρεσία», Πρακτικά, 18ο Ετήσιο Πανελλήνιο Νοσηλευτικό Συνέδριο, Αθήνα 1991

Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας», *Νοσηλευτική*, Τόμος 41, Τεύχος 1, Αθήνα 2002

Θεοδώρου, Μ., «Ο Ποιοτικός Έλεγχος στις Υπηρεσίες Υγείας» *Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ*, 3(1), 1992

Καγάλιαρη, Μ., Σταματάκη, Π., «Φροντίδα για αυτούς που φροντίζουν», 1996

Κακαβούλης, Α., «Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Εκπαίδευσης», 1997

Καμπάντα, Μ., Νιάκας, Δ., «Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες ενός Κοινοτικού Κέντρου Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 21(4), 2004

Καπανίδης, Ν., «Ο φόβος του νοσοκομείου». *Επιθεώρηση Υγείας*, 59, 1991.

Καραγιάννης Γ.Ε., «Μάνατζμεντ υπηρεσιών υγείας και διαχείριση του ρίσκου», *ΤΑ ΝΕΑ- Ένθετο Ανοιχτό MBA. Β' Κύκλος*, Τεύχος 22, 2006

Καραχάλιος, Γ., «Γεροντολογική Νοσηλευτική Φροντίδα», Έλλην, Αθήνα 1999

Κασοτάκη, Κ., Πτυχιακή Εργασία «Η ικανοποίηση των χρηστών/νοσηλευόμενων ασθενών με χρόνια νόσο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε κλινικές του Π.Α.Γ.Ν.Η», Τμήμα Κοινωνικής Εργασίας, ΑΤΕΙ Κρήτης, Ηράκλειο, Κρήτη 2004

Κερμίτσης, Α., «Service Quality», Πάντειο Πανεπιστήμιο, 2005

Κουκούλη, Σ., «Σημειώσεις κοινωνιολογίας» Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης – Τμήμα Νοσηλευτικής, 2000-2001.

Κρητικός, Α., «Quality in Medical Services. A Theoretical Approach», Μεταπτυχιακή Εργασία του Τμήματος Οικονομικών Επιστημών του Πανεπιστημίου Ιωαννίνων, 2005

Κυριόπουλος, Γ. και συν., «Στάσεις και αντιλήψεις χρηστών ως προς τη Νοσοκομειακή Φροντίδα», στο Κυριόπουλος Γ, Γεωργούση Ε. , «Ασθενείς και Επαγγέλματα Υγείας στην Ελλάδα», Αθήνα 1994.

Κυρίοπουλος Γ., «*Η Εθνική Πολιτική Υγείας: Κατευθυντήριες γραμμές για την ανασυγκρότηση του Υγειονομικού Τομέα στην Ελλάδα*», Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Αθήνα 2003

Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής, Χ.Γ., Ζήμερας, Στ., «Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες των χρηστών», *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 23(6), 2006

Λιακοπούλου, Ε., Διπλωματική Εργασία, «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο Χατζηκώστα», Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Ιωάννινα 2008

Λογοθέτης, Ν., «*Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC*», εκδ. TQM Hellas LTD, Interbooks, Αθήνα 1992

Μελισσά-Χαλικοπούλου, Χ., «*Ψυχολογία της Υγείας*» 1998

Μερκούρης Α., Διδακτορική Διατριβή «*Η ικανοποίηση του αρρώστου κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών*», Αθήνα 1996

Νιάκας, Δ., «*Η Μέτρηση της Ικανοποίησης των Ασθενών στα Νοσοκομεία του ΕΣΥ*», στο Νιάκας Δ (επιμ.) «*Θέματα Διοίκησης και Διαχείρισης των Υπηρεσιών Υγείας*», *Mediforce*, Αθήνα 2003.

Νιάκας, Δ., «*Σύγχρονες Πολιτικές Συγκράτησης του Κόστους στον Υγειονομικό Τομέα*», *Επιθεώρηση Υγείας*, 2, 3, 1991.

Οικονομοπούλου, Χριστίνα, «*Εκπαιδευτικές σημειώσεις*», Ποιότητα, 2002

Παπαδάτου, Δ., Αναγνωστόπουλος, Φ., «*Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας*» 1995

Παπανικολάου, Β., «*Ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή της ολικής ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης του Ε.Σ.Υ.*» Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία, Αθήνα 1995.

Παπανικολάου, Β., Σιγάλας, Ι., «*Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας*». Πρακτικά Συνεδρίου «Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των Υπηρεσιών Υγείας». Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας, Θεσσαλονίκη, 1994

Πετράκη, Ε., Μεταπτυχιακή Εργασία «*Μετάφραση, στάθμιση και εφαρμογή ενός εργαλείου μέτρησης ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών σε νοσοκομείο*», Πανεπιστήμιο Κρήτης, Τμήμα Ιατρικής, Ηράκλειο 2007
Σαρρής, 2001

Πλάτη, Δ., Γεροντολογική, 2008

Πολύζος, Ν., «*Δευτεροβάθμια – Τριτοβάθμια Περίθαλψη*», *Μελέτη για τον Σχεδιασμό και την Οργάνωση των Υπηρεσιών Υγείας*, Υπουργείο Υγείας, Πρόνοιας και Κοινωνικών Ασφαλίσεων, Αθήνα 1994.

Ραφτόπουλος Β., «*Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας*», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002

Σιγάλας Ι., «*Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας*, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου «*Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*», Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα 1999

Σκόρδη, Α., «*Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας*», Διπλωματική Εργασία, Πανεπιστήμιο Μακεδονίας, Θεσσαλονίκη, 1997

Τζιάντζη, Μ., «Δελτίο Ραντζών», *Καθημερινή*, 2009

Τούντας, Γ., «Κοινωνία και υγεία», Οδυσσεάς, Αθήνα 2000.

Τούντας, Γ., Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής 2003,

Τούντας, Γ., Λοπατατζίδης, Θ., Χουλιάρα, Α., «Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5), 2003.

Τούντας, Ι., «Κοινωνία και Υγεία» 2001

Τριχιοπούλου, Α., «Προληπτική Ιατρική», 1986

Τσιώτρας, Γ., «Βελτίωση Ποιότητας», Εκδόσεις «Μπένου», Αθήνα 1995.

ΞΕΝΗ ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Abdellah, F. G., & Levine, E., "Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care", *Nursing research*, 5(3) 1957.

Aletras, V., Papadopoulos, E., Niakas, D. «Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses», *BMC Health Services Research*, 6:66, 2006

Baker, R., «Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice», *British Journal of General Practice*, 1990

Bamford, C. and Jacoby, A., “Development of patient satisfaction questionnaires: 1. Methodological issues”, *Quality in Health Care*, **1**(3), Clearly D 1992.

Bankauskaite, V. & Saarelma, O., «Why are people dissatisfied with medical care services in Lithuania? A qualitative study using responses to open-ended questions», *International Journal for Quality in Health Care*, **15** (1), 2003

Berger, M., A., Hobbs, B., Barbara, *Clinical journal of Oncology Nursing*, 2006

Coulter, A., «Opinion and experience: do they concur?» *Pickler Institute Europe*, 2006

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L, et al., «The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature». *Health Technology Assessment*, **6**(32), 2002.

Danielsen, K., et al., «Patient experiences to respondent and health service delivery characteristics: A survey of 26.938 patients attending 62 hospitals throughout Norway», *Scandinavian Journal of Public Health*, **35** (1), 2007

De Lepeleire, J., Creemers, M., Van Tichelt, K., Van Loon, H., «Patients' expectations of General Practice, a pilot study», *Archives of Public Health*, **61** (6), 2003

Dicker, A., Armstrong, D., «Patient's views of priority setting in health care: an interview survey in one practice. *British Medical Journal*, **311**, 1995.

Donabedian, A, K., “Commentary on some studies of the quality of care”, *Health Care Financing Review* (annual supplement) 1987.

Donabedian, A., «Criteria, Norms and Standards of Quality: What Do They Mean?» *American Journal of Public Health*, **71**(4), 1981

Drain, M., Clark, A. P., «Measuring Experience from the Patient's Perspective: Implications for National Initiatives». *JHQ Online*, 26(4), 2004

Famara, A., S., «Are patient satisfaction surveys tools for quality improvement or mere symbolism? The case of Østfold Hospital Trust in Norway». Nordiska högskolan för folkhälsovetenskap, Master of Public Health, *MHP* 2006:4, 2006.

Fessel-Gfk, «Your Partner For Innovative Patient Satisfaction Studies». *Patient Satisfaction*.

Fielding, R., Hedley, A., Cheang, J., Lee, A., «Patient's satisfaction is based firmly on their expectations», *BMJ*, 314, 1997

Fitzpatrick, R., «Surveys of patient satisfaction: I – Important general considerations», *BMJ*, 302, 1991

Gaga, M., Papageorgiou, N., Zervas, E., et al., «Control of asthma under specialist care: Is it achieved?», *Chest.*, 128, 2005

Gavin, T. K., Turner, J. M., «Methods of surveying patients' satisfaction», *BMJ*, 314, 1997

Gnardellis, C., Niakas, D., «Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health System». *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3), 2005

Grol, R. et al., «Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison», *British Journal of General Practice*, 50(460), 2000

Guyatt, H. et al., «Measuring patient and relative satisfaction with level or aggressiveness of care and involvement in care decisions in the context of life threatening illness», *Journal of Clinical Epidemiology*, 48(10), 1995

Hendriks, J. A. A., Oort, J. F., Vrielink, R. M., Smets, A. M. E., «Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire», *International Journal for Quality in Health Care*, 14(6), 2002.

Johansson, P., Oleni, M., & Fridlund, B., «Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study», *Scand J Caring Sci*, 16(4) 2002.

Kaplan, S., Greenfield, S., Gandek, B., Rogers, W., Ware, J., «Characteristics of Physicians with Participatory Decision-Making Styles», *Annals of Internal Medicine*, 124(5), 1996

Kravitz, R., «The Physician-Patient Relationship. Measuring Patients' Expectations and Requests», *Annals of Internal Medicine*, 134, 2001

La Monica, L., Oberst, T., Madea, R., Wolf, M., «Development of a patient satisfaction scale», *Research in Nursing and Health*, 9(1), 1986

Larsen, L., Attkisson, C., Hargreaves, A., Nguyen, D., «Assessment of client/patient satisfaction: development of a general scale» *Evaluation and Program Planning*, 2(3), 1979

Linder-Pelz, S., «Toward a theory of patient satisfaction», *Social Science and Medicine*, 16, 1982

Maxwell, J. R., «Quality assessment in health», *BMJ*, 288, 1984.

Medical Outcomes Trust, «Trust Introduces New Translation Criteria», *Medical Outcomes Trust Bulletin*, 5(4), 1997

Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara, V., Lemonidou, C., «Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece», *Journal of Nursing Management*, 7 (2), 1999

Merkouris A, Ifantopoulos J, Lanara V, Lemonidou C, “Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services”, *Journal of Nursing Management*, 7 1999a.

Meterko, M., Rubin, H. R., "Patient judgement of hospital quality: report of a pilot study", *Medical Care*, 1990

Niakas, D., Mylonakis, J., «Choice of physician, private payment and patient satisfaction. Is there any relationship? *International Journal of Healthcare Technology and Management*, 6(3), 2005

Parasuraman, A., Berry, Leonard, L. Zeithaml, Valarie, A., “A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research”, *Journal of Marketing*, 1985

Polyzos, N., Mpartzokas, D., Mylonakis, J., Yfantopoulos, J., Mougia, V., «Factors Affecting Outpatient and Inpatient Hospital Satisfaction», *European Journal of Scientific Research*, 11(2), 2005

Powell, L., «Patient Satisfaction Surveys for Critical Access Hospitals» *An initiative of the National Rural Health Resource Center with partial funding from the Federal Office of Rural Health Policy, Health Resources and Services Administration*, 2001

Quintana, J. M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastian, J. A., de-la-Sierra, E. and Thompson, A., «Predictors of patient satisfaction with hospital health care», *BMC Health Services Research*, 6:102, 2006

Shaw, C., «How can hospital performance be measured and monitored?» *World Health Organization, Health Evidence Network*, 2003

Sitzia, J., Wood, N., «Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies», *International Journal for Quality in Health Care*, 10, 1998

Suchman E. A., «Social patterns of illness and medical care. *Journal of Health and Human Behavior*» 106, 1965.

Takemura, Y., Liu, J., Atsumi, R., Tsuda, T., «Development of a Questionnaire to Evaluate Patient Satisfaction with Medical Encounters», *Tohoku Journal of Experimental Medicine*, 210, 2006

Tzoufi, M., Mantas, Ch., Pappa, S., Kateri, M., Hyphantis, T., Pavlou, M., Mavreas, V., Siamopoulou-Mavridou, A., «The impact of childhood chronic neurological diseases on Greek families» *Child: Care, Health and Development* 31 (1), 2005

Walshe, et al., «New rituals for Old», Oxford, Butterworth-Heinemann 2001.

Ware, E., Snyder, K., Wright, R., Davies, R., «Defining and measuring patient satisfaction with medical care», *Evaluation and Program Planning*, 6, 1983

Wolf, H. et al., «The Medical Interview Satisfaction Scale: development of a scale to measure patient perceptions of physician behavior», *Journal of Behavioral Medicine*, 1(4), 1978

World Health Organization(WHO):*Primary Health Care,Health for all series no 1*
Geneva :WHO 1978,**World Health Organization (WHO):***lobal strategy for health for all*
by the year 2000,Health for all series no 3 GenevaWHO 1991

ΠΗΓΕΣ

Department of Health, *“A First Class Service: Quality in the New NHS”*, Secretary of
State for Health, London 1998.

Harris County Hospital District, «Patient Satisfaction», 2003-2005

Review of Patient Satisfaction Measures, Papers, theories and instruments reviewed in
this study, Commonwealth of Australia, 2006

Healthcare Commission, «Patient Survey Report, Adult Inpatients», *Picker Institute*
Europe, 2004.

ΔΙΑΔΥΚΤΙΟ

www.esne.gr στις 24.09.10

http://www.econ.uoi.gr/metaptixiakies_spoudes/ergasies%20Msc/pdf στις 27.09.10

www.esne.gr στις 27.09.10

www.caregiver.org/caregiver στις 16.10.10

<http://www.ika.gr> στις 16.10.10

<http://www.healthcarecommission.org.uk/homepage.cfm> στις 29.10.10

<http://www.pressganey.com> στις 05.11.10

<http://www.pickerinstitute.org> στις 05.11.10