

**ΑΝΩΤΑΤΟ ΤΕΧΝΟΛΟΓΙΚΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΟ ΙΔΡΥΜΑ  
ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ**

**ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ**

**ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ  
ΥΓΕΙΑΣ & ΠΡΟΝΟΙΑΣ**



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

**« Η ΜΕΤΡΗΣΗ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ  
ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΗΛΕΙΑΣ. ΜΕΛΕΤΗ ΠΕΡΙΠΤΩΣΗΣ ΤΩΝ  
ΓΕΝΙΚΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ ΤΟΥ ΝΟΜΟΥ ΠΥΡΓΟΥ, ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ  
ΚΑΙ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ »**

**ΑΓΓΕΛΟΠΟΥΛΟΥ ΝΙΚΟΛΕΤΤΑ - ΠΑΠΑΔΟΠΟΥΛΟΣ ΠΑΝΑΓΙΩΤΗΣ**

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ : κα. ΑΙΚΑΤΕΡΙΝΗ ΚΑΣΤΑΝΙΩΤΗ  
ΕΠΙΚΟΥΡΗ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΕΠΙΧΕΙΡΗΣΕΩΝ ΣΤΟΝ ΤΟΜΕΑ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ**

**ΚΑΛΑΜΑΤΑ, ΔΕΚΕΜΒΡΙΟΣ 2011**

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

Ευχαριστίες	Σελ. 5
Περίληψη	Σελ. 6
Εισαγωγή	Σελ. 7
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ</b>	<b>Σελ. 8</b>
1.1 Ορισμοί ικανοποίησης ασθενών – Εννοιολογικός ορισμός	Σελ. 8
1.2 Παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών	Σελ. 9
1.2.1 Παράγοντες καθοριστικοί για την ικανοποίηση των ασθενών	Σελ. 12
1.3 Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών	Σελ. 18
1.3.1 Θεωρητικό πλαίσιο ικανοποίησης των ασθενών	Σελ. 23
1.4 Η ικανοποίηση του ασθενή – Συνέπειες ικανοποίησης	Σελ. 23
1.4.1 Οι συνέπειες από τη δυσαρέσκεια ασθενών	Σελ. 24
1.4.2 Όψεις της ικανοποίησης του ασθενή	Σελ. 25
1.4.3 Αξιοποίηση των πληροφοριών για την ικανοποίηση του ασθενή	Σελ. 28
1.4.4 Τρόποι αξιοποίησης των δεδομένων ικανοποίησης του ασθενή	Σελ. 29
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ</b>	<b>Σελ. 32</b>
2.1 Γενικά	Σελ. 32
2.2 Καθορίζοντας την ποιότητα φροντίδας	Σελ. 33
2.3 Ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση	Σελ. 35
2.4 Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας	Σελ. 37
2.4.1 Σύστημα υπηρεσιών υγείας – Παρεχόμενες υπηρεσίες	Σελ. 38
2.5 Η αντίληψη του ασθενή για την ποιότητα	Σελ. 40
2.6 Κρίσεις του ασθενή σχετικά με την ποιότητα των νοσοκομείων	Σελ. 41
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ « ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ »</b>	<b>Σελ. 44</b>
3.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Πύργου « Ανδρέας Παπανδρέου »	Σελ. 44
3.1.1 Ιστορική αναδρομή	Σελ. 44
3.1.2 Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου	Σελ. 45
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ</b>	<b>Σελ. 51</b>
4.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας	Σελ. 51
4.2 Ιστορική αναδρομή	Σελ. 51
4.3 Σκοπός του Γενικού Νοσοκομείου Αμαλιάδας	Σελ. 52
4.4 Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Αμαλιάδας	Σελ. 53
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ</b>	<b>Σελ. 58</b>
5.1 Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κρεστένων	Σελ. 58
5.1.1 Ιστορική Αναδρομή	Σελ. 58
5.2 Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου – Κ.Υ. Κρεστένων	Σελ. 59
5.3 Υλικό – Μέθοδος της έρευνας	Σελ. 62
5.3.1 Σκοπός της έρευνας	Σελ. 62
5.3.2 Μεθοδολογία και όργανο μέτρησης	Σελ. 62
5.3.3 Συλλογή δεδομένων	Σελ. 63
5.3.4 Κριτήρια επιλογής δείγματος	Σελ. 64

5.3.5	Ανάλυση οργάνου μέτρησης	Σελ. 65
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ</b>		Σελ. 67
6.1	Ανάλυση ερωτηματολογίου – Νοσοκομείο Πύργου	Σελ. 67
6.2	Δημογραφικά στοιχεία ασθενών	Σελ. 78
6.3	Ανάλυση ερωτηματολογίου – Νοσοκομείο Αμαλιάδας	Σελ. 81
6.4	Δημογραφικά στοιχεία ασθενών	Σελ. 92
6.5	Σύγκριση αποτελεσμάτων έρευνας των Γ.Ν.Ν. Πύργου – Γ.Ν. Αμαλιάδας	Σελ. 95
6.6	Συμπεράσματα έρευνας	Σελ. 105
6.7	Νοσοκομείο Κρεστένων	Σελ. 105
6.7.1	Μεταφορά της δραστηριότητας του Γ.Ν. – Κ.Υ. Κρεστένων στο Γ.Ν.Ν. Πύργου	Σελ. 106
6.7.2	Προτάσεις για τη συγχώνευση των Νοσοκομείων	Σελ. 107
<b>ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ</b>		Σελ. 109
	Ξενόγλωσση	Σελ. 109
	Ελληνόγλωσση	Σελ. 113
<b>ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ</b>		Σελ. 114
	ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ : Μέτρησης ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών των Γενικών Νοσοκομείων Πύργου, Αμαλιάδας και Κρεστένων	Σελ. 114

## **ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΓΡΑΦΗΜΑΤΩΝ – ΠΙΝΑΚΩΝ & ΣΧΗΜΑΤΩΝ**

### **ΓΡΑΦΗΜΑΤΑ**

6.2.1	: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με την ηλικία των ασθενών – Νοσοκομείο Πύργου	Σελ. 78
6.2.2	: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών – Νοσοκομείο Πύργου	Σελ. 79
6.2.3	: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με την κατάσταση υγείας των ασθενών μετά την έξοδο τους – Νοσοκομείο Πύργου	Σελ. 80
6.4.1	: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με την ηλικία των ασθενών – Νοσοκομείο Αμαλιάδας	Σελ. 92
6.4.2	: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών – Νοσοκομείο Αμαλιάδας	Σελ. 93
6.4.3	: Αριθμητική και ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με την κατάσταση υγείας των ασθενών μετά την έξοδο τους – Νοσοκομείο Αμαλιάδας	Σελ. 94

### **ΠΙΝΑΚΕΣ**

1.3.1	: Θεωρητικό πλαίσιο μέτρησης ικανοποίησης ασθενών	Σελ. 23
6.1.1	: Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο ανά φύλο	Σελ. 67
6.1.2	: Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ανεπαρκή πληροφόρηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	Σελ. 68
6.1.3	: Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την οργανωμένη φροντίδα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	Σελ. 68
6.1.4	: Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το χρόνο	Σελ. 69

	αναμονής για εισαγωγή κατόπιν ραντεβού	
<b>6.1.5 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των ασθενών σχετικά με την προγραμματισμένη εισαγωγή	<b>Σελ. 70</b>
<b>6.1.6 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το χρόνο αναμονής για κρεβάτι	<b>Σελ. 71</b>
<b>6.1.7 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την άφιξη στο νοσοκομείο	<b>Σελ. 71</b>
<b>6.1.8 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού	<b>Σελ. 72</b>
<b>6.1.9 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	<b>Σελ. 73</b>
<b>6.1.10:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων που αφορούν το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου	<b>Σελ. 74</b>
<b>6.1.11:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το παρεχόμενο φαγητό	<b>Σελ. 75</b>
<b>6.1.12:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το εσωτερικό περιβάλλον	<b>Σελ. 75</b>
<b>6.1.13:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την οργάνωση στο νοσοκομείο	<b>Σελ. 76</b>
<b>6.1.14:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση κατά την έξοδο	<b>Σελ. 77</b>
<b>6.1.15:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών κατά την παραμονή	<b>Σελ. 78</b>
<b>6.3.1 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο ανά φύλο	<b>Σελ. 81</b>
<b>6.3.2 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ανεπαρκή πληροφόρηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	<b>Σελ. 82</b>
<b>6.3.3 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την οργανωμένη φροντίδα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	<b>Σελ. 82</b>
<b>6.3.4 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το χρόνο αναμονής για εισαγωγή κατόπιν ραντεβού	<b>Σελ. 83</b>
<b>6.3.5 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των ασθενών σχετικά με την προγραμματισμένη εισαγωγή	<b>Σελ. 84</b>
<b>6.3.6 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το χρόνο αναμονής για κρεβάτι	<b>Σελ. 85</b>
<b>6.3.7 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την άφιξη στο νοσοκομείο	<b>Σελ. 85</b>
<b>6.3.8 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού	<b>Σελ. 86</b>
<b>6.3.9 :</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	<b>Σελ. 87</b>
<b>6.3.10:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων που αφορούν το υπόλοιπο προσωπικό του Νοσοκομείου	<b>Σελ. 88</b>
<b>6.3.11:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το παρεχόμενο φαγητό	<b>Σελ. 89</b>
<b>6.3.12:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το εσωτερικό περιβάλλον	<b>Σελ. 89</b>

<b>6.3.13:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την οργάνωση στο Νοσοκομείο	<b>Σελ. 90</b>
<b>6.3.14:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση κατά την έξοδο	<b>Σελ. 91</b>
<b>6.3.15:</b>	Αριθμητική και Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών κατά την παραμονή	<b>Σελ. 92</b>
<b>6.5.1 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Υποδοχή ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών	<b>Σελ. 95</b>
<b>6.5.2 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Χρόνος αναμονής για εισαγωγή με ραντεβού	<b>Σελ. 96</b>
<b>6.5.3 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Χρόνος αναμονής για εισαγωγή σε θάλαμο	<b>Σελ. 97</b>
<b>6.5.4 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Άφιξη ασθενών στα Νοσοκομεία	<b>Σελ. 97</b>
<b>6.5.5 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Νοσηλευτικό προσωπικό	<b>Σελ. 98</b>
<b>6.5.6 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Ιατρικό προσωπικό	<b>Σελ. 100</b>
<b>6.5.7 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Επάρκεια προσωπικού	<b>Σελ. 101</b>
<b>6.5.8 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Ταχύτητα εξυπηρέτησης ασθενών	<b>Σελ. 102</b>
<b>6.5.9 :</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Εσωτερικό περιβάλλον Νοσοκομείων	<b>Σελ. 103</b>
<b>6.5.10:</b>	Σύγκριση Νοσοκομείων, Συνολική ικανοποίηση ασθενών	<b>Σελ. 104</b>

## **ΣΧΗΜΑΤΑ**

<b>2.3.1 :</b>	Πυραμίδα ικανοποίησης που οικοδομεί την άντληση ποιότητας	<b>Σελ. 35</b>
<b>2.4.1 :</b>	Σύστημα Υπηρεσιών Υγείας – Παρεχόμενες Υπηρεσίες	<b>Σελ. 38</b>

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας θα θέλαμε να εκφράσουμε τις ευχαριστίες μας σε όλους όσους συνέβαλλαν για την συγγραφή της. Ιδιαίτερα ευχαριστούμε την κα. **Σιουρούνη Ελένη**, Καθηγήτρια Εφαρμογών του τμήματος Διοίκησης Μονάδων Υγείας & Πρόνοιας του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας, και υπεύθυνη καθηγήτρια της πτυχιακής εργασίας, για την εμπιστοσύνη που έδειξε σε εμάς με την ανάθεση του παρόντος θέματος. Η καθοδήγηση και το ενδιαφέρον της είχε καταλυτικό ρόλο στην πορεία διεξαγωγής και ολοκλήρωσης του συγκεκριμένου έργου, καθώς κατά τη διάρκεια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας, μας προσέφερε ανεκτίμητες συμβουλές με μεθοδολογικές υποδείξεις και παρεμβάσεις σχετικά με τη δομή, το περιεχόμενο, τα τεχνικά χαρακτηριστικά και την παρουσίαση της πτυχιακής.

Επίσης, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τον κ. Μαυριδόγλου Γεώργιο Καθηγητή Εφαρμογών του Α.Τ.Ε.Ι. Καλαμάτας για τις συμβουλές και τις προτάσεις του, ως προς την ανάλυση και το σχολιασμό των αποτελεσμάτων.

Ευχαριστούμε, επίσης τους Διοικητές των νοσοκομείων Αμαλιάδας, κα. Παπαθεοχάρη Μαρία και Κρεστένων, κο. Μπουγά Κωνσταντίνο για τη θετική τους ανταπόκριση σχετικά με την πραγματοποίηση του ερευνητικού τμήματος της πτυχιακής εργασίας, στους χώρους των νοσοκομείων.

Επίσης τους νοσηλευόμενους ασθενείς που έλαβαν μέρος στο ερευνητικό τμήμα και συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια.

Ένα μεγάλο ευχαριστώ στις οικογένειες μας για την αμέριστη στήριξη και συμπαράσταση που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια έως και την ολοκλήρωση της πτυχιακής μας εργασίας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

**Σκοπός :** Η παρούσα πτυχιακή εργασία είχε ως βασικό άξονα τη μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών, από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στα τρία Νοσοκομεία της Ηλείας. Μελετήθηκαν οι περιπτώσεις των Γενικών Νοσοκομείων του Νομού, Πύργου, Αμαλιάδας και Κρεστένων. Στόχος η διερεύνηση σχετικά με το πώς το εσωτερικό περιβάλλον του κάθε Νοσοκομείου, μαζί με άλλες παραμέτρους, επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών.

**Υλικό και μεθοδολογία :** Στην εργασία χρησιμοποιήθηκε το « Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Νοσηλευθέντων Ασθενών » ( Αλετράς και συν. 2008), το οποίο συμπληρώθηκε από 190 ασθενείς. Οι 130 από το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πύργου και οι 60 από το Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας. Περιλαμβάνει ερωτήσεις κρίσιμες και ουσιώδεις από τις οποίες προκύπτουν χρήσιμα συμπεράσματα που αφορούν στην ικανοποίηση ή μη των νοσηλευθέντων ασθενών. Οι ερωτήσεις είναι τύπου Likert σε πεντάβαθμη κλίμακα έντασης.

**Αποτελέσματα :** Η καταχώρηση και η επεξεργασία των αποτελεσμάτων της έρευνας έγιναν με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2003. Όπως προέκυψε οι ασθενείς του Γ.Ν.Ν. Πύργου και του Γ.Ν. Αμαλιάδας έμειναν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που τους παρείχαν τα δύο Νοσοκομεία. Αναφορικά η συνολική ικανοποίηση στο Νοσοκομείο Πύργου άγγιξε το 90% και στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας το 96%. Το ποσοστό των ατόμων που έμεινε ουδέτερο και διαφώνησε ως προς την ύπαρξη ικανοποίησης κυμάνθηκε σε πολύ χαμηλά επίπεδα. Συγκεκριμένα για το Νοσοκομείο Πύργου ουδέτερο υπήρξε το 5% και διαφωνία εκφράστηκε από το 6% του δείγματος. Για το Νοσοκομείο Αμαλιάδας το ποσοστό στις δύο αυτές κατηγορίες κυμάνθηκε στο 2% αντίστοιχα.

**Συμπεράσματα :** Η ικανοποίηση των νοσηλευόμενων ασθενών σχετίζεται άμεσα με το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου. Ο τρόπος συμπεριφοράς του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού είναι ένας ακόμα σημαντικός παράγοντας διαμόρφωσης της ικανοποίησης των ασθενών. Η ικανοποίηση είναι έννοια αλληλένδετη με την ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας. Η δυσαρέσκεια των ασθενών σηματοδοτεί την απουσία ποιότητας στις υπηρεσίες που παρέχονται από το εκάστοτε νοσοκομείο. Ένα νοσοκομείο και κατ' επέκταση ένα σύστημα υγείας έχουν αγγίξει το στόχο τους, μόνο όταν στους ασθενείς αποτυπώνεται η ικανοποίηση από τις υπηρεσίες που έλαβαν. Αν και η μελέτη υπέδειξε τομείς που χρήζουν βελτίωσης η γενική εικόνα είναι ιδιαίτερα θετική και για τα δύο Νοσοκομεία.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η παρούσα πτυχιακή εργασία με θέμα « Η μέτρηση της ικανοποίησης των νοσηλευόμενων ασθενών του Νομού Ηλείας. Μελέτη περίπτωσης των Γενικών Νοσοκομείων του Νομού, Πύργου, Αμαλιάδας και Κρεστένων » είχε στόχο της να καταγράψει την ικανοποίηση των ασθενών που νοσηλεύτηκαν στα συγκεκριμένα Νοσοκομεία. Επιπρόσθετα να παρουσιάσει τα αδύναμα σημεία των ιδρυμάτων και τους τομείς στους οποίους υστερούν και χρήζουν βελτίωσης.

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και τα θετικά ή αρνητικά αποτελέσματα αυτής καταγράφει την ύπαρξη ή την έλλειψη ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, που παρέχονται στους νοσηλευόμενους. Άλλωστε οι έρευνες για τις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες τα τελευταία χρόνια αυξάνονται διαρκώς, που παρέχονται από τα νοσοκομεία της χώρας μας βασίζονται στη μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών, αποδεικνύοντας κατ' αυτόν τον τρόπο τη ιδιαίτερη σημασία της.

Το πρώτο κεφάλαιο της πτυχιακής αναφέρεται στην ικανοποίηση των ασθενών. Παρατίθενται ορισμοί που έχουν δοθεί για την προσέγγιση της έννοιας της ικανοποίησης, και γίνεται αναφορά στους παράγοντες που μεγιστοποίησαν το ενδιαφέρον, με την πάροδο των ετών, για την ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης αναφέρεται η χρησιμότητα μέτρησης, οι όψεις και οι συνέπειες της ικανοποίησης.

Το δεύτερο κεφάλαιο προσεγγίζει την ικανοποίηση ως δείκτη ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Παρατηρείται πως σχετίζεται η ικανοποίηση με την ποιότητα, και πως οι ασθενείς αντιλαμβάνονται και κρίνουν την ποιότητα.

Στο τρίτο κεφάλαιο γίνεται παρουσίαση του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου « Ανδρέας Παπανδρέου ». Πραγματοποιείται σύντομη αναδρομή στην ιστορία του Νοσοκομείου, αναφέρεται ο σκοπός λειτουργίας του και αποτυπώνεται το Οργανόγραμμα του Οργανισμού.

Στο τέταρτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας, η ιστορική αναδρομή και το Οργανόγραμμα του Νοσοκομείου.

Στο πέμπτο κεφάλαιο παρουσιάζεται το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κρεστένων. Επιπρόσθετα αναλύεται το υλικό που χρησιμοποιήθηκε και η μεθοδολογία που υιοθετήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας.

Στο έκτο κεφάλαιο πραγματοποιείται η ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας που προέκυψαν από τις απαντήσεις του έδωσε το δείγμα των ασθενών. Επίσης η στατιστική ανάλυση και η επεξεργασία των δεδομένων. Σχολιάζονται τα αποτελέσματα και καταγράφονται τα συμπεράσματα που προκύπτουν από αυτά.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 : Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### 1.1 Ορισμοί Ικανοποίησης ασθενών – Εννοιολογικός Προσδιορισμός

Ενώ η κοινή λογική θα περίμενε πως η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας θα αποτελούσε μια έννοια που θα μπορούσε εύκολα να γίνει αντιληπτή, εντούτοις η διερεύνηση δεν έχει εξαπλωθεί όσο θα έπρεπε (**Bond & Thomas, 1992**) και δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός.

Σύμφωνα με τους **Wriglesworth & Williams (1971)** το κάθε άτομο αντιλαμβάνεται διαφορετικά τον όρο ικανοποίηση, όπως π.χ. ευχαρίστηση, ευτυχία, εμπιστοσύνη και για το λόγο αυτό οποιαδήποτε προσπάθεια αξιολόγησης είναι υποκειμενική.

Στην πρώτη προσπάθεια έρευνας που έγινε, η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε με βάση τις αντιλαμβανόμενες από τους ασθενείς παραλείψεις στη φροντίδα (**Ablellah & Levine, 1975 7a**)

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών, εμπειρίας και προσδοκιών από την φροντίδα υγείας κατά τον **Smith (1992)**.

Σύμφωνα με τον **Guzman** και τους συνεργάτες του (1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει εν μέρει τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν, καθώς και την συμμόρφωση τους με τη θεραπευτική αγωγή.

Ο **Donabedian (1980)**, υποστήριξε πως η ικανοποίηση του ασθενή είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις αξίες και τις προσδοκίες του ασθενή. Η ικανοποίηση σύμφωνα πάντα με τον ίδιο ερευνητή, είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον απόλυτο (τεχνικό) και τον κοινωνικό ορισμό.

Σύμφωνα με τον **Petersen (1988)** η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη την καταλληλότητα ή τα αποτελέσματα της φροντίδας.

Ο **Pascoe (1983)** όρισε την ικανοποίηση των ασθενών ως μια γενική αντίδραση του αποδέκτη της φροντίδας υγείας σε σημαντικές περιοχές της δομής, των διαδικασιών και των αποτελεσμάτων της εμπειρίας του από τις υπηρεσίες υγείας. Όσον αφορά την αντίδραση αυτή είναι εσωτερική, μοναδική και εκδηλώνεται με παρατηρήσιμες μεταβολές στη συμπεριφορά των ασθενών.

Σχετικά με το Νοσηλευτικό χώρο, ο πιο διαδεδομένος ορισμός είναι της **Risser (1975)**, η οποία υποστηρίζει ότι 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 αντίληψης τους για την φροντίδα που πραγματικά προσφέρεται.

Σύμφωνα με την **Linder – Pelz** (1982a), η ικανοποίηση των ασθενών είναι στάση η οποία αναφέρεται κύρια στο συναισθηματικό χώρο και επηρεάζεται από τις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς και την αξιολόγηση των υπηρεσιών την οποία κάνουν.

Κατά τον **Robbins** (1993), στάση είναι η αξιολόγηση (θετική ή αρνητική) γεγονότων, αντικειμένων ή ανθρώπων και συμπεριλαμβάνει τρία στοιχεία την συμπεριφορά, το συναίσθημα και το γνωσιακό σε αντιδιαστολή με την αντίληψη, που αναφέρεται στη διαδικασία οργάνωσης και ερμηνείας των εξωτερικών ερεθισμάτων με στόχο να δοθεί νόημα στο περιβάλλον και η οποία είναι δυνατόν να επηρεαστεί από τις στάσεις του κάθε ατόμου.

Από τους ορισμούς που παρατέθηκαν δεν προκύπτει συμφωνία αν η ικανοποίηση του ασθενή από τις υπηρεσίες είναι αντίληψη, στάση ή απλά μια άποψη για τη φροντίδα υγείας.

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

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

## **1.2 Παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών**

Είναι πολλοί οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών όσον αφορά την φροντίδα υγείας που λαμβάνουν. Κατά τον Vuori

(1987) [19], στην αύξηση του ενδιαφέροντος καταλυτικό ρόλο διαδραμάτισαν δυο φιλοσοφικές αλλαγές.

Αρχικά, η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας, η οποία εκφράζεται από την αρχή « να κάνεις το περισσότερο καλό για το μεγαλύτερο δυνατό αριθμό ατόμων »

Δεύτερον, η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε ένα περισσότερο εμπειρικό ορισμό που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά και όχι αντικειμενικά ευρήματα. Σημαντική συνεισφορά σε αυτή την δεύτερη μετάβαση του Vuori, είχε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 1981), από τον οποίο η υγεία ορίζεται ως μια κατάσταση τέλειας ψυχικής, πνευματικής και κοινωνικής ευημερίας.

Το συνεχώς αυξανόμενο κόστος των υπηρεσιών υγείας καθώς και η ανάγκη για όσο το δυνατόν καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων απασχολεί όλα τα σύγχρονα ανεπτυγμένα κράτη. Οπότε είναι λογική η ανάγκη για μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας υγείας που λαμβάνουν οι ασθενείς, για να κριθεί σωστή ή όχι η αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Ο **Furse** και οι συνεργάτες του (1994), πρότειναν ένα θεωρητικό πλαίσιο για την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των υγειονομικών υπηρεσιών, το οποίο περιλαμβάνει τα κλινικά αποτελέσματα, την διαχείριση των οικονομικών πόρων και την αντιλαμβανόμενη ποιότητα των υπηρεσιών από τους ασθενείς.

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

Από την άλλη, το καταναλωτικό κλίμα της εποχής μας έχει οδηγήσει σε ένα έντονο ανταγωνισμό και στην απαίτηση του καταναλωτή για μεγαλύτερη υπευθυνότητα όλων εκείνων που προσφέρουν υπηρεσίες (**Guzman et al**, 1988). Πλέον η στάση των καταναλωτών έχει αλλάξει δραματικά με την μετάβαση από ένα παθητικό ρόλο σε ένα πιο ενεργητικό. Οι υπηρεσίες υγείας δεν θα μπορούσαν να αποτελούν εξαίρεση, επομένως στις μέρες μας οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας έχουν υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης, είναι καλύτερα πληροφορημένοι και πιο κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται (**Peters**, 1993). Όλο και περισσότεροι ασθενείς επιζητούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας και στη λήψη αποφάσεων για να γνωρίζουν τι τους συμβαίνει και να κατανοούν τη διάγνωση (**Miller-Bader**, 1988). Επομένως η ποιότητα της φροντίδας στο νοσοκομείο δεν

μπορεί να ιδωθεί μέσα από τους ορισμούς της ποιότητας που καθορίζονται μόνο από τους λειτουργούς υγείας (**Strasen, 1988**).

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

Όμως η παροχή υπηρεσιών έχει κάποια ιδιαίτερα χαρακτηριστικά έναντι των βιομηχανικών προϊόντων όπως η άυλη φύση και ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος, παράγοντες οι οποίοι συντελούν στην δημιουργία μιας στενότερης σχέσης μεταξύ εκείνου που προσφέρει τις υπηρεσίες και του καταναλωτή, καθιστώντας δυσκολότερη τη διόρθωση των λαθών (**Barbacus & Mangold 1992, Θεοφανόπουλος 1994**). Οι διαφορές αυτές καθιστούν επιτακτική την ανάγκη για συμμετοχή των ασθενών στο σχεδιασμό, στην οργάνωση και στη λήψη αποφάσεων για την παροχή υπηρεσιών που αφορούν άμεσα την υγεία τους.

Επίσης ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας είναι η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας που έχει αλλάξει δραματικά τα τελευταία χρόνια, με συνέπεια, όχι μόνο την αύξηση του κόστους, αλλά και τη δυνατότητα πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών παρεμβάσεων. Παρά το γεγονός όμως πως σήμερα οι ασθενείς δέχονται περισσότερο πολύπλοκες θεραπευτικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες υγείας, εξακολουθούν να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας (**Meterko et al, 1990**). Επομένως είναι αναγκαία η συνεχής μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη (**Joy & Malay, 1992**) και ο καλύτερος συντονισμός όλων όσων συμμετέχουν στην φροντίδα του ασθενούς (**Meterko et al, 1990**). Επιπρόσθετα δημιουργούνται πολλά ερωτήματα για την επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή. Ο καλύτερος τρόπος για να βρεθεί μια απάντηση σε αυτά τα ερωτήματα είναι να ερωτηθεί ο ίδιος ο ασθενής και αυτό, γιατί μπορεί να δώσει πληροφορίες που δεν περιλαμβάνονται στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο, για τις οποίες είναι ο πιο αξιόπιστος κριτής (**Donabedian, 1982**).

Το συμπέρασμα που προκύπτει είναι ότι, η μετάβαση της κοινωνίας μας από τον ατομικισμό στην έννοια της κοινωνικής ευημερίας και από το βιολογικό ορισμό της νόσου στο διευρυμένο ορισμό της υγείας, το κλίμα του καταναλωτισμού και του ανταγωνισμού, οι περιορισμένοι

οικονομικοί πόροι, η αύξηση των αναγκών και απαιτήσεων του πληθυσμού και τέλος η τεχνολογία και η οργάνωση των συστημάτων φροντίδας δείχνουν πόσο αναγκαίο και απαραίτητο είναι οι υπηρεσίες υγείας είναι να προσαρμοστούν στις νέες αυτές συνθήκες.

### **1.2.1 Καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης των ασθενών**

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

Ο Fishbein και Ajzen επανεξετάζοντας τις θεωρίες συμπεριφοράς ανακάλυψαν πως εκείνο που δίνει την καλύτερη εξήγηση για τις σχέσεις ανάμεσα στα πιστεύω και τις στάσεις συμπεριφοράς είναι οι θεωρίες της « προσδοκώμενης αξίας ». Οι προσδοκίες είναι το πιστεύω ότι μια δεδομένη απάντηση θα συνοδεύεται από κάποιο γεγονός. Ένα γεγονός έχει είτε ένα θετικό είτε ένα αρνητικό σθένος ή συναίσθημα. Γι' αυτό ακριβώς το λόγο σύμφωνα με τα μοντέλα προσδοκώμενης αξίας, οι καθοριστικοί παράγοντες μιας συμπεριφοράς είναι τα πιστεύω και οι σχετικές εκτιμήσεις.

*" Η συμπεριφορά ενός ατόμου προς ένα αντικείμενο έχει σχέση με τις πεποιθήσεις του, ότι το αντικείμενο έχει κάποια χαρακτηριστικά γνωρίσματα, και με τις εκτιμήσεις του για τα χαρακτηριστικά αυτά γνωρίσματα " (Fishbein & Ajzen, 1975)*

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

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

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

$$\text{Συμπεριφορά} = \sum_{i=1} \Pi_i * E_i$$

Όπου

$\Sigma$	=	Άθροισμα
$\Pi$	=	Πεποίθηση
$E$	=	Εκτίμηση
$i$	=	Συχνότητα εμφάνισης

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

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

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

Σε δύο από τις μελέτες του δικού του χώρου ο Ware κατασκεύασε κλίμακες για να υπολογίσει τα πιστεύω και τις εκτιμήσεις.. Χρησιμοποιώντας τον προηγούμενο τύπο, απέδειξε ότι τα  $\Pi * E$  κριτήρια συνοδεύονταν σε σημαντικό βαθμό με άμεσα κριτήρια της ικανοποίησης υποστηρίζοντας έτσι τη θεωρία του Fishbein και Ajzen.

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

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

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

Εκτός από το έργο των κοινωνικών ψυχολόγων στην έρευνα της συμπεριφοράς γενικά και στην έρευνα σχετικά με την ικανοποίηση ειδικά, υπάρχουν και άλλες κοινωνικο-επιστημονικές διατυπώσεις της γενικής αντίληψης ότι η ικανοποίηση είναι μια λειτουργία αντιλήψεων-πεποιθήσεων και προσδοκιών ειδικότερα.

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

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

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

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

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

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

*"Η σχετική στέρηση σαν μία κοινωνική κατάσταση αναφέρεται αποκλειστικά στο γεγονός ότι μια κοινωνική ομάδα σε σύγκριση με κάποια άλλη έχει 'περισσότερο' από μία μεταβλητές, για παράδειγμα: εισόδημα, κύρος, ασφάλεια, σεβασμό. Εφόσον θεωρείται ότι η στέρηση αναφέρεται σε καταστάσεις που ορίζονται ότι είναι επιθυμητές από τους σχετικούς κοινωνικούς δράστες, η σχετική στέρηση είναι δυνατόν να εκτιμηθεί από αποδεκτούς κανόνες επιθυμίας... Τώρα, εφόσον τόσο οι επιθυμίες όσο και οι προσδοκίες επηρεάζονται από τις κοινωνικές συγκρίσεις η 'σχετική στέρηση' θα μπορούσε απλώς να οριστεί ως η κατάσταση κατά την οποία κάποιος λαμβάνει λιγότερα απ' αυτά που ελπίζει ότι θα πάρει. Όμως αυτή η ενδοπροσωπική σύγκριση μπορεί να διαφέρει ξεκάθαρα, σε σημαντικά σημεία από τη σύγκριση μεταξύ κοινωνικών ομάδων που υποδηλώνονται από τη συνηθισμένη χρήση του όρου 'σχετική στέρηση' " (Williams, 1975) .*

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

*"Η κοινωνική κατάσταση της σχετικής στέρησης, απορρέει από διαπροσωπικές συγκρίσεις παρά από ενδοπροσωπικές συγκρίσεις. Δεν αναφέρεται σε βαθμούς προσδοκιών ή επιθυμιών εκτός κι*



*αν έχουν σχέση με συγκρίσεις ανάμεσα σε κοινωνικές ομάδες. Σαν αποτέλεσμα της λειτουργίας της κοινωνίας, η σχετική στέρηση είναι μια κατά γενική ομολογία καθορισμένη κατάσταση και όχι απλώς μια υποκειμενική συναισθηματική - κατάσταση ενός ατόμου. Οι συγκρίσεις που έχουν σαν αποτέλεσμα συναισθήματα σχετικής στέρησης, με άλλα λόγια, είναι βεβαιασμένες συγκρίσεις μεταξύ συγκεκριμένων κοινωνικών ομάδων ή κατηγοριών" .(Williams, 1975).*

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

Η θεωρία του **Fenstiger** (1954), για τις διαδικασίες της κοινωνικής σύγκρισης εξηγεί τους τρόπους με τους οποίους οι κοινωνικές συγκρίσεις επηρεάζουν τη διαμόρφωση και εκτίμηση των απόψεων. Οι άνθρωποι εξακριβώνουν εάν έχουν σωστή άποψη ή όχι και εκτιμούν τις ικανότητες τους, συγκρίνοντας τον ίδιο τον εαυτό τους με άλλους ανθρώπους. Η προφορική επικοινωνία από άλλους θεωρείται σαν το κλειδί που καθορίζει τις στάσεις συμπεριφοράς και ως εκ τούτου τις διαδικασίες της κοινωνικής επιρροής, που συγγενεύουν με τις διαδικασίες της κοινωνικής σύγκρισης του Fenstiger (1954). Και οι δύο θεωρίες με τη σειρά τους συνδέονται στενά με την έννοια των συνόλων αναφοράς (**Merton** 1968, **Kelley** 1952), ειδικότερα με τη συγκριτική λειτουργία των συνόλων αναφοράς (**Parsons and Shils** 1951). Οι Parsons και Shils (1951), εξηγούν με παρόμοιο τρόπο τις βάσεις συγκρίσεως των εκτιμήσεων. Οι άνθρωποι κρίνουν αντικειμενικά γεγονότα σύμφωνα με τα "πρότυπα ηθικής" τους π.χ. τις αξίες τους. Το σύστημα-αξίας κάθε ατόμου είναι μια σειρά "πρότυπων ιδεών" ή "πρότυπων ηθικών αξιών" που μεταδίδεται με τον πολιτισμό.

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

Εν μέρει, με βάση το έργο του Lewin σχετικά με τα επίπεδα (βαθμούς) επιθυμίας (**Lewin et al.** 1984), το έργο του Merton (1968) για τις ομάδες αναφοράς και τη διάκριση του Kelley

(1952) των συγκριτικών και αξιολογικών ομάδων, οι Thibault και Kelley (1959) πρότειναν ότι:

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

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

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

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

Το μοντέλο του έδειξε (α) ότι η ικανοποίηση συνδέεται με μεταβλητές της αντίληψης, δηλαδή, δικαιώματα, γοητεία και εναλλακτικές λύσεις, (β) ότι οι κατατάξεις ενός ατόμου πάνω σ' αυτές τις μεταβλητές είναι λειτουργίες των διαδικασιών της "κοινωνικής επιρροής" και εξαιτίας αυτού (γ) η ικανοποίηση είναι ένα αποτέλεσμα συγκριτικών εκτιμήσεων, είτε με σαφήνεια είτε με υπονοούμενα. Το σημαντικότερο είναι ότι ο Thibault και Kelley έδειξαν την σπουδαιότητα του να μελετώνται τα κριτήρια ή οι κλίμακες που οι άνθρωποι χρησιμοποιούν για να κάνουν εκτιμήσεις.

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

### 1.3 Χρησιμότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερα σημαντικό εργαλείο έρευνας και είναι η κύρια μέθοδος αξιολόγησης για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών του υγειονομικού συστήματος (OTA, 1998).

Είναι ηθική και νομική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Johansson et al. 2002, Elder et al. 2004, Leschinger et al. 2005).

Ως απόρροια αυτού οι έρευνες που αφορούν στην ικανοποίηση των ασθενών αυξάνονται διαρκώς, προκειμένου να επισημανθούν και να διορθωθούν οι όποιες ατέλειες εντοπίζονται, με απώτερο σκοπό τη βελτίωση του ίδιου του συστήματος. Έχουν την ικανότητα να αναδείξουν τις ανάγκες των ασθενών, τα παράπονα τους από τα νοσοκομειακά ιδρύματα και τις προσδοκίες τους για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Ουσιαστικά θα μπορούσαν να χαρακτηριστούν αναγκαίες και αναπόφευκτες για τη ορθή εξαγωγή συμπερασμάτων.

Οι πρώτες προσπάθειες για να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας ξεκίνησαν το 1956, στην Αμερική στο πεδίο της νοσηλευτικής (Abdellah & Levine 1957,1964).

Οι ασθενείς αποτελούν πολύτιμη και συγχρόνως απαραίτητη πηγή πληροφόρησης, στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 1987). Η ικανοποίηση αυτών είναι ένα μέτρο που αποδεικνύει κατά πόσο αυτοί που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, πέτυχαν να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις προσδοκίες τους. Άλλωστε οι ειδικοί στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας αναγνωρίζουν την ικανοποίηση των ασθενών ως σημαντικό δείκτη ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Strasen 1988, Corey & Seibert, 1993).

Παραδοσιακά οι παροχείς υπηρεσιών υγείας υπέθεταν πως γνώριζαν τις ανάγκες των ασθενών βασιζόμενοι σε επαγγελματικά μέτρα, όπως και στις εκτιμήσεις τους (Miller-Bader, 1988).

Στην Ελλάδα, τα τελευταία χρόνια άρχισαν να δημοσιεύονται έρευνες διερεύνησης της γνώμης των ασθενών για τα νοσοκομεία (Νιάκας και Γναρδέλλης, 2000). Οι έρευνες αυτές αποτελούν οδηγό για τις διοικήσεις των νοσοκομείων.

Οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών στη χώρα μας ήταν αρκετοί. Δύο φιλοσοφικές αλλαγές διαδραμάτισαν καθοριστικό ρόλο:

- i) Η μεγιστοποίηση της κοινωνικής ευημερίας και η
- ii) Μετατροπή του βιολογικού ορισμού της νόσου σε έναν εμπειρικό ορισμό που λαμβάνει υπόψη τις αντικειμενικές εμπειρίες και την αρχή ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως

ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικές ενδείξεις και όχι σε εξωτερικά ευρήματα (Μερκούρης, 1996).

Σύμφωνα με τον **Yucelt**, η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί την επιβεβαίωση ή τη διάψευση των επιδιώξεων σχετικά με την ποιότητα και την απόδοση των υπηρεσιών.

Η μέτρηση της ικανοποίησης αφορά διαφορετικά επίπεδα υγειονομικής περίθαλψης, ενώ ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς εξαρτάται από τρεις παράγοντες, που σχετίζονται με : α) τις προσδοκίες του από την υπηρεσία, β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά του, και γ) την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων.

Κατά την άποψη του **Donabedian**, ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που πιστοποιούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών.

Ο **Brink** (1986), υποστηρίζει ότι ο ασθενής έχει το αναφαίρετο δικαίωμα να εκφράσει ή να αποκρύψει την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που παρέχεται χωρίς να τον διακατέχει κάποιο αίσθημα φόβου. Όταν η άποψη των καταναλωτών για μία ευρεία κλίμακα αγαθών και υπηρεσιών κρίνεται ιδιαίτερα σημαντική και τα αποτελέσματα δημοσιεύονται ώστε να βελτιωθούν τα αγαθά που παράγονται και οι υπηρεσίες που παρέχονται, είναι παράδοξο στο χώρο της υγείας να μην επιζητάται η γνώμη του άμεσα εμπλεκόμενου καταναλωτή, του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας, καθώς μέσα από την προσωπική του εμπειρία δύναται να συμβάλλει στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.

Οι ασθενείς έχουν τη δυνατότητα με τις πληροφορίες που θα δώσουν ,εφόσον αυτές αξιοποιηθούν σωστά, να συμβάλλουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. (**Strasen**, 1988).

Η ικανοποίηση, κατά συνέπεια όσων απολαμβάνουν τις υπηρεσίες υγείας είναι πρωταρχικός σκοπός της υγειονομικής περίθαλψης και όχι ένα απλά μέτρο ποιότητας. (**Linder – Pelz**, 1982). Ειδικότερα προς αυτόν το σκοπό θα συμβάλλει η εκτίμηση της ικανοποίησης των αναγκών όπως οι ίδιοι οι ασθενείς την αντιλαμβάνονται.

Η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός και αποτέλεσμα. Συνεισφέρει κατά συνέπεια και σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα (**Donabedian**, 1980).

Ένας ασθενής που αισθάνεται ικανοποιημένος αναρρώνει ταχύτερα από έναν ασθενή ο οποίος αισθάνεται δυσαρεστημένος από τις υπηρεσίες υγείας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς είναι πιθανότερο να αποδεχτούν την ιατρική περίθαλψη να έχουν ενεργό ρόλο στη θεραπεία τους και να συνεχίσουν να εμπιστεύονται τις υπηρεσίες υγείας. Η ταχύτερη ανάρρωση μειώνει ταυτόχρονα και το χρόνο νοσηλείας των ασθενών στα νοσοκομειακά ιδρύματα.

Άρα η ικανοποίηση των ασθενών δεν αποτελεί προϋπόθεση μόνο για τη θεραπευτική αγωγή αλλά ταυτόχρονα εξισώνεται με την αυτοθεραπεία. (Pascoe, 1983 και Strasen, 1988). Η ταχύτερη ανάρρωση ασθενών ικανοποιημένων οφείλεται στο γεγονός πως είναι έντονο το αίσθημα της εμπιστοσύνης, το οποίο αποδίδεται στην αίσθηση πως με τη συμμετοχή τους στις έρευνες, και την έκφραση των απόψεων τους έχουν ενεργό και ουσιαστικό ρόλο στη βελτίωση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Σύμφωνα με τους **Bond & Thomas** (1992), και **Simpson** (1985), η συμμετοχή των ασθενών σε έρευνες έχει αποδειχθεί ότι μεγιστοποιεί την ικανοποίησή τους, άρα μπορεί να χαρακτηριστεί ως θεραπευτική παρέμβαση καθώς το γεγονός ότι η γνώμη τους είναι σημαντική, τους ενθαρρύνει να έχουν μία ενεργό συμμετοχή αποφεύγοντας την υιοθέτηση μιας παθητικής συμπεριφοράς.

Μεταξύ της ψυχικής κατάστασης των ασθενών και του επιπέδου υγείας τους υπάρχει μία άμεση σχέση (**Ragia**, 1987). Συγκεκριμένα τόνισε πως □ η ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών ενώ ταυτόχρονα η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά είτε άμεσα είτε έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας □.

Οι έρευνες μέτρησης για την ικανοποίηση των ασθενών έχουν ιδιαίτερη σημασία καθώς αποτελούν ένα σημαντικό κίνητρο για την αύξηση της αποδοτικότητας των παραγωγών στον ιδιωτικό τομέα υγείας. (**Evason E.** και **Whittington D.**, 1997).

Στο δημόσιο τομέα οι μελέτες ικανοποίησης αναδεικνύουν την άποψη των ασθενών προκειμένου να χαραχθεί μια ανάλογη πολιτική υπηρεσιών υγείας η οποία θα αντικατοπτρίζει τις ανάγκες τους και θα ανταποκρίνεται στις προσδοκίες τους (**Pollitt E.**, 1989).

Οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν ταυτόχρονα και μία μορφή λογοδοσίας καθώς οι παραγωγοί υπηρεσιών υγείας έχουν κοινωνική ευθύνη και τίθενται υπόλογοι έναντι των ασθενών για τις υπηρεσίες που προσφέρουν. (**Sureshchandar, G. S., Rajendram Ch., Anantharaman R.N.**, 2001).

Η μέτρηση της ικανοποίησης δεν έχει βαρύτητα μόνο για τους ασθενείς. Ιδιαίτερα σημαντική είναι και για τους ίδιους τους οργανισμούς, για τις υγειονομικές μονάδες καθώς παρέχεται μία μοναδική ευκαιρία στη Διοίκηση να αξιολογήσει την αποδοτικότητα του προσωπικού της και κατά συνέπεια να επιβραβεύσει ή να διορθώσει τα αντικίνητρα. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και ωθεί το προσωπικό νοσηλείας να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Σε μία εποχή που οι απαιτήσεις αυξάνουν, το γεγονός πως οι εργαζόμενοι αντιλαμβάνονται πως η προσφορά τους εκτιμάται συντελεί στην ανύψωση του ηθικού και τη βελτίωση της αποδοτικότητας του.

Το προσωπικό νοσηλείας εάν το επιθυμεί έχει τη δυνατότητα να διαμορφώσει ριζικά την άποψη που έχουν οι ασθενείς όσον αφορά τα νοσοκομειακά ιδρύματα και την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. Με αφορμή τη συνεχή παρουσία τους δίπλα στον ασθενή, βρίσκονται σε μία κομβική θέση που μπορεί να επηρεάσει την άποψη των ασθενών ( **Scardina**, 1994) όπως επίσης και να εγγυηθεί σύμφωνα με τον **Taylor** (1970), πως το περιβάλλον των ασθενών όλο το 24ωρο παραμένει θεραπευτικό.

Τα στοιχεία που προκύπτουν για τη στάση και τη συμπεριφορά του εργατικού δυναμικού δίνουν τη δυνατότητα να γίνουν οι απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες. (**Μερκούρης**, 1996).

Το καταναλωτικό κλίμα της σύγχρονης εποχής έχει οδηγήσει στην απαίτηση των καταναλωτών για μεγαλύτερη υπευθυνότητα εκείνων που παρέχουν υπηρεσίες υγείας (**Guzman et al**, 1988). Κατά συνέπεια σε έναν τέτοιο ιδιαίτερο χώρο, όπως είναι της υγείας, που κύριο χαρακτηριστικό του είναι ο τεράστιος ανταγωνισμός, η μέτρηση της ικανοποίησης έχει βαρύνουσα σημασία για όλους όσοι λαμβάνουν μέρος στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας. (**Abramowitz et al**, 1987).

Η δυνατότητα που δίνεται στους ασθενείς προκειμένου να εκφράσουν τα παράπονα και τις επιφυλάξεις τους αποτελεί στην ουσία μία δεύτερη ευκαιρία ώστε τα πράγματα να γίνουν όπως θα έπρεπε πραγματικά να είναι (**Leebov**, 1988).

Οι έρευνες ικανοποίησης παρέχουν στη Διοίκηση πληροφορίες για προβληματικές περιοχές στη φροντίδα υγείας για τις οποίες απαιτούνται άμεσα διορθωτικές παρεμβάσεις. Οι παρεμβάσεις αυτές μπορεί να επιδράσουν θετικά στην υγεία των ασθενών και να οδηγήσουν στη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης τους. (**Μερκούρης**, 1996).

Μέσω των ερευνών ο Οργανισμός Παροχής Υπηρεσιών Υγείας αποκτά ένα σημαντικό πλεονέκτημα έναντι των ανταγωνιστών του καθώς έχει την ευχέρεια :

- να γνωρίζει τις ανάγκες και τις απαιτήσεις των ασθενών,
- να εντοπίζει κενά μεταξύ των απαιτήσεων, των αναγκών και του τι τελικά λαμβάνει ο πελάτης και,
- να θέτει νέους στόχους τόσο για το προσωπικό του όσο και για τους ασθενείς του.

Τα στοιχεία που απορρέουν από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιούνται για την προσέλκυση νέων πελατών στον ιδιωτικό τομέα. Η προσέλκυση πελατών είναι ζωτικής σημασίας για τον ιδιωτικό τομέα και στόχος που επιθυμεί να επιτύχει ο δημόσιος τομέας. Σύμφωνα με μία έρευνα η οποία έλαβε χώρα στην Αμερική ένας ασθενής όταν μένει ικανοποιημένος το αναφέρει σε άλλους τέσσερις και σε ορισμένες περιπτώσεις σε άλλους έντεκα ασθενείς. Όταν όμως δεν έχει ικανοποιηθεί ένας, απαιτείται η ικανοποίηση άλλων τριών προκειμένου να υπάρξει ισορροπία στα αρνητικά σχόλια (**Μερκούρης**, 1996).

Σύμφωνα με τον Donabedian (1980) ένας ασθενής ικανοποιημένος πρόκειται να χρησιμοποιήσει πάλι τις υπηρεσίες υγείας. Η ικανοποίηση και η ποιότητα είναι δύο έννοιες στενά συνυφασμένες. Η μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας μπορεί να συμβάλλει στη βελτίωση και τη συνολική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας.

Η έκφραση της ικανοποίησης των ασθενών είναι βασικό δικαίωμα τους που βασίζεται όχι μόνο στην αρχή της δημοκρατίας αλλά και στο Ιπποκρατικό ιδεώδες (Brink, 1986).

Προκειμένου να εφαρμοστεί ένα συστηματικό πρόγραμμα καταγραφής της ικανοποίησης των ασθενών ο Strasen (1988) προτείνει :

1. κατά την αποχώρηση τους από το νοσοκομείο οι ασθενείς να συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο και τα στοιχεία που προκύπτουν να αξιολογούνται.
2. η ικανοποίηση των ασθενών να συνδεθεί με την απόδοση του προσωπικού και κατά συνέπεια να επιβραβεύονται ή να επισημαίνεται η προσοχή τους.
3. να καταβάλλεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών βασιζόμενη στις απαιτήσεις και τις προσδοκίες από την οπτική γωνία των ασθενών.

Εν κατακλείδι η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη/ν :

- άντληση πληροφοριών ως προς την ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στα νοσοκομειακά ιδρύματα.
- αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.
- βελτίωση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών.
- λήψη διοικητικών αποφάσεων.
- διοίκηση προσωπικού.
- παροχή κινήτρων στο προσωπικό για αύξηση της αποδοτικότητάς τους.
- προσέλκυση πελατών.
- διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.
- στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών .

Στα πλαίσια ενός προγράμματος συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης στο St. Vincent Hospital, Portland, Oregon εφαρμόζεται ένα θεωρητικό μοντέλο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων. Το μοντέλο αυτό περιλαμβάνει τις απαιτούμενες συνθήκες, τους σκοπούς, τα προϊόντα τις παρεμβάσεις για τη διοίκηση, τους ερευνητές, τους επαγγελματίες υγείας και τους ασθενείς (Dull et al., 1994). Το πλαίσιο αυτό παρουσιάζεται στον πίνακα (1.3.1)

**ΠΙΝΑΚΑΣ 1.3.1 Θεωρητικό πλαίσιο ικανοποίησης ασθενών**

	ΔΙΟΙΚΗΣΗ	ΕΡΕΥΝΗΤΕΣ	ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ	ΑΣΘΕΝΕΙΣ
ΚΟΠΟΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Αύξηση πελατών</li> <li>•Δημόσιες σχέσεις</li> <li>•Ικανοποίηση ασθενών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Αυστηρές μέθοδοι</li> <li>•Αύξηση γνώσης</li> <li>•Αξιοπιστία άλλων ερευνών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Αύξηση μισθών</li> <li>•Εξέλιξη προσωπικού</li> <li>•Ικανοποιημένοι ασθενείς</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Βελτίωση παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας</li> <li>•Κοινωνική εξέλιξη</li> </ul>
ΝΑΓΚΑΙΕΣ ΥΝΘΗΚΕΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Κόστος χαμηλό</li> <li>•Αποτελεσματικότητα</li> <li>•Ακρίβεια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ευαισθησία</li> <li>•Αξιοπιστία</li> <li>•Εγκυρότητα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Χρονική ακρίβεια</li> <li>•Πληροφόρηση</li> <li>•Αποτελεσματικότητα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Εύκολη συμπλήρωση</li> <li>•Κατανοητή</li> <li>•Ορθή αξιοποίηση χρόνου</li> </ul>
ΡΟΪΟΝΤΑ	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ερευνητικά σχόλια</li> <li>•Σημαντικά αποτελέσματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Ερευνητικές μέθοδοι</li> <li>•Στατιστικά αποτελέσματα</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Θετικά και αρνητικά σχόλια</li> <li>•Ικανοποίηση από την παροχή υπηρεσιών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο</li> <li>•Αλλαγές στη φροντίδα λόγω έρευνας</li> </ul>
ΑΡΕΜΒΑΣΕΙΣ	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Σχεδιασμός αλλαγών σε επίπεδο οργανισμού</li> <li>•Ανταπόκριση σε ατομικά αρνητικά σχόλια</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Αξιολόγηση υπηρεσιών</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Σχεδιασμός λύσεων</li> <li>•Εφαρμογή</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Διατύπωση απόψεων</li> </ul>

Πηγή : <http://ukpmc.ac.uk/abstract/MED/8000482>

#### 1.4 Η ικανοποίηση του ασθενή - Συνέπειες ικανοποίησης

Η παροχή υψηλής ποιότητας φροντίδα στους ασθενείς αποτελεί διαχρονικό ζητούμενο και επιτείνεται για πολλούς λόγους όπως η συνεχής αύξηση του κόστους των υπηρεσιών υγείας χωρίς ανάλογη βελτίωση των υπηρεσιών, η άνοδος του μορφωτικού επιπέδου των ατόμων και κατ' επέκταση η αυξανόμενη απαίτηση για καλύτερη αντιμετώπιση. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό άλλωστε αναγνωρίζεται ότι η ικανοποίηση των χρηστών υπηρεσιών υγείας δεν είναι απλά μέτρο ποιότητας αλλά ένας από τους σκοπούς της



υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον η επιτυχημένη παροχή υπηρεσιών υγείας θέτει τον ασθενή στο επίκεντρο της οργανωμένης στρατηγικής (**Peterson**).

Σύμφωνα με τους **Bond & Thomas** οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές τους ανάγκες, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντικοί παράγοντες και οι υπηρεσίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες. Όσον αφορά την ικανοποίηση προκύπτουν ορισμένα βασικά ερωτήματα:

- Γιατί στο χώρο της υγείας η ικανοποίηση είναι τόσο σημαντική ώστε η επίτευξη της να αποτελεί βασικό στόχο όλων;
- Ποιες είναι οι συνέπειες που προκαλεί η δυσαρέσκεια των ασθενών - πελατών;
- Είναι εφικτό η δυσαρέσκεια που διαπιστώνεται να μπορεί είτε να προληφθεί είτε και να εξαλειφθεί;

Τα δεδομένα που προκύπτουν από τις απόψεις των συμμετεχόντων στις έρευνες πρέπει να αξιοποιούνται ώστε οι ανάγκες των ασθενών να καλύπτονται και να παρέχονται ποιοτικότερες υπηρεσίες υγείας. Η έννοια της ικανοποίησης είναι εντελώς υποκειμενική και διαφοροποιείται από ασθενή σε ασθενή. Όλοι όμως οι ασθενείς όταν εισέρχονται σε μία νοσοκομειακή μονάδα έχουν κοινή συμπεριφορά καθώς επιθυμούν να εκδηλώσουν τις ανάγκες τους, τις προσδοκίες τους και κατ' επέκταση να εξυπηρετηθούν. Ο βαθμός στον οποίο θα ικανοποιηθούν οι απαιτήσεις τους ή όχι προσυπογράφει την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεια τους.

#### **1.4.1 Οι συνέπειες από τη δυσαρέσκεια ασθενών**

Ένας ασθενής ο οποίος είναι δυσαρεστημένος με τις υπηρεσίες υγείας που του παρείχαν, υπάρχει μεγάλη πιθανότητα όχι μόνο να επιλέξει ένα διαφορετικό φορέα προκειμένου να εξυπηρετηθεί, αλλά και να καταφερθεί με αρνητικούς χαρακτηρισμούς εναντίον του συγκεκριμένου οργανισμού.

Αποτελέσματα από έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί αποδεικνύουν ότι ένας ασθενής ο οποίος υπήρξε αποδέκτης αμφιβόλου ποιότητας υπηρεσιών υγείας θα αναφέρει την εμπειρία του αυτή σε άλλα 9 – 10 άτομα, και επίσης 1 στους 8 δυσαρεστημένους θα επαναλάβει αυτό το γεγονός σε περισσότερα από 20 άτομα (**Παπανικολάου, 1994**). Σύμφωνα με μία άλλη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής (Η.Π.Α.), ένας ασθενής ο οποίος δεν έχει παράπονο για τις υπηρεσίες που του παρείχαν θα μεταφέρει την εμπειρία του σε άλλα 3 - 4 άτομα μόνο και σε σπάνιες περιπτώσεις σε άλλους 11 υποψηφίους πελάτες. Κατά συνέπεια για να υπάρξει εξισορρόπηση από έναν δυσαρεστημένο ασθενή πρέπει να

ικανοποιηθούν τουλάχιστον άλλοι τρεις (Leebov, 1988). Η μη ικανοποίηση ενός ασθενή έχει διττή σημασία καθώς περιλαμβάνει όχι μόνο την απώλεια του πελάτη, αλλά και την ένδειξη πως ο συγκεκριμένος οργανισμός προσφέρει υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας.

#### **1.4.2 Όψεις ικανοποίησης του ασθενή**

Η ικανοποίηση του ασθενή είναι πολυδιάστατη όπως και υποκειμενική καθώς διαφοροποιείται από ασθενή σε ασθενή. Σχετίζεται με τους γιατρούς, τους/τις νοσηλευτές/τριες, το διοικητικό προσωπικό, το θάλαμο, το χώρο αναμονής, τη σηματοδότηση στο νοσοκομείο, το φαγητό, τις παραϊατρικές υπηρεσίες.

Ένα σύστημα μέτρησης που θα βασίζεται σε αυτές τις όψεις βοηθά στην ανάπτυξη ενός εργαλείου έρευνας με μεγαλύτερη δυναμικότητα καθώς θα καλύπτει όλα τα στάδια από την εισαγωγή του ασθενή στο νοσοκομείο μέχρι και τη στιγμή της εξόδου του.

Με βάση αυτά τα δεδομένα ένα εργαλείο έρευνας που προκύπτει είναι το ακόλουθο :

#### **1. Ικανοποίηση πριν την εισαγωγή στο νοσοκομείο**

- Τηλεφωνική επικοινωνία με το νοσοκομείο
- Χρόνος αναμονής για την εισαγωγή
- Αντιμετώπιση από το προσωπικό
- Διαδικασία συμπλήρωσης εντύπων
- Ωρα εισαγωγής στο νοσοκομείο

#### **2. Ικανοποίηση από την εισαγωγή**

- Πρόσβαση (δύσβατη ή όχι περιοχή)
- Θέσεις στάθμευσης
- Σηματοδότηση κατατοπιστική

#### **3. Ικανοποίηση από την εισαγωγή και τη συμπεριφορά του προσωπικού**

- Χρόνος αναμονής για την εισαγωγή σε θάλαμο
- Συμπεριφορά του προσωπικού νοσηλείας
- Το περιβάλλον του νοσοκομείου
- Προγραμματισμένες διαδικασίες

#### **4. Ικανοποίηση από το δωμάτιο του ασθενή**

- Θόρυβος στο θάλαμο
- Αυξημένος αριθμός ασθενών
- Τήρηση ωραρίου επισκέψεων
- Καθαριότητα στο χώρο
- Θερμοκρασία θαλάμου
- Φωτισμός θαλάμου
- Συμπεριφορά του προσωπικού καθαριότητας

#### **5. Ικανοποίηση από το φαγητό**

- Ποιότητα φαγητού
- Θερμοκρασία φαγητού
- Τήρηση ώρας διανομής

#### **6. Ικανοποίηση από το εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου**

- Θόρυβος στους διαδρόμους
- Φωτισμός των χώρων
- Καθαριότητα στους χώρους του νοσοκομείου
- Πρόσβαση στους χώρους αναμονής και εξετάσεων

#### **7. Ικανοποίηση από το ιατρικό προσωπικό**

- Συμπεριφορά ιατρικού προσωπικού
- Ενδιαφέρον προς τους ασθενείς
- Ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους
- Οδηγίες για τη θεραπεία

#### **8. Ικανοποίηση από το νοσηλευτικό προσωπικό**

- Συμπεριφορά νοσηλευτικού προσωπικού
- Ενδιαφέρον προς τους ασθενείς
- Ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους
- Επεξήγηση των ιατρικών διαδικασιών

#### **9. Ικανοποίηση από το παραϊατρικό προσωπικό**

- Συμπεριφορά παραϊατρικού προσωπικού
- Ενημέρωση ασθενών

#### **10. Ικανοποίηση από την έξοδο**

- Καθυστέρηση εξόδου λόγω γραφειοκρατίας
- Επαρκής ενημέρωση για τη διαδικασία εξόδου
- Οδηγίες για την αποθεραπεία στο σπίτι

#### **11. Ικανοποίηση από τις οικονομικές απαιτήσεις**

- Λογαριασμός οικονομικά ανεκτός
- Μέριμνα για τους άπορους
- Κατανόηση σε περίπτωση οικονομικής δυσπραγίας

#### **12. Ικανοποίηση από την πορεία της υγείας μετά την έξοδο**

- Σημερινή κατάσταση της υγείας του ασθενή (καλύτερα ή χειρότερα)
- Ένταση πόνου πριν και μετά τη θεραπεία
- Ψυχολογική κατάσταση του ασθενή (περισσότερο ασφαλής, λιγότερο αβέβαιος)

Το μοντέλο αυτό μπορεί να περικλείει και πολλούς άλλους παράγοντες ως προς την ικανοποίηση του ασθενή. Κάθε ασθενής έχει μία μοναδική αντίληψη ως προς την έννοια της ικανοποίησης η οποία πιθανόν να μην ταυτίζεται με τις απόψεις άλλων ατόμων.

Ο χρόνος αναμονής στη Γραμματεία προκειμένου να πάρουν εισιτήριο και να κατευθυνθούν στο ιατρείο, μπορεί να είναι καταλυτικός παράγοντας ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας. Για άλλους μπορεί να είναι η φιλική ή η τυπική και απρόσωπη συμπεριφορά ενός γιατρού.

Γενικά η έννοια της ικανοποίησης για έναν ασθενή μπορεί να έρχεται σε πλήρη αντίθεση ως προς την έννοια της ικανοποίησης για κάποιον άλλο ασθενή. Οι απόψεις δίστανται και υπάρχουν άπειρες εξηγήσεις ως προς το τι θεωρεί ο κάθε ασθενής ικανοποίηση στις υπηρεσίες υγείας.

Στην προσπάθεια εκτίμησης της ικανοποίησης του ασθενή η μεγαλύτερη πρόκληση είναι να προσδιοριστεί πως σκέφτονται και πως αισθάνονται οι ασθενείς και κατ' επέκταση γιατί λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο. Οι συνεχείς και ταυτόχρονα ποιοτικές και αντικειμενικές

έρευνες προσφέρουν σημαντική βοήθεια στην προσπάθεια επίτευξης αυτού του πολυσήμαντου στόχου.

#### **1.4.3 Αξιοποίηση των πληροφοριών για την ικανοποίηση του ασθενή**

Τα δεδομένα που προκύπτουν από τις έρευνες ικανοποίησης δεν πρέπει να δημιουργούν στους εργαζόμενους στις μονάδες υγείας την αίσθηση πως θα χρησιμοποιηθούν για την επιβολή κυρώσεων. Εάν συμβεί αυτό η μέτρηση της ικανοποίησης έχει προδιαγράψει την πορεία της και είναι καταδικασμένη να αποτύχει. Οι πληροφορίες θα πρέπει να αξιοποιούνται προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς. Η μέτρηση της ικανοποίησης αποτελεί ένα σημαντικό και ταυτόχρονα ισχυρό εργαλείο, το οποίο όμως θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί λόγω της ιδιαιτερότητας του με την ανάλογη προσοχή. Τα στοιχεία που συγκεντρώνονται παρέχουν πληροφορίες για έναν από τους πιο σημαντικούς δείκτες ποιότητας. Λαμβάνοντας αυτό υπόψη η Διοίκηση ενός οργανισμού θα πρέπει να χρησιμοποιεί τα δεδομένα των ερευνών ώστε να :

- Αποδίδεται στους εργαζόμενους όχι μόνο η ευθύνη για υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας αλλά και η αναγνώριση υψηλής αποδοτικότητας και προσφοράς.
- Αναζητούν οι εργαζόμενοι τρόπους βελτίωσης της προσωπικής τους απόδοσης ώστε να υπάρχει αποφυγή επίρριψης ευθυνών σε τρίτους, για υπηρεσίες χαμηλής ποιότητας.
- Υπάρχει ουσιαστική προσπάθεια βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και όχι επιφανειακή αντιμετώπιση των προβλημάτων που εντοπίζονται.
- Επιβραβεύεται το προσωπικό νοσηλείας για την προσφορά του και υλικά αλλά και ηθικά όταν αποδεικνύεται ότι καταβάλλονται προσπάθειες για τη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας.
- Αποδίδονται ευθύνες στους εργαζόμενους όταν προκύπτουν χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών, καθώς, σε καμία περίπτωση, δεν πρέπει η Διοίκηση να συναινεί στην αποδοχή της χαμηλής αποδοτικότητας.

Το ενδεχόμενο τιμωρίας των υπαλλήλων θα πρέπει να αποφεύγεται και να μην αποτελεί ούτε καν έσχατη λύση. Η λειτουργία υπό το καθεστώς του φόβου και της ανασφάλειας, θα επιφέρει τα αντίθετα από τα επιθυμητά αποτελέσματα, και θα οδηγήσει σε αποτυχία τις όποιες προσπάθειες για τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης.

#### *1.4.4 Τρόποι αξιοποίησης των δεδομένων ικανοποίησης του ασθενή*

##### Σημασία των στόχων

Η μέτρηση της ικανοποίησης έχει τη δυνατότητα να αποτελέσει αφορμή για την επιδίωξη υψηλότερης αποτελεσματικότητας στην εργασία. Οι εργαζόμενοι σε κάθε τομέα μπορούν να θέσουν στόχους για τη μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών, για τη βελτίωση της προσωπικής τους απόδοσης και ανά τακτά χρονικά διαστήματα να επιδιώξουν να ενημερώνονται για την εξέλιξη της προόδου τους. Η παρακολούθηση της πορείας τους θα βοηθήσει να εντοπίσουν τα αδύναμα σημεία τους, τα οποία χρήζουν βελτίωσης, και ταυτόχρονα να μεγιστοποιήσουν το επίπεδο παραγωγικότητας τους. Η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να μετατραπεί σε ένα εργαλείο εργασιακής ανάπτυξης αφού θα τους δώσει την ώθηση να προσφέρουν τον καλύτερο εαυτό τους, στην υπηρεσία και εντέλει στους ασθενείς.

##### Εφαρμογή στρατηγικού προγραμματισμού και κύκλων ποιότητας

Η ικανοποίηση των ασθενών θα πρέπει να αποτελέσει μέρος του στρατηγικού προγραμματισμού ενός νοσοκομείου. Με το στρατηγικό προγραμματισμό αναπτύσσεται ένα μακροπρόθεσμο και σφαιρικό καθοδηγητικό πρόγραμμα που συμβάλλει ώστε ο οργανισμός να αναπτύξει ουσιαστικούς στόχους και να επιλέξει τη στρατηγική που θα ακολουθήσει για την επίτευξη τους. (Σιουρούνη Ε., 2009). Η επίτευξη των στόχων θα πρέπει να αποτελεί εσωτερικό στοιχείο της διαδικασίας Διοίκησης – Σχεδιασμού.

Ο προγραμματισμός των στόχων θα πρέπει να ακολουθεί πορεία τόσο από τους προϊστάμενους προς τους υφιστάμενους (καθοδική), όσο και από τους υφιστάμενους προς τους προϊστάμενους (ανοδική).

Για την ικανοποίηση του ασθενή η διεύθυνση ενός νοσοκομείου ή κλινικής θα πρέπει να θέσει γενικούς στόχους. Να υιοθετηθεί δηλαδή η καθοδική πορεία, η οποία δεν αποτελεί μονόπλευρη διαδικασία επιβολής αποφάσεων. Άλλωστε προκειμένου να προγραμματιστούν και να επιτευχθούν οι στόχοι, είναι αυτονόητο πως απαιτείται συνεργασία σε όλα τα επίπεδα του οργανισμού.

Επίσης ένας τρόπος ώστε να εμπλακούν όλοι οι εργαζόμενοι ενός οργανισμού στην προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών του, είναι ο σχηματισμός μικρών ομάδων που εντοπίζουν προβλήματα και προτείνουν ιδέες βελτίωσης. Η δραστηριότητα αυτή είναι

γνωστή με τον όρο κύκλοι ποιότητας. Το 1991 υπήρχαν πάνω από 300.000 καταγεγραμμένοι κύκλοι ποιότητας και πολλοί επιτυχημένοι σήμερα οργανισμοί διαθέτουν μεγάλο αριθμό κύκλων. Ο κύκλος σχετίζεται με την καταγραφή των προβλημάτων και προσφέρει λύσεις στη Διοίκηση (Σιουρούνη Ε., 2009).

### Περιθώρια για τη διαμόρφωση των στόχων

Οι στόχοι που τίθενται δεν πρέπει να αντιμετωπίζονται ή να θεωρούνται αυστηροί σκοποί, καθώς σύμφωνα με αυτό τον τρόπο σκέψης αποκλείεται το ενδεχόμενο τροποποίησης τους. Απρόσμενες μεταβλητές μπορεί να εμφανιστούν και να καταστήσουν την τροποποίηση μοναδική διέξοδο. Το γεγονός αυτό από την άλλη δε σημαίνει πως οι στόχοι πρέπει να διαμορφώνονται σε καθημερινή βάση. Πάντα όμως πρέπει να υπάρχει εναλλακτική ώστε η ευελιξία να επικρατεί της αυστηρότητας.

### Εργαζόμενοι και στόχοι

Στην Ευρώπη και την Αμερική αρκετά νοσοκομεία έχουν εντάξει τη μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών στο σύστημα μέτρησης απόδοσης των εργαζομένων τους. Τα οφέλη που προκύπτουν από την ενέργεια αυτή είναι τα εξής :

1. Ο εργαζόμενος αναπτύσσει μεγαλύτερη υπευθυνότητα και κατά συνέπεια αυξάνεται η αποδοτικότητα του και ταυτόχρονα η ικανοποίηση του ασθενή.
2. Η Διοίκηση αποκτά τη δυνατότητα να κρίνει και να ανταμείβει την αποδοτικότητα του προσωπικού βασισμένη σε αντικειμενικά κριτήρια.
3. Αυξάνεται η αντικειμενικότητα μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.
4. Συμβάλλει ώστε το προσωπικό νοσηλείας να ασχολείται περισσότερο με την προσπάθεια ικανοποίησης των ασθενών του.

Το προσωπικό νοσηλείας γνωρίζοντας ότι οι προσπάθειες του αναγνωρίζονται και ανταμείβονται καταβάλλει προσπάθειες όχι μόνο για τη βελτίωση αλλά και τη μεγιστοποίηση της αποδοτικότητας του.

Ειδικά τη σημερινή εποχή όπου ο ανταγωνισμός είναι τόσο έντονος όσο ποτέ και οι Διοικήσεις αναζητούν εναγωνίως τρόπους για την αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων, αποδεικνύεται πως η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί μία ιδανική επιλογή για την επίτευξη αυτού του σκοπού.

Η μέτρηση της ικανοποίησης δεν ενδείκνυται μόνο για την καταγραφή της αποδοτικότητας των εργαζομένων. Αποτελεί και μία ιδανική ευκαιρία προκειμένου η Διοίκηση να κάνει τον απολογισμό και των δικών της πεπραγμένων. Να εκτιμήσει την αποτελεσματικότητα των ενεργειών της, να εντοπίσει τυχόν προβλήματα και να προβεί στις απαραίτητες διορθωτικές ενέργειες όπου καθώς και όποτε, η διαδικασία αυτή κρίνεται αναγκαία.



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 : Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ

### 2.1 Γενικά

Κατά τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας, η ποιότητα της περίθαλψης εξασφαλίζεται από την αποτελεσματικότητα και την ικανότητα των επαγγελματιών υγείας, οι οποίοι χρησιμοποιούν τις άριστες και πιο ασφαλείς τεχνολογίες κατά τρόπο ενδεδειγμένο και παραγωγικό με σκοπό την ικανοποίηση των ασθενών (WHO, 1993). Ο βαθμός ικανοποίησης που απολαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας είναι ένας έγκυρος δείκτης μέτρησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Για το λόγο αυτό η διερεύνηση της γνώμης των ασθενών και η μέτρηση της είναι συστατικό στοιχείο αποτίμησης της ποιότητας που οφείλει κάθε Υγειονομικός Οργανισμός να πραγματοποιεί σε τακτά χρονικά διαστήματα.

Η έννοια της ποιότητας είναι σύνθετη και πολυδιάστατη. Μέχρι σήμερα η έννοια της ποιότητας δεν έχει επακριβώς οριστεί και για πολλούς θεωρείται μια έννοια νεφελώδης (Bond & Thomas, 1991) ή ακόμα και ένα άπιαστο όνειρο (Houston & Pasanen, 1972)

Δεν είναι, όμως μόνο οι ιδιότητες της ποιότητας δύσκολο να οριστούν. Τα φαινόμενα ή τα αντικείμενα που αυτές οι ιδιότητες χαρακτηρίζουν είναι επίσης αόριστα. Για παράδειγμα υπάρχουν διαφορετικές έννοιες για το τι συνιστά την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (Donabedian, 1980). Όταν γίνεται αναφορά στην ποιότητα των παρεχόμενων ιατρικών ή νοσηλευτικών υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ο τρόπος με τον οποίο η ιατρική και νοσηλευτική περιγράφονται και οργανώνονται στο συγκεκριμένο χώρο. Αν για παράδειγμα έχει υιοθετηθεί το μηχανιστικό μοντέλο τότε η νοσηλευτική φροντίδα βασίζεται στον καταμερισμό εργασιών και στην εφαρμογή του επαγγελματικού ρόλου με βάση ιατρικούς – τεχνικούς όρους. Οι διαπροσωπικές και μορφωτικές πλευρές του νοσηλευτικού ρόλου δεν αναγνωρίζονται και το οργανωτικό σύστημα δε δίνει το χρόνο για να αναπτυχθούν. Αυτό σημαίνει ότι η αξιολόγηση της ποιότητας πρέπει να συμπεριλαμβάνει τα συγκεκριμένα χαρακτηριστικά του τρόπου οργάνωσης της φροντίδας.

Εξάλλου σε μια έρευνα στην οποία μελετήθηκαν οι απόψεις του προσωπικού για τη φροντίδα διαπιστώθηκε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό επικεντρώθηκε στα αίτια που αποκρίνουν το νοσηλευτή από τον ασθενή, το ιατρικό προσωπικό στην απασχόληση του νοσηλευτικού προσωπικού με τη γραφική εργασία, ενώ το διοικητικό προσωπικό επικεντρώθηκε στην έλλειψη πληροφόρησης ως βασική έλλειψη της φροντίδας. Οι λειτουργοί υγείας φαίνεται ότι

βασίζονται περισσότερο στην τεχνική πλευρά ενώ οι ασθενείς είναι πιο ευαίσθητοι στον τρόπο μεταχείρισης και τέλος η κοινωνία δίνει περισσότερη έμφαση στην κατανομή και στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας.

## 2.2 Καθορίζοντας την ποιότητα φροντίδας

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

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

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

Η πραγματική πορεία της φροντίδας είναι το πρωταρχικό αντικείμενο της εκτίμησης, αλλά η κρίση για την ποιότητα βασίζεται πάνω σ' αυτά που είναι γνωστά για τις σχέσεις ανάμεσα στη διαδικασία και στις συνέπειες της διαδικασίας για την υγεία και την ευημερία των ατόμων και της κοινωνίας. Η ποιότητα της πορείας της φροντίδας είναι χωρισμένη σε μέρη από κανόνες της επιστημονικής ιατρικής, των ηθών και αξιών της κοινωνίας.

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

Πολλοί θεωρούν πως οι μετρήσεις των εκροών είναι οι πιο αξιόπιστοι δείκτες της ποιότητας της υγείας, αλλά οι εκτιμήσεις, ειδικά της νοσοκομειακής φροντίδας, τείνουν να εστιάζονται στην υποδομή ή τη διαδικασία.

Τα πιο συνηθισμένα διαθέσιμα αποτελέσματα από μετρήσεις - όπως ο θάνατος - είναι συνήθως πολύ σπάνια ώστε να είναι ικανά να ανακαλύψουν μικρές διαφορές στη φροντίδα και συχνά

εμφανίζονται πολύ αργότερα από τη φροντίδα, για να είναι χρήσιμα. Επιπλέον, οι παραλλαγές στο θάνατο και οι σοβαρές επιπλοκές εξηγούνται συνήθως αρκετά από τις διαφορές που αναμειγνύονται σε κάθε περίπτωση και από άλλους παράγοντες που δεν σχετίζονται με τη διαδικασία της φροντίδας.

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

Σύμφωνα με τον **Vuori** (1987) οι ασθενείς ίσως να μην είναι αντικειμενικοί εκτιμητές, διότι οι σκοποί της εισαγωγής τους στο νοσοκομείο μπορεί να είναι εντελώς διαφορετικοί απ' αυτούς του νοσοκομείου. Εντούτοις όμως, ο **Vuori**, πιστεύει πράγματι ότι, δεδομένου ενός αποτελεσματικού οργάνου, η αντίληψη του ασθενούς μπορεί να χρησιμοποιηθεί σαν μία αντιπροσωπευτική εκτίμηση μερικών ποιοτικών πλευρών της περίθαλψης, και ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι το κλειδί της επίτευξης των στόχων, της φροντίδας υγείας (π.χ. αυξημένη υπακοή στη θεραπευτική αγωγή). Άλλα εμπόδια που πρέπει να σκεφτούμε είναι η έλλειψη ανέσεως και η δυσαρέσκεια του ασθενούς που έχουν σχέση με τη χρήση μεθόδων παραβίασης (δικαιωμάτων), αντιπαραθέσεις σχετικά με την αλλαγή της εικόνας του εαυτού του και του τρόπου ζωής του.

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

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

Κατά δεύτερον, είναι κοινή πρακτική-λογική στους περισσότερους νοσηλευτικούς οργανισμούς των αναπτυγμένων χωρών να ζητείται η γνώμη των ασθενών, η οποία τις περισσότερες φορές έχει καθοριστική σημασία για τη δράση του μάνατζμεντ των υπηρεσιών υγείας (**Ford et al**, 1997).

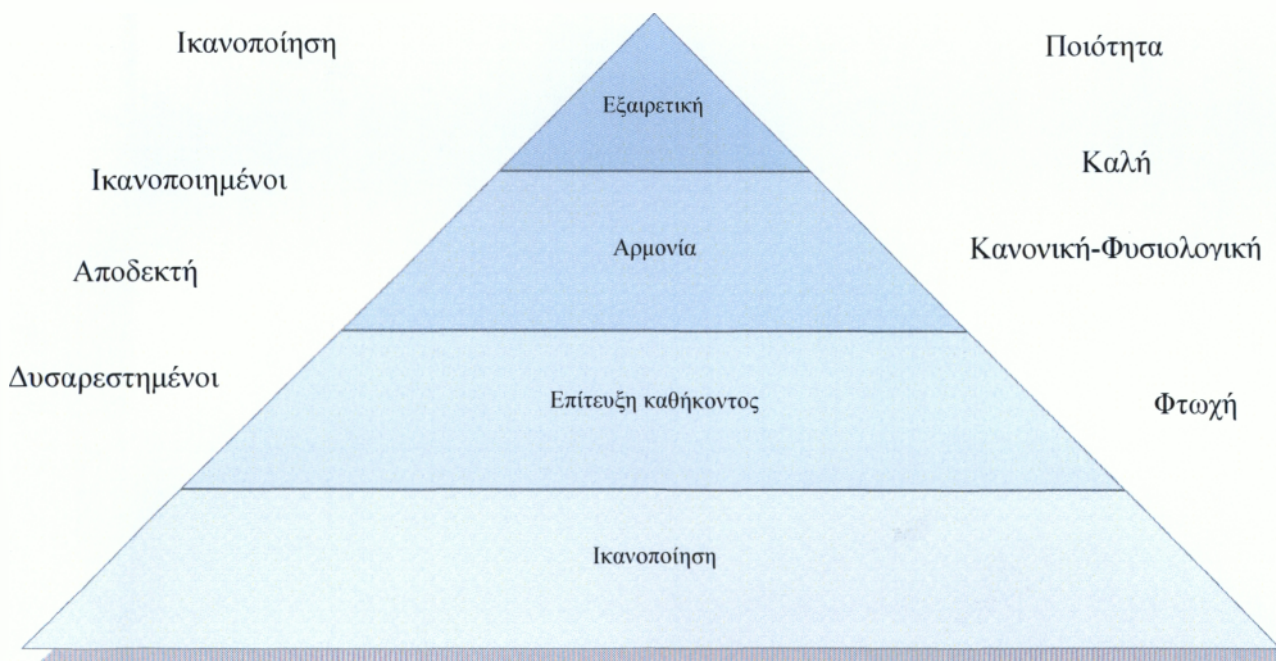
### 2.3 Ποιότητα φροντίδας και ικανοποίηση

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

Ο **Peter Klaus** (1985) έδωσε μία απάντηση σ' αυτό το ερώτημα με το μοντέλο του που ήταν σχετικό με τις αντιλήψεις όσον αφορά την εξυπηρέτηση. Τοποθετημένο δίπλα στην ιεραρχία του Maslow για τις ανθρώπινες ανάγκες (**Σχήμα 2.3.1**).

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

*Σχήμα 2.3.1.: Πυραμίδα Ικανοποίησης που οικοδομεί την άντληση Ποιότητας*



Πηγή : Peter Klaus, 1985.

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

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

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

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

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

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

## 2.4 Το σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας

Ως σύστημα υγείας ορίζεται το σύνολο των ανθρώπινων και υλικών πόρων του τομέα υγείας, που με συγκεκριμένο τρόπο οργάνωσης και διοίκησης, μέσα από προγραμματισμένη ανάπτυξη των υπηρεσιών και στο πλαίσιο των διαθέσιμων πόρων, στοχεύει στη μεγιστοποίηση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού. (Λιαρόπουλος, 1991).

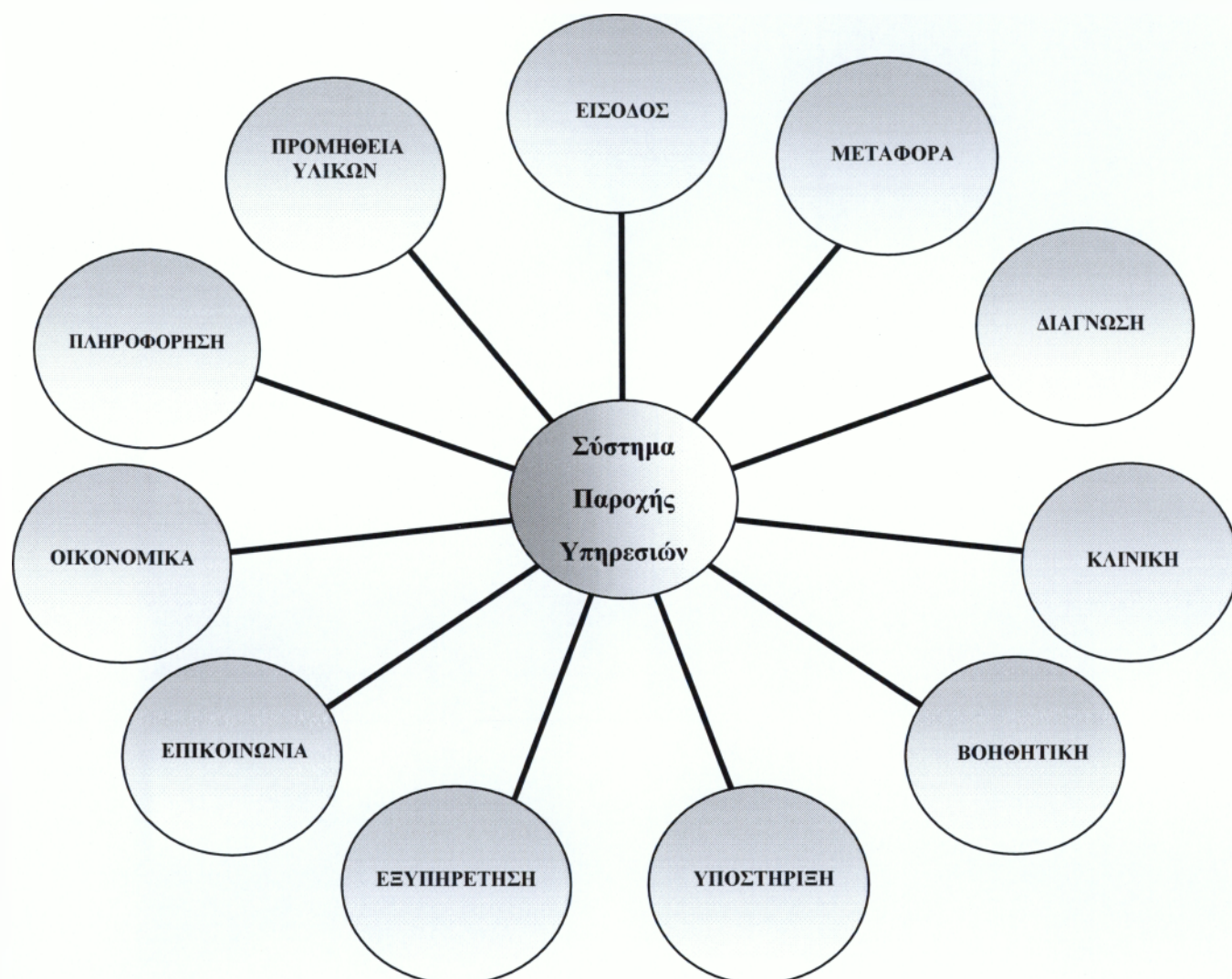
Το Εθνικό Σύστημα Υγείας τέθηκε σε λειτουργία αρχές της δεκαετίας του 1980. Στόχοι του : η ισοκατανομή των υπηρεσιών υγείας, η επαρκής κάλυψη αναγκών, η βελτίωση της ποιότητας και η έμφαση στην κάθε περιοχή ξεχωριστά. Εντάσσεται στα Κοινωνικά Ασφαλιστικά Συστήματα αφού ο συντελεστής παραγωγής του είναι και Δημόσιος και Ιδιωτικός. Η κάλυψη είναι άλλοτε πλήρης και άλλοτε μερική, ανάλογα με την κατηγορία του επαγγέλματος. Η χρηματοδότηση πραγματοποιείται με εισφορές εργαζομένων, εργοδοτών και από κοινωνικούς πόρους. (Καστανιώτη Α., 2008)

Η ορθή παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς απαιτεί την ύπαρξη μίας λεπτής και ιδιαίτερης ισορροπίας. Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας η υψηλής ποιότητας παροχή υπηρεσιών διαθέτει τα εξής ιδιαίτερα γνωρίσματα (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*

Από τη στιγμή που οι ασθενείς εισέρχονται σε έναν νοσοκομειακό χώρο παρέχονται σε αυτούς ορισμένες υπηρεσίες. Οι υπηρεσίες αυτές απεικονίζονται στο σχήμα που ακολουθεί (Σχ. 2.4.1).

Σχ.2.4.1 Παρεχόμενες υπηρεσίες – Σύστημα υγείας



Ανάλυση των παρεχόμενων υπηρεσιών :

1. **Είσοδος :** Τα δύο πιο συχνά αιτήματα μέσα στο σύστημα παροχής υπηρεσιών υγείας είναι η επιτροπή εισόδου στην υπηρεσία και στην υπηρεσία επειγόντων περιστατικών.
2. **Μεταφορά :** Αναφέρεται στη μετακίνηση των ασθενών από το ένα τμήμα στο άλλο.
3. **Διάγνωση :** Στο διαγνωστικό σύστημα εντάσσονται κατά κύριο λόγο τα εργαστήρια καθώς και τα ακτινολογικά τμήματα του νοσοκομείου.
4. **Κλινική :** Αφορά στις κλινικές υπηρεσίες που παρέχονται από το ιατρικό, νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και από όσους σχετίζονται με τα επαγγέλματα υγείας, στους ασθενείς.
5. **Βοηθητική :** Δύο παραδείγματα βοηθητικής υπηρεσίας είναι η καρδιοπνευμονική και η ιατρική θεραπεία.

- 6. Υποστήριξη :** Στο τμήμα της υποστήριξης εντάσσεται η Κοινωνική Υπηρεσία του Νοσοκομείου. Η υπηρεσία αυτή περιλαμβάνει τους Κοινωνικούς Λειτουργούς όπως επίσης και τους ψυχολόγους.
- 7. Εξυπηρέτηση :** Η κατηγορία της εξυπηρέτησης περιλαμβάνει ορισμένες δραστηριότητες όπως η προσφορά φαγητού και η παροχή ασφάλειας. Στην κατηγορία αυτή υπάγονται και τα εξιτήρια των ασθενών.
- 8. Επικοινωνία :** Μέσω της επικοινωνίας παρέχονται στους ασθενείς πληροφορίες για ό,τι θελήσουν να ενημερωθούν.
- 9. Οικονομικά :** Στην οικονομική υπηρεσία λαμβάνει χώρα η απαίτηση πληρωμής για τις υπηρεσίες που αποδόθηκαν στους ασθενείς κατά το χρονικό διάστημα παραμονής τους στο νοσοκομείο.
- 10. Πληροφόρηση :** Μέσω αυτής της υπηρεσίας παρέχονται πληροφορίες στους ασθενείς για θεραπείες και διαγνώσεις που τους αφορούν.
- 11. Προμήθεια :** Η κεντρική προμήθεια του Νοσοκομείου, όπως τα φάρμακα και το υλικό διαχείρισης των τμημάτων είναι μέρος του συστήματος. Συμβάλλει στην απόκτηση των απαιτούμενων υλικών με σκοπό να εκτελούνται οι υπηρεσίες και το προσωπικό να έχει τη δυνατότητα να επιτελεί σωστά και χωρίς προβλήματα, την εργασία του.

Στο σύστημα παροχής υπηρεσιών ο ασθενής, όπως είναι φυσικό, είναι στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και όλες οι ενέργειες και οι αποφάσεις τον αφορούν άμεσα.

Το σύστημα παροχής υπηρεσιών προσανατολίζει το σκεπτικό της έρευνας σε τρόπους στους οποίους ειδικοί τομείς εξυπηρέτησης μπορεί να προσαρμοστούν λαμβάνοντας κατά κύριο λόγο υπόψη τη γνώμη του ασθενή. Χαρακτηριστικά, μετά την άφιξη στο νοσοκομείο του ασθενή, που πρώτη φορά έρχεται αντιμέτωπος με τη νοσηλεία σε θάλαμο επειγόντων περιστατικών ο " υπεύθυνος εισόδου " θα του επιτρέψει μια γρήγορη είσοδο μέσα στο ευρύτερα νοσοκομειακό σύστημα. Κάθε συνάντηση γίνεται μια ευκαιρία για τον ασθενή να εκτιμήσει όχι μόνο τη συγκεκριμένη συνάντηση αλλά το νοσοκομείο συνολικά. Μια εκτίμηση για το σύνολο του νοσοκομείου, κατά συνέπεια, αποτελεί μια συνάρτηση από πολλές ειδικές εκτιμήσεις.



## 2.5 Η αντίληψη του ασθενή για την ποιότητα

Η επίτευξη της ποιότητας επιδιώκεται σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δράσης και ταυτόχρονα η αξία της είναι αδιαμφισβήτητη. Προέρχεται από την αρχαία λέξη « ποιότηης » και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μία υπηρεσία από τα ομοειδή τους. Στις υπηρεσίες υγείας η έννοια της ποιότητας έχει ακόμα πιο βαρύνουσα σημασία καθώς συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στον αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα στον « Πάπυρο Smith » (Hook, 1973). Τα πρώτα « κριτήρια αξιολόγησης » της ποιότητας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη και η άρνηση της νοσηλείας.

Δεν είναι νέα έννοια, καθώς από την εποχή του Ιπποκράτη δινόταν ιδιαίτερη σημασία στη διασφάλιση των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται προς τον ασθενή. Ο όρος ποιότητα ερμηνεύεται διαφορετικά από τον καταναλωτή υπηρεσιών και διαφορετικά από τον προμηθευτή υπηρεσιών υγείας. Από την οπτική γωνία του χρήστη την ποιότητα καθορίζει ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται στις προσδοκίες του και καλύπτουν τις ανάγκες και τις απαιτήσεις του. Από την πλευρά των προμηθευτών υπηρεσιών υγείας η ποιότητα καθορίζεται από τη δυνατότητα των παραγωγών να συμμορφωθούν με τις προδιαγραφές που η διοίκηση έχει καθορίσει για τις παρεχόμενες υπηρεσίες. (Δερβιτσιώτης, 1999). Στο χώρο της υγείας η ποιότητα εκτιμάται κυρίως από την πλευρά των ασθενών. Κατά συνέπεια :

- **Συμπεριφορά/Ενδιαφέρον** : Σύμφωνα με την άποψη των ασθενών η επίδειξη καλής συμπεριφοράς και ενδιαφέροντος από το προσωπικό του νοσοκομείου συνεπάγεται την ύπαρξη, και μάλιστα υψηλής, ποιότητας. Αντίθετα η αδιαφορία και η ψυχρή και κάποιες φορές άσχημη συμπεριφορά υποδηλώνει τη χαμηλή ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται.
- **Ανταπόκριση** : Η ποιότητα είναι έννοια συνυφασμένη με τη ταχεία εξυπηρέτηση ή με την τήρηση του καθορισμένου προγράμματος. Στον αντίποδα η καθυστερημένη εξυπηρέτηση σηματοδοτεί τη χαμηλή στάθμη της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας.

Η άποψη των ασθενών σχετίζεται άμεσα με την επιτυχία ή όχι ενός νοσοκομείου, καθώς δεν πρόκειται για μία απλή γνώμη αλλά για μία ουσιαστική πραγματικότητα.

Το 1986, οι Davies and Ware υποστήριζαν ότι η γνώμη των ασθενών για την ποιότητα είναι σχετιζόμενη με πιο αντικειμενικά ή κλινικά μέτρα της ποιότητας. Η προσπάθεια ανταπόκρισης στις απαιτήσεις και τις ανάγκες του πελάτη-ασθενή θα σήμαινε την απόπειρα βελτίωσης της κλινικής παροχής υπηρεσιών.

Οι ασθενείς κρίνουν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών από τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, την άμεση ή μη παροχή της υγειονομικής περίθαλψης και γενικά τη συνολική εικόνα του οργανισμού. Άλλωστε, η αδυναμία των ασθενών να εκτιμήσουν την ποιότητα της κλινικής φροντίδας που τους παρέχεται, τους ωθεί να κρίνουν ένα νοσοκομείο, έχοντας σχηματίσει άποψη κυρίως, από τις ώρες παροχής υπηρεσιών, τις ξενοδοχειακές ανέσεις (τηλεόραση, λουτρό) και την εξυπηρέτηση (Teiberg et al, 1994).

Σύμφωνα με τον Karydis et al (2001), η αντίληψη των ασθενών για την ποιότητα στην υγεία είναι περισσότερο ιδιαίτερη και κατά συνέπεια πιο περίπλοκη από την αντίληψη που έχουν για άλλες υπηρεσίες για τους παρακάτω λόγους:

1. Κύριο χαρακτηριστικό της χρήσης των υπηρεσιών υγείας είναι η αβεβαιότητα.
2. Οι ανάγκες των ασθενών για αυτές τις υπηρεσίες δεν μπορούν να προγραμματιστούν, καθώς προκύπτουν αναπάντεχα.
3. Οι ασθενείς δεν μπορούν να συγκρίνουν τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν σε σύγκριση με υπηρεσίες από ανταγωνιστικούς οργανισμούς (Mosialos E, 1991).
4. Συνήθως, ένας ασθενής δεν γνωρίζει πότε, που και με ποιο τρόπο πρέπει να θεραπευτεί (Eastaugh, 1987).
5. Η χρήση των υπηρεσιών υγείας είναι ανεπιθύμητη καθώς παράγει ανασφάλεια και άγχος στους ασθενείς.

## **2.6 Κρίσεις του ασθενή σχετικά με την ποιότητα των νοσοκομείων**

Σε μία μέθοδο συλλογής στοιχείων για τη συγκέντρωση πληροφοριών τα δύο πιο καίρια ερωτήματα που διατυπώνονται από αυτόν που υλοποιεί την έρευνα είναι τα εξής :

- i) Τι θα πρέπει να ερωτηθεί και
- ii) Με ποιο τρόπο θα πρέπει να ερωτηθεί ;

Στις ερωτήσεις αυτές οι απαντήσεις εξαρτώνται κατά ένα μεγάλο βαθμό από την άποψη που υιοθετείται κάθε φορά. Προκειμένου να εκτιμηθεί η απόδοση ενός νοσοκομείου, για παράδειγμα, οι διευθυντές του νοσοκομείου κατά πάσα πιθανότητα θα έκαναν διαφορετικές ερωτήσεις απ' ότι το ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου. Οι ασθενείς από την δική τους οπτική γωνία ίσως να θεωρούσαν πως βαρύνουσα σημασία έχουν άλλες ερωτήσεις. Είναι δυνατόν να απασχολεί τον διευθυντή, το γιατρό και τον ασθενή η φήμη του νοσοκομείου στον

ίδιο βαθμό ή κάθε ομάδα πιθανότατα έχει διαφορετικό ενδιαφέρον; Μήπως οι διευθυντές δε θα έδιναν τόση σημασία στη διαδικασία εισαγωγής του ασθενούς ή στο χρονικό διάστημα που απαιτείται για την εισαγωγή του σε θάλαμο νοσηλείας, όση θα έδιναν οι γιατροί και σε πολύ μεγαλύτερο βαθμό οι άμεσα ενδιαφερόμενοι, οι ασθενείς; Δίνουν κάποια σημασία οι ασθενείς στις γνώσεις και τα προσόντα που πρέπει να διαθέτουν οι γιατροί και οι νοσηλευτές, ή το μόνο που τους απασχολεί είναι το κατά πόσο το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό θα σταθεί δίπλα τους συναισθηματικά δίνοντας προτεραιότητα στον ανθρώπινο παράγοντα; Το πρόγραμμα αυτό είχε ως βασικό στόχο τη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου όπου η άποψη του ασθενή θα έχει καταλυτική σημασία. Δόθηκε προτεραιότητα σε θέματα που απασχολούν άμεσα τους ασθενείς, και παρουσιάζουν ιδιαίτερο ενδιαφέρον για αυτούς. Για το λόγο αυτό άλλωστε έγινε απόπειρα η διατύπωση των ερωτήσεων, να αντικατοπτρίζει τη απλή γλώσσα που χρησιμοποιούν οι ασθενείς προκειμένου να περιγράψουν τις εμπειρίες που αποκόμισαν.

Περίπου το 90% των ασθενών που συμμετείχαν στη συνέντευξη διατύπωσαν παρατηρήσεις. Η εξέταση και η ανάλυση αυτών των παρατηρήσεων πραγματοποιήθηκε χρησιμοποιώντας το μοντέλο ταξινόμησης των **Mark Meterko** και **Haya Rubia** (1990).

#### Ανάλυση Μοντέλου Ταξινόμησης :

- ❖ **Εισαγωγή στο Νοσοκομείο**
- ❖ **Φροντίδα εντός θαλάμου**
  - Φροντίδα ιατρικού προσωπικού
  - Φροντίδα νοσηλευτικού προσωπικού
  - Φροντίδα παραϊατρικού προσωπικού
- ❖ **Παραμονή στο θάλαμο**
- ❖ **Έξοδος από το νοσοκομείο**
- ❖ **Διεκπεραίωση οικονομικών εκκρεμοτήτων**

Οποιαδήποτε παρατήρηση αφορούσε στη διαδικασία – διάρκεια εισαγωγής, αποτελεσματικότητα οργάνωσης, εξασφάλιση κλίνης και θαλάμου, εντάχθηκε στην κατηγορία "Εισαγωγές". Αντίστοιχα οποιαδήποτε παρατήρηση για την παροχή ιατρικής περίθαλψης ή τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού συμπεριλήφθηκε στην κατηγορία "Φροντίδα εντός θαλάμου". Η κατηγορία "Παραμονή στο θάλαμο" περιελάμβανε όποια παρατήρηση σημειώθηκε σχετικά με το φαγητό, την καθαριότητα του θαλάμου και των γύρω χώρων, την τήρηση του ωραρίου επισκεπτηρίου, την άνεση των ασθενών στο θάλαμο, το φωτισμό, την επίπλωση, τη θερμοκρασία του θαλάμου, κ.ά. Στην κατηγορία "Έξοδος από το Νοσοκομείο"

συμπεριλήφθηκαν παρατηρήσεις σχετικές με το εάν διαπιστώθηκε γραφειοκρατία στη διαδικασία έκδοσης εξιτηρίου, όπως και σχόλια σχετικά με το εάν οι ασθενείς είχαν την απαιτούμενη ενημέρωση για όσα έπρεπε να γνωρίζουν πριν την έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Τέλος στην κατηγορία "Διεκπεραίωση Οικονομικών Εκκρεμοτήτων" υπήρξαν παρατηρήσεις σχετικές με τις απαιτήσεις των νοσηλίων.

Οι πέντε αυτές κατηγορίες αποτυπώνουν τη φυσική - χρονολογική ακολουθία των φάσεων που διαγράφει η φροντίδα κατά το χρονικό διάστημα παραμονής, ενός ασθενή, στο νοσοκομείο. Για τις φάσεις αυτές δόθηκε ανεπίσημα ο χαρακτηρισμός "κατηγορίες" - "στάδια". Από τη μελέτη και την επεξεργασία αυτών των παρατηρήσεων προέκυψε διάσπαση των αρχικών κατηγοριών σε νέες υποκατηγορίες.

Χαρακτηριστικά η "Φροντίδα εντός θαλάμου" διακρίνεται σε δύο μέρη : στην "Ιατρική φροντίδα" και τη "Νοσηλευτική φροντίδα". Οι κατηγορίες αυτές αντίστοιχα χωρίστηκαν στην εκφραστική και την τεχνική φροντίδα.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 : ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ**

### **3.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Πύργου « Ανδρέας Παπανδρέου »**

Το Γενικό Νοσοκομείο Πύργου κατόπιν αναμόρφωσής του με αριθμό (ΦΕΚ 76/Α/10.3.2000) και με τη σύμφωνη γνώμη και δικαιοδοσία των υπουργείων Εσωτερικών, Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης, Οικονομικών, καθώς και Υγείας και Πρόνοιας, υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ 2592/53 « Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντίληψης » (ΦΕΚ 254/Α/53). Αποτελεί Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου που διέπεται από τις διατάξεις του Ν. Δ/τος αυτού, όπως αυτές τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του Ν. 1397/83 ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ. Ορίστηκε ως Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο και φέρει την επωνυμία **ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ « ΑΝΔΡΕΑΣ ΠΑΠΑΝΔΡΕΟΥ »** με έδρα το δήμο Πύργου του Νομού Ηλείας.

#### **3.1.1 Ιστορική Αναδρομή**

**1886** : Ο Αθανάσιος Μανωλόπουλος αποφάσισε την ανέγερση του Δημοτικού Μανωλοπούλειου Νοσοκομείου με δικές του δαπάνες. Εκτός από τον Αθανάσιο Μανωλόπουλο, χρήματα έδωσε μέσω του κληροδοτήματος Μανωλόπουλου, ο Ιωάννης Κανδηλιεράς.

**1890** : Το κληροδοτήμα Λυρή, πρόσφερε 20 χιλιάδες δραχμές, ενώ ο πλούσιος σταφιδέμπορος Αγγελής Παπαδόπουλος ανέλαβε την δαπάνη για τα πρώτα 20 κρεβάτια. Επίσης την ίδια χρονιά έγινε δωρεά του κτιρίου στο Δήμο Πύργου.

**1902** : Άρχισε να λειτουργεί ως Δημοτικό Πτωχοκομείο και μετέπειτα Νοσοκομείο. Η Διοίκηση αποτελείτο από 5μελή επιτροπή καλούμενη Αδελφάτο με πρόεδρο τον Δήμαρχο. Δύο μέλη ήταν Ιατροί και δύο μέλη ευνόηπτοι πολίτες της πόλης.

**1950** : Το Νοσοκομείο την περίοδο αυτή αναβαθμίστηκε – ανακαινίστηκε με την βοήθεια του σχεδίου Μάρσαλ και πήρε την τελική του μορφή.

**1961** : Το Μανωλοπούλειο γίνεται Κρατικό Νοσοκομείο.

**1993** : Οι σεισμοί που έπληξαν την ευρύτερη περιοχή του Πύργου, χτύπησαν και το κτίριο του Μανωλοπούλειου Νοσοκομείου το οποίο υπέστη σοβαρές υλικές ζημιές.

**2003** : Το Μανωλοπούλειο Νοσοκομείο έκλεισε και μετεγκαταστάθηκε στο νέο κτίριο το οποίο μετονομάστηκε σε «**Ανδρέας Παπανδρέου**». Το Γενικό Νοσοκομείο Πύργου «**Ανδρέας Παπανδρέου**» είναι ένα νοσοκομείο του Εθνικού Συστήματος Υγείας (Ε.Σ.Υ.)

όπου η οργανωτική του δομή καθώς και η λειτουργία του θεσπίζεται με την εκάστοτε νομοθεσία περί Ε.Σ.Υ. Από την 1η Νοεμβρίου 2001 βάση του Ν. 2889/2001 το Γ.Ν.Ν. Πύργου υπάγεται ως αποκεντρωμένη μονάδα με διοικητική και οικονομική αυτοτέλεια στο Πε.Σ.Υ.Π Δυτικής Ελλάδας.

### **Σκοπός του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Πύργου είναι:**

- Η παροχή πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας φροντίδας υγείας στην περιφέρεια Δυτικής Ελλάδας, η οποία παρέχεται ισότιμα σε κάθε άτομο ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση, σύμφωνα με τους κανόνες του Εθνικού Συστήματος Υγείας και της Κοινωνικής Ασφάλισης.
- Η ειδίκευση, η συνεχής εκπαίδευση και η επιμόρφωση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας, με την ανάπτυξη και εφαρμογή ανάλογων εκπαιδευτικών προγραμμάτων.
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της έρευνας στον τομέα της υγείας. Στην κατεύθυνση αυτή εφαρμόζει και αναπτύσσει ερευνητικά προγράμματα και συνεργάζεται με άλλους συναφείς φορείς, καθώς και διεθνείς οργανισμούς, επιστημονικά και ερευνητικά κέντρα.
- Η συνεργασία με τα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες υγείας της υγειονομικής περιφέρειας για την ανάπτυξη και αναβάθμιση συνολικά της παροχής φροντίδας υγείας.
- Εφαρμογή νέων μεθόδων και μορφών περίθαλψης, με στόχο την αποτελεσματική προώθηση της υγείας των πολιτών.

### **3.1.2 Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου Πύργου**

Το Νοσοκομείο Πύργου είναι δυναμικότητας 280 κλινών. Ανεπτυγμένες είναι οι 165 κλίνες. Στην αρμοδιότητα του υπάγονται :

- 1) Το Κέντρο Υγείας Αρχαίας Ολυμπίας και τα Περιφερειακά Ιατρεία Γούμερου, Καράτουλα, Μουζακίου, Λάλα, Κουμανίου, Βουνάργου, Βροχίτσας, Σκουροχωρίου, Μυρτιάς, Βασιλακίου, Πελοπίου, Χελιδονίου και Στρεφίου.
- 2) Το Κέντρο Υγείας Ζαχάρως και τα Περιφερειακά Ιατρεία Μηλέας, Κακόβατου, Φιγαλείας και Γιαννιτσοχωρίου.
- 3) Το Κέντρο Υγείας Ανδρίτσαινας και τα Περιφερειακά Ιατρεία Σέκουλα, Καλλιθέας, Περιβολιών και Αμυγδαλιών.

4) Το Κέντρο Υγείας Γαστούνης και τα Περιφερειακά Ιατρεία Ανδραβίδας, Λεχαινών, Βαρθολομιού, Καλυβιών Ήλιδας, Τραγανού, Κυλλήνης, Χαβαρίου και το ΚΕΠΕΠ Λεχαινών.

Οι Υπηρεσίες που απαρτίζουν το Νοσοκομείο είναι οι εξής:



Κάθε Υπηρεσία, Αυτοτελές Τμήμα και Αυτοτελές Γραφείο έχει τη δική του ιεραρχική διάρθρωση και συγκρότηση. Οι Υπηρεσίες, το Αυτοτελές Τμήμα και το Αυτοτελές Γραφείο υπάγονται απευθείας στο **Διοικητή** του Νοσοκομείου.

#### Διάθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η Ιατρική Υπηρεσία διαρθρώνεται στους εξής τομείς :



Ο κάθε τομέας διαρθρώνεται σε Τμήματα και Μονάδες. Όσον αφορά τον **Παθολογικό Τομέα** είναι δυναμικότητας εκατόν ένα (101) κλινών και τριάντα επτά (37) κλινών Ειδικών Μονάδων (27 κλίνες της Μονάδας Εξωνεφρικής Κάθαρσης, 5 κλίνες της Μονάδας Στεφανιαίων και 5 κλίνες της Μονάδας Μεσογειακής Αναιμίας). Διαρθρώνεται στα εξής Τμήματα και Μονάδες:

<b><u>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</u></b>	
<b><u>Τμήματα</u></b>	<b><u>Μονάδες</u></b>
Παθολογικό	Τεχνητού νεφρού & Περιτοναϊκής κάθαρσης
Καρδιολογικό	Εμφραγμάτων
Νευρολογικό	Μονάδα Μεσογειακής Αναιμίας
Γαστρεντερολογικό	
Δερματολογικό	
Παιδιατρικό – Νεογνικό	

Ο **Χειρουργικός Τομέας** είναι δυναμικότητας εκατόν τεσσάρων κλινών (104) κλινών και έντεκα (11) κλίνες Ειδικών Μονάδων (5 κλίνες της Μονάδας Εντατικής Θεραπείας και 5 κλίνες της Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας). Τα τμήματα και οι Μονάδες στις οποίες διαρθρώνεται είναι οι εξής:

<b><u>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</u></b>	
<b><u>Τμήματα</u></b>	<b><u>Μονάδες</u></b>
Χειρουργικό	Μονάδα Εντατικής Θεραπείας
Ορθοπαιδικό	Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας
Ουρολογικό	
Οφθαλμολογικό	
Μαιευτικό – Γυναικολογικό	
Αναισθησιολογικό	
Ωτορρινολαρυγγολογικό	
Οδοντιατρικό	
Νευροχειρουργικό	



Σχετικά με τον Τομέα Ψυχικής Υγείας είναι δυναμικότητας δέκα (10) κλινών και περιλαμβάνει ένα Ψυχιατρικό Τμήμα και δομές που εντάσσονται στο πλαίσιο του προγράμματος ‘Ψυχαργώ’.

Ο Εργαστηριακός Τομέας περιλαμβάνει ορισμένα τμήματα τα οποία είναι:

<b>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	
<b>Τμήματα</b>	
Μικροβιολογίας	Αιμοδοσίας
Ακτινοδιαγνωστικής	Φαρμακευτικό
Αξονικής Τομογραφίας	Παθολογικής - Ανατομικής
Αιματολογίας	Κυτταρολογικό
Βιοχημεία	

Τα Διατομεακά Τμήματα περιλαμβάνουν ένα Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών με δυο (2) κλίνες αναζωογόνησης και ένα Τμήμα Βραχείας Νοσηλείας για όλους τους τομείς με δεκαπέντε (15) κλίνες.

Και τέλος τα Λοιπά Τμήματα τα οποία περιλαμβάνουν τα εξής Τμήματα:

<b>ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ</b>	
<b>Τμήματα</b>	
Παραϊατρικού Προσωπικού	Διαιτολογίας – Διατροφής
Κοινωνικής Εργασίας	

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας :

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τέσσερις τομείς, οι οποίοι λειτουργούν σε επίπεδο υποδιευθύνσεων. Κάθε Νοσηλευτικός Τομέας διαρθρώνεται αντίστοιχα σε νοσηλευτικά τμήματα, που συμβαδίζουν με τη διάρθρωση της Ιατρικής Υπηρεσίας, σύμφωνα με τις διατάξεις του άρθρου 8 του Ν. 2889/2001.



1) Α΄ Νοσηλευτικός Τομέας : διαρθρώνεται σε 6 τμήματα και καλύπτει τα τμήματα και τις μονάδες του Παθολογικού τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.

2) Β΄ Νοσηλευτικός Τομέας : διαρθρώνεται σε 9 τμήματα που καλύπτουν τα τμήματα και τις μονάδες του Χειρουργικού τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας και τα Χειρουργεία.

3) Γ΄ Νοσηλευτικός Τομέας : διαρθρώνεται σε 2 τμήματα που καλύπτουν το Ψυχιατρικό τμήμα και τις δομές που περιλαμβάνονται στο πλαίσιο του προγράμματος ΨΥΧΑΡΓΩ.

4) Δ΄ Νοσηλευτικός Τομέας : διαρθρώνεται σε 3 τμήματα που καλύπτουν τον Εργαστηριακό τομέα, τα Διατομεακά τμήματα της Ιατρικής Υπηρεσίας και τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία.

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας :

Η Διοικητική Υπηρεσία του « Ανδρέας Παπανδρέου » αποτελεί διεύθυνση που διαρθρώνεται σε υποδιευθύνσεις με τα αντίστοιχα η κάθε μία τμήματα και αυτοτελή γραφεία:



Η Υποδιεύθυνση Διοικητικού της Διοικητικής υπηρεσίας περιλαμβάνει τα εξής Τμήματα και Αυτοτελή Γραφεία:

<b><u>ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ</u></b>	
<b><u>Τμήματα</u></b>	<b><u>Αυτοτελή Γραφεία</u></b>
Διαχείριση Ανθρώπινου Δυναμικού	Επιστασίας
Οικονομικού	Ιματισμού
Γραμματείας	
Κίνησης Ασθενών	
Γραμματείας Τ.Ε.Ι. & Τ.Ε.Π	

Διάρθρωση Τεχνικής Υπηρεσίας :

Η Τεχνική – Ξενοδοχειακή Υπηρεσία του Νοσοκομείου αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται στα εξής τμήματα :



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 : ΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ

### 4.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας

Ο οργανισμός του Γενικού Νοσοκομείου Αμαλιάδας, όπως ισχύει με το 263/1979 Π.Δ. « περί τροποποίησης και συμπλήρωσης του Οργανισμού του Γενικού Νοσοκομείου Αμαλιάδας » (ΦΕΚ 73/Α/1979), αναμορφώνεται με τις διατάξεις της απόφασης 28/31.01.86 του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου. Υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 «περί οργάνωσης της Ιατρικής Αντιλήψεως» (ΦΕΚ 254/Α/1953). Αναγνωρίζεται ως Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου διεπόμενο από τις διατάξεις αυτού του Νομοθετικού Διατάγματος, όπως τροποποιήθηκαν και αργότερα συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του Ν. 1397/83 περί του ΕΘΝΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ ΥΓΕΙΑΣ. Ορίζεται ως Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο και έχει την επωνυμία « **ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΜΑΡΧΙΑΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ** », με έδρα το δήμο **Αμαλιάδας** του Νομού Ηλείας.

Το Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας υπάγεται στην 6<sup>η</sup> Υγειονομική Περιφέρεια Ηπείρου, Ιονίων Νήσων, Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου, στην αρμοδιότητα της οποίας εντάσσονται συνολικά έντεκα νοσοκομεία. Είναι ένα από τα τρία νοσοκομεία του νομού που παρέχει υπηρεσίες πρωτοβάθμιας και δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στους Ηλείους και όχι μόνο πολίτες. Εξυπηρετεί πληθυσμό περίπου 90.000 κατοίκων που διαβιούν στο βόρειο τμήμα του Ν. Ηλείας και συγκεκριμένα από τη Βάρδα έως την ορεινή Λαμπεΐα και έως στα Δουνείκα στον κάμπο της Ηλείας. Η σημασία του Νοσοκομείου Αμαλιάδας για το Νομό Ηλείας έλαβε ιδιαίτερες διαστάσεις μετά την προβληματική λειτουργία του Νοσοκομείου Πύργου, απόρροια του μεγάλου σεισμού του 1993.

### 4.2 Ιστορική Αναδρομή

**1949** : Ανέγερση του κτιρίου ύστερα από πρωτοβουλία και ταυτόχρονα χορηγία των Ελλήνων Ομογενών της Αμερικής, κατόπιν συνεργασίας με την κυβέρνηση των Ηνωμένων Πολιτειών Αμερικής και του Υπουργείου Υγείας της Ελλάδας.

**1952** : Έναρξη της λειτουργίας του ως νοσοκομείου.

**1953** : Εντάσσεται στο Εθνικό Σύστημα Υγείας (Ε.Σ.Υ.) και μετατρέπεται σε Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου.

**1985** : Κατασκευάζεται και τίθεται σε λειτουργία η κεντρική πτέρυγα, η οποία στέγαζε κλινικές όπως η Παθολογική κλινική, η Μαιευτική και η Χειρουργική κλινική. Η πτέρυγα αυτή ουσιαστικά κατασκευάστηκε προκειμένου να επεκταθεί το κτίριο του 1949 που στέγαζε κυρίως τα Εξωτερικά Ιατρεία και ορισμένα γραφεία της Διοικητικής Υπηρεσίας.

**1987** : Με την υπ. αριθμ. Υ4Α/45127/05 απόφαση των Υπουργών Εσωτερικών – Οικονομίας και Οικονομικών – Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης αναμορφώνεται ο οργανισμός του.

**1990 – 1996** : Αρχή λειτουργίας της Δυτικής και Ανατολικής πτέρυγας του Νοσοκομείου. Στις πτέρυγες αυτές καθώς και στην κεντρική πτέρυγα μεταφέρθηκαν και λειτουργούν μέχρι και σήμερα στο ισόγειο και στον Α΄ όροφο οι κλινικές.

**2002** : Εκπόνηση μελέτης ανέγερσης της νέας πτέρυγας επέκτασης του Νοσοκομείου με σκοπό τη στέγαση των Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών, Μονάδας Αυξημένης Φροντίδας, Η/Μ εγκαταστάσεων, ακτινολογικού εργαστηρίου, υπερήχου κ.α.

**2004** : Έναρξη του ανωτέρου έργου.

**2011** : Στις 23-02-11 με πράξη του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου αποφασίστηκε ομόφωνα η έγκριση αποστολής τεχνικών προδιαγραφών ιατροτεχνολογικού εξοπλισμού για τις ανάγκες της νέας πτέρυγας, στην 6<sup>η</sup> ΥΠΕ. Η συνεδρίαση έλαβε χώρα υπό την προεδρία της κ. Παπαθεοχάρη Μαρίας, Διοικήτριας του Νοσοκομείου.

**2011** : Συμπληρώνονται 62 χρόνια λειτουργίας και συνεχούς προσφοράς του Νοσοκομείου, στην ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας στο Νομό Ηλείας.

### **4.3 Σκοπός του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αμαλιάδας**

⇒ Η ίση και υψηλού επιπέδου παροχή σε κάθε πολίτη, Πρωτοβάθμιας και Δευτεροβάθμιας υγειονομικής περίθαλψης στην περιοχή ευθύνης της 6<sup>ης</sup> Υγειονομικής Περιφέρειας Ηπείρου, Ιονίων Νήσων, Δυτικής Ελλάδας και Πελοποννήσου σύμφωνα με το νόμο 1397/83 περί του Ε.Σ.Υ. Επίσης η παροχή φροντίδας υγείας σε ασθενείς που παραπέμπονται από οποιαδήποτε Υγειονομική Περιφέρεια της χώρας.

⇒ Η ανάπτυξη καθώς και η προαγωγή της ιατρικής έρευνας.

⇒ Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης γιατρών, καθώς και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας, σύμφωνα με τις ισχύουσες, κάθε φορά, διατάξεις και αποφάσεις.

#### 4.4 Οργανόγραμμα του Γενικού Νομαρχιακού Νοσοκομείου Αμαλιάδας

Η οργανική δύναμη του νοσοκομείου της Αμαλιάδας ανέρχεται στις εκατόν είκοσι (120) κλίνες. Από αυτές ανεπτυγμένες είναι οι ογδόντα έξι (86). Σε ποσοστό αντιστοιχεί στο 70,45% των προβλεπόμενων κλινών. Στην περιοχή ευθύνης του υπάγονται :

- 1) Το Κέντρο Υγείας Βάρδας και τα Περιφερειακά Ιατρεία Μανωλάδος και Μπορσίου.
- 2) Το Κέντρο Υγείας Σιμόπουλου και τα Περιφερειακά Ιατρεία Εφύρας, Λουκά, Πανόπουλου, Αγραπιδωχωρίου, Λαμπείας και Κρυόβρυσης.

Οι υπηρεσίες του Νοσοκομείου διακρίνονται σε :



Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Είναι μεταξύ τους ισότιμες και υπάγονται ιεραρχικά στον Πρόεδρο του Διοικητικού Συμβουλίου του Νοσοκομείου. Υπάρχει ένα Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης και Πληροφορικής και ένα Ειδικό Γραφείο Υποδοχής Ασθενών, τα οποία υπάγονται απευθείας στο **Διοικητή** του Νοσοκομείου.

##### Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας

Η ιατρική υπηρεσία του νοσοκομείου αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται στους εξής τομείς:



Ο κάθε τομέας διαρθρώνεται σε τμήματα και μονάδες. Ο παθολογικός τομέας είναι δυναμικότητας εξήντα οκτώ (68) κλινών. Από αυτές ανεπτυγμένες είναι οι σαράντα δύο (42). Στα τμήματα του περιλαμβάνει (1) Παθολογικό με τριάντα τρεις (33) κλίνες και ένα Καρδιολογικό με εννέα (9) κλίνες. Στις μονάδες συγκαταλέγονται (1) μονάδα Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας.

<b>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	
<b>Τμήματα</b>	<b>Μονάδες</b>
Παθολογικό	Νοσηλείας Μεσογειακής Αναιμίας
Καρδιολογικό	

Ο χειρουργικός τομέας είναι δυναμικότητας πενήντα δύο (52) κλινών. Από τις κλίνες αυτές ανεπτυγμένες είναι οι τριάντα εννέα (39). Στα τμήματα του περιλαμβάνονται (1) Χειρουργικό με δεκαοκτώ (18) κλίνες, (1) Ορθοπαιδικό με εννέα (9) κλίνες καθώς και (1) Μαιευτικό – Γυναικολογικό με δώδεκα (12) κλίνες. Στις μονάδες διακρίνονται (1) μονάδα Μεταναισθητικής Φροντίδας, και (1) Μονάδα Αυξημένης Φροντίδας (Μ.Α.Φ.) με δύο (2) κλίνες.

<b>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</b>	
<b>Τμήματα</b>	<b>Μονάδες</b>
Χειρουργικό	Μεταναισθητικής Φροντίδας
Ορθοπαιδικό	Αυξημένης Φροντίδας
Μαιευτικό – Γυναικολογικό	

Στο Νοσοκομείο λειτουργεί και τμήμα Βραχείας Νοσηλείας το οποίο διαθέτει δύο (2) κλίνες. Στον εργαστηριακό τομέα διακρίνονται μόνο τμήματα. Αυτά είναι : (1) τμήμα Μικροβιολογικού – Βιοχημικού, (1) Αιμοδοσίας, (1) Ακτινοδιαγνωστικού καθώς και (1) τμήμα Φαρμακευτικό.

<b><u>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΤΟΜΕΑΣ</u></b>	
<b><u>Τμήματα</u></b>	<b><u>Μονάδες</u></b>
Μικροβιολογικό – Βιοχημικό	-
Αιμοδοσίας	-
Ακτινοδιαγνωστικό	-
Φαρμακευτικό	-

Τα διατομεακά τμήματα περιλαμβάνουν :

<b><u>ΔΙΑΤΟΜΕΑΚΑ ΤΜΗΜΑΤΑ</u></b>	
Ημερήσιας Νοσηλείας	
Επειγόντων Περιστατικών	

Στα λοιπά τμήματα του Νοσοκομείου Αμαλιάδας ανήκουν :

<b><u>ΛΟΙΠΑ ΤΜΗΜΑΤΑ</u></b>	
Παραϊατρικού προσωπικού	Διαιτολογίας - Διατροφής
Κοινωνικής Εργασίας	

#### Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η νοσηλευτική υπηρεσία του Νοσοκομείου, αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται σε τρεις (3) τομείς :





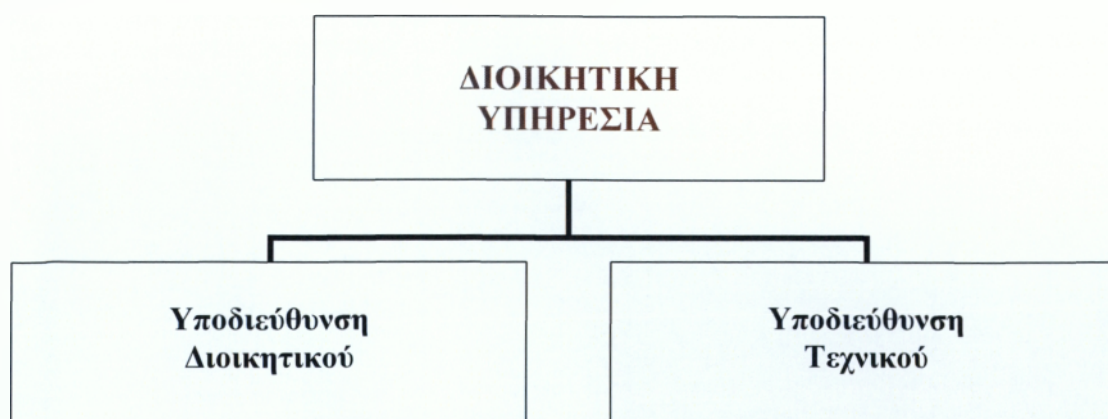
1) **A' Νοσηλευτικός Τομέας** : Διακρίνεται σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν τις ανάγκες για τα τμήματα και τις μονάδες του Παθολογικού Τομέα.

2) **B' Νοσηλευτικός Τομέας** : Διακρίνεται σε τέσσερα (4) τμήματα, τα οποία και καλύπτουν τα τμήματα και τις μονάδες του Χειρουργικού Τομέα, καθώς και τα χειρουργεία.

3) **Γ' Νοσηλευτικός Τομέας** : Διακρίνεται σε τέσσερα (4) τμήματα που καλύπτουν τα τμήματα του Εργαστηριακού Τομέα όπως και τα Διατομεακά Τμήματα.

#### Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί Διεύθυνση και διαρθρώνεται σε δύο υποδιευθύνσεις. Την υποδιεύθυνση Διοικητικού – Οικονομικού και την υποδιεύθυνση Τεχνικού. Οι υποδιευθύνσεις διαρθρώνονται αντίστοιχα σε Τμήματα και Αυτοτελή γραφεία.



Η υποδιεύθυνση Διοικητικού – Οικονομικού διαρθρώνεται στα ακόλουθα τμήματα και αυτοτελή γραφεία :

**ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟΥ – ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ**

<b><u>Τμήματα</u></b>	<b><u>Αυτοτελή Γραφεία</u></b>
Διαχείρισης Ανθρώπινου Δυναμικού	Επιστάσις
Γραμματείας	Ιματισμού
Γραμματείας Εξωτερικών Ιατρείων	
Γραμματείας Επειγόντων Περιστατικών	
Κίνησης Ασθενών	
Οικονομικού	

Η υποδιεύθυνση τεχνικού διακρίνεται στα εξής τμήματα και αυτοτελή γραφεία:

**ΥΠΟΔΙΕΥΘΥΝΣΗ ΤΕΧΝΙΚΟΥ**

<b><u>Τμήματα</u></b>	<b><u>Αυτοτελή Γραφεία</u></b>
Τεχνικού	
Βιοιατρικής Τεχνολογίας	

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 : ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ – ΥΛΙΚΟ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΣ ΕΡΕΥΝΑΣ**

### **5.1 Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κρεστένων**

Το Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κρεστένων υπάγεται στις διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 «Περί οργανώσεως της Ιατρικής Αντιλήψεως» (ΦΕΚ 254/53 τ. Α), αποτελεί νομικό πρόσωπο δημοσίου δικαίου, που διέπεται από τις διατάξεις του Ν.Δ/τος αυτού, όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν μεταγενέστερα από τις διατάξεις του Ν.1579/85 « Ρυθμίσεις για την εφαρμογή και ανάπτυξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και άλλες διατάξεις », και φέρει την επωνυμία « **ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ – ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΡΕΣΤΕΝΩΝ** » με έδρα την πόλη των Κρεστένων στο Νομό Ηλείας.

#### **5.1.1 Ιστορική Αναδρομή**

**1949 :** Κτιριακή ανέγερση του νοσοκομείου Κρεστένων, η οποία προκύπτει από δωρεά των ομογενών της Αμερικής.

#### **Σκοπός του Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας είναι :**

- Η παροχή ισότιμα για κάθε πολίτη ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική και επαγγελματική του κατάσταση:

α) πρωτοβάθμιας περίθαλψης, σύμφωνα και με τις διατάξεις του άρθρου 15 του Ν. 1397/83 και

β) δευτεροβάθμιας περίθαλψης στο πλαίσιο και στην έκταση της διάρθρωσης της Ιατρικής του Υπηρεσίας

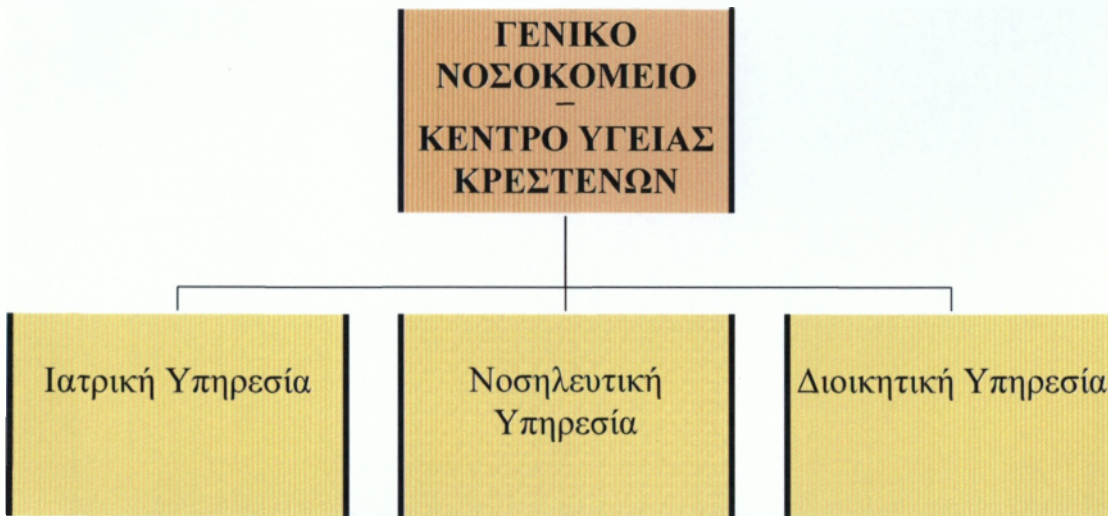
- Η ανάπτυξη και προαγωγή της Ιατρικής έρευνας και

- Η εφαρμογή προγραμμάτων ειδίκευσης, συνεχούς εκπαίδευσης ιατρών, καθώς και εκπαίδευσης και επιμόρφωσης λειτουργών άλλων κλάδων υγείας, σύμφωνα με τις διατάξεις και αποφάσεις που ισχύουν κάθε φορά.

Η συνολική δύναμη του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας είναι πενήντα (50) κλίνες. Από αυτές ανεπτυγμένες είναι οι 43 κλίνες.

## 5.2 Οργανόγραμμα του Γενικού Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας Κρεστένων

Το Γενικό Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κρεστένων συγκροτείται από τις εξής υπηρεσίες :



Κάθε υπηρεσία έχει τη δική της ξεχωριστή συγκρότηση και ιεραρχική διάρθρωση. Οι τρεις αυτές υπηρεσίες είναι ισότιμες μεταξύ τους, και ιεραρχικά υπάγονται στον Πρόεδρο του Δ.Σ. του Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας.

Διάρθρωση Ιατρικής Υπηρεσίας :

Η Ιατρική Υπηρεσία του Νοσοκομείου διαρθρώνεται στους εξής τομείς :



Ο κάθε τομέας της Ιατρικής Υπηρεσίας διαρθρώνεται στα εξής Τμήματα :

<u>ΠΑΘΟΛΟΓΙΚΟΣ</u> <u>ΤΟΜΕΑΣ</u>	<u>ΧΕΙΡΟΥΡΓΙΚΟΣ</u> <u>ΤΟΜΕΑΣ</u>	<u>ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ</u> <u>ΤΟΜΕΑΣ</u>
<u>Τμήματα</u>	<u>Τμήματα</u>	<u>Τμήματα</u>
Παθολογικό	Γενικής Χειρουργικής	Μικροβιολογικό – Βιοχημικό
Παιδιατρικό	Οφθαλμολογικό	Ακτινοδιαγνωστικό
	Μαιευτικό – Γυναικολογικό	Φαρμακευτικό
	Αναισθησιολογικό	

Διάρθρωση Νοσηλευτικής Υπηρεσίας

Η Νοσηλευτική Υπηρεσία διαρθρώνεται σε 2 τομείς :



- 1) Α΄ Νοσηλευτικός Τομέας : Ο τομέας αυτός καλύπτει τον Παθολογικό Τομέα, τον Χειρουργικό Τομέα και τον Εργαστηριακό Τομέα της Ιατρικής Υπηρεσίας.
- 2) Β΄ Νοσηλευτικός Τομέας : Είναι υπεύθυνος για την κάλυψη του Κέντρου Υγείας.

Διάρθρωση Διοικητικής Υπηρεσίας :

Η Διοικητική Υπηρεσία αποτελεί διεύθυνση και διαρθρώνεται ως εξής :



Η διάρθρωση των τμημάτων και των αυτοτελών γραφείων της διοικητικής υπηρεσίας του Νοσοκομείου – Κέντρου Υγείας είναι η εξής :

<u>ΤΜΗΜΑΤΑ</u>	<u>ΑΥΤΟΤΕΛΗ ΓΡΑΦΕΙΑ</u>
Διοικητικού – Οικονομικού	Τεχνικού
Γραμματείας	Διατροφής
	Κοινωνικής Υπηρεσίας

**Παρατήρηση :**

Το Νοσοκομείο – Κέντρο Υγείας Κρεστένων λειτουργεί κατά κύριο λόγο με το δεύτερο ρόλο του ως Κέντρο Υγείας. Παρέχει δηλαδή στους Ηλείους πολίτες υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης. Στοχεύει ουσιαστικά στη διάγνωση και τη θεραπεία νοσημάτων για τα οποία δεν κρίνεται απαραίτητη η εισαγωγή και παραμονή στο Νοσοκομείο, και κατά συνέπεια σπάνια παρατηρείται νοσηλεία ασθενών. Οι ασθενείς που χρήζουν νοσηλείας μεταφέρονται ως επί το πλείστον στα άλλα δύο Νοσοκομεία της Ηλείας, το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πύργου και το Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας.

### **5.3 Υλικό και Μέθοδος της έρευνας**

Στον ευαίσθητο και ταυτόχρονα ιδιαίτερο χώρο της υγείας δεν υπάρχει κανένας πιο αρμόδιος εκτιμητής, των παρεχόμενων υπηρεσιών, από τον ασθενή. Είναι οι ιδανικοί κριτές καθώς η περίθαλψη είτε καλή είτε κακή παρέχεται άμεσα σε αυτούς. Η συμμετοχή τους στις έρευνες που λαμβάνουν χώρα για την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών μπορεί να αποδώσει εξαιρετικά ενδιαφέρουσες πληροφορίες για το ιατρικό – νοσηλευτικό – διοικητικό προσωπικό και κατά συνέπεια για την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η εμπειρία των ασθενών έχει βαρύνουσα σημασία καθώς η Διοίκηση του Νοσοκομείου, είναι αδύνατο να έχει γνώση για τα προβλήματα που μπορεί κάθε ένας πολίτης ξεχωριστά να αντιμετωπίσει στους χώρους ενός Νοσοκομείου.

Όπως έχει προαναφερθεί η ικανοποίηση των ασθενών έχει καταλυτική ισχύ καθώς αποδεικνύει κατά πόσο ο εκάστοτε φορέας ανταποκρίνεται στις ανάγκες των ασθενών και καλύπτει τις προσδοκίες τους. Στον αντίποδα αποδεικνύει την αδυναμία ανταπόκρισης στις ανάγκες, καθώς και τις επιθυμίες των ασθενών. Ουσιαστικά σηματοδοτεί τη επιτυχία ή την αποτυχία ενός συστήματος υγείας.

#### **5.3.1 Σκοπός έρευνας:**

Σκοπός της παρούσας έρευνας ήταν η μέτρηση και αξιολόγηση του επιπέδου ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών, κατά τη διάρκεια νοσηλείας τους στα Γενικά Νοσοκομεία του Νομού Ηλείας, Πύργου και Αμαλιάδας.

#### **5.3.2 Μεθοδολογία – Όργανο μέτρησης**

Προκειμένου να αναπτυχθεί το θεωρητικό μέρος της πτυχιακής εργασίας χρησιμοποιήθηκε ελληνική και ξενόγλωσση βιβλιογραφία. Όργανο μέτρησης αποτέλεσε ένα ερωτηματολόγιο που αφορούσε στους εσωτερικούς ασθενείς των Γενικών Νοσοκομείων Πύργου και Αμαλιάδας. Το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης των ασθενών βασίστηκε στο ερωτηματολόγιο του κ. Αλετρά Βασιλείου, καθηγητή του Ελληνικού Πανεπιστημίου Μακεδονίας στη Θεσσαλονίκη. Η καταχώρηση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με τη χρήση του προγράμματος Microsoft Excel 2003. Για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων υιοθετήθηκε η μέθοδος της τηλεφωνικής συνέντευξης με τους νοσηλευθέντες ασθενείς, που επελέγησαν ως δειγματοληπτικό πλαίσιο, των νοσοκομείων. Από τα αποτελέσματα που προέκυψαν,

εξήχθησαν συμπεράσματα για το εάν οι ασθενείς υπήρξαν ικανοποιημένοι ή δυσαρεστημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας των συγκεκριμένων ιδρυμάτων.

### 5.3.3 Συλλογή δεδομένων

Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας έγινε με τη μέθοδο της τηλεφωνικής συνέντευξης. Η συγκεκριμένη μορφή συλλογής πληροφοριών έχει ορισμένα σημαντικά πλεονεκτήματα όπως: (α) η επικοινωνία με τους ασθενείς 3 - 4 μέρες μετά την έξοδο τους από το Νοσοκομείο. Οι ασθενείς είναι ψυχολογικά αποφορτισμένοι και μπορούν να απαντήσουν χωρίς το αίσθημα της αμηχανίας ή του φόβου, που επικρατεί μέσα στους χώρους του Νοσοκομείου, (β) η άμεση επαφή με τους ασθενείς, (γ) μεγάλο εύρος συμμετοχής καθώς δίνεται η δυνατότητα να απαντήσουν και άτομα που δεν μπορούν να γράψουν ή να διαβάσουν και (δ) οι ασθενείς αισθάνονται ότι η έρευνα δεν είναι απρόσωπη και ότι υπάρχει πραγματικό ενδιαφέρον να καταγραφεί η εμπειρία και η άποψή τους.

Προκειμένου να εξασφαλιστεί το δειγματοληπτικό πλαίσιο της έρευνας στο Νοσοκομείο Πύργου, υπήρξε προσωπική συνάντηση με τους ασθενείς στους θαλάμους νοσηλείας τους. Στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας στοιχεία για τους ασθενείς εξασφαλίστηκαν από το αρμόδιο Γραφείο Κινήσεως. Σκοπός της συγκεκριμένης διαδικασίας ήταν: α) αρχικά να αποσπαστεί από τους ασθενείς η συγκατάθεση τους προκειμένου να συμμετάσχουν στην έρευνα, και με τη σύμφωνη γνώμη τους να έρθουμε σε επαφή μαζί τους, β) να υπάρξει γνωριμία μας με τους ασθενείς ώστε όταν πραγματοποιηθεί η τηλεφωνική συνέντευξη να έχουν ήδη ενημερωθεί για το σκοπό της έρευνας και τη σημασία της, και γ) να γίνει ανάλυση της διαδικασίας βάσει της οποίας θα πραγματοποιηθεί η συνέντευξη.

Οι ασθενείς κλήθηκαν να απαντήσουν σε 64 ερωτήσεις οι οποίες ήταν διατυπωμένες με μεγάλη σαφήνεια, σε ουδέτερο ύφος, και κάλυπταν τις εξής ενότητες:

- ⇒ Τρόπο εισαγωγής
- ⇒ Συμπεριφορά νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού
- ⇒ Συμπεριφορά παραϊατρικού προσωπικού
- ⇒ Καθαριότητα στους θαλάμους – χώρους του νοσοκομείου
- ⇒ Ταχύτητα εξυπηρέτησης και ανταπόκρισης του προσωπικού
- ⇒ Σεβασμός, ευγένεια και ενδιαφέρον από το προσωπικό του νοσοκομείου
- ⇒ Προσωπικά στοιχεία ασθενών για την εξαγωγή στατιστικών συμπερασμάτων

Η καταγραφή της άποψης των ασθενών, βάσει της προσωπικής εμπειρίας που βίωσαν, έχει τη δυναμική να εντοπίσει τα αδύναμα σημεία που χρήζουν βελτίωσης στα νοσοκομεία.



Άλλωστε αντικειμενικός σκοπός κάθε έρευνας που υλοποιείται, είναι να καταγράψει που επικεντρώνεται η δυσαρέσκεια των ασθενών από τις υπηρεσίες που έλαβαν.

Συγκεκριμένα μπορεί να αφορά :

- ⇒ Τις υπηρεσίες περίθαλψης καθώς και τον τρόπο συμπεριφοράς ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού
- ⇒ Τις παρεχόμενες διοικητικές υπηρεσίες και τη συμπεριφορά από το υπόλοιπο προσωπικό του Νοσοκομείου ( ραντεβού, εξιτήρια, φαγητό, καθαριότητα, φύλαξη)
- ⇒ Το εσωτερικό περιβάλλον και τις προγραμματισμένες διαδικασίες
- ⇒ Το κόστος των υπηρεσιών

Απαραίτητη προϋπόθεση για τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων ήταν οι ασθενείς να έχουν πάρει εξιτήριο από τα Νοσοκομεία. Επίσης να έχουν περάσει κάποιες μέρες από την επιστροφή στο σπίτι τους, ώστε να έχουν ηρεμήσει από την ψυχολογική φόρτιση. Για τη διεκπεραίωση της έρευνας στους χώρους των νοσοκομείων ζητήθηκε η απαραίτητη άδεια πρόσβασης από τα αρμόδια όργανα διοίκησης.

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

1) Δειγματοληψία

2) Καταγραφή δεδομένων

3) Ανάλυση δεδομένων

#### **5.3.4 Κριτήρια επιλογής δείγματος**

Για την επιλογή των ασθενών που θα αποτελούσαν το δείγμα της έρευνας, ορίστηκαν συγκεκριμένα κριτήρια επιλογής αυτών :

- Η ηλικία των συμμετεχόντων να είναι άνω των 18 ετών.
- Η εξασφάλιση συναίνεσης συμμετοχής των ασθενών στην έρευνα.
- Η νοσηλεία των ασθενών να είναι άνω των 2 – 3 ημερών, ώστε οι απαντήσεις τους να είναι αντικειμενικές και να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα, έχοντας σχηματίσει πλήρη εικόνα των όσων λαμβάνουν χώρα στα συγκεκριμένα Νοσοκομεία.
- Οι ασθενείς να βρίσκονται σε σταθερή συναισθηματική κατάσταση και σε ικανοποιητικό επίπεδο συνείδησης, που θα τους επιτρέπει τη συμμετοχή τους στη διαδικασία της συνέντευξης.

#### **5.3.5 Ανάλυση οργάνου μέτρησης**

Δειγματοληπτικό υπόβαθρο της συγκεκριμένης έρευνας αποτέλεσαν οι νοσηλευόμενοι ασθενείς των Γενικών Νοσοκομείων Πύργου και Αμαλιάδας, οι οποίοι χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες των Νοσοκομείων κατά την περίοδο Νοέμβριος 2010 – Μάιος 2011. Ο αριθμός του δείγματος (N) ανήρθε στα N = 190 άτομα.

Η κλίμακα των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου κυμάνθηκε σε πέντε βαθμίδες :

- 1 « συμφωνώ απόλυτα »
- 2 « συμφωνώ »
- 3 « είμαι ουδέτερος »
- 4 « διαφωνώ »
- 5 « διαφωνώ απόλυτα »

Η ανταπόκριση των ασθενών στην έκκληση μας για συνεργασία ήταν άκρως ικανοποιητική. Ελάχιστες ήταν οι περιπτώσεις των ασθενών που αρνήθηκαν να συμμετάσχουν στην έρευνα. Κατά τη διάρκεια της τηλεφωνικής επικοινωνίας οι ασθενείς έδειξαν μεγάλο ενδιαφέρον για την έρευνα και προθυμία να απαντήσουν στις ερωτήσεις. Ταυτόχρονα δεν παρουσιάστηκε άρνηση απάντησης οποιασδήποτε ερώτησης τέθηκε. Συνολικά συμπληρώθηκαν 190 ερωτηματολόγια. Τα 130 αφορούσαν στο Γενικό Νοσοκομείο Πύργου και τα 60 στο Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας.

Το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης των ασθενών διακρίνεται σε τρεις ουσιαστικά ενότητες:

#### ■ ΕΝΟΤΗΤΑ ΠΡΩΤΗ

Η πρώτη ενότητα του ερωτηματολογίου αφορά στον τρόπο εισαγωγής των ασθενών στο Νοσοκομείο, στην άφιξη τους στο Νοσοκομείο και στο χρονικό διάστημα αναμονής έως ότου εξασφαλιστεί κρεβάτι για την εισαγωγή τους σε θάλαμο.

#### ■ ΕΝΟΤΗΤΑ ΔΕΥΤΕΡΗ

Η δεύτερη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις σχετικά με τη συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού όπως και του υπόλοιπου προσωπικού του Νοσοκομείου. Επιπλέον ερωτήσεις από τις οποίες προκύπτουν συμπεράσματα για τις γνώσεις, την προθυμία εξυπηρέτησης, την ανταπόκριση στο κάλεσμα των ασθενών και τη διακριτικότητα των υπαλλήλων.

Οι ερωτήσεις στη συνέχεια αναφέρονται στο εσωτερικό περιβάλλον του Νοσοκομείου :

- Καθαριότητα θαλάμου

- Θόρυβος στο θάλαμο
- Ασφάλεια στο θάλαμο
- Θερμοκρασία
- Τήρηση επισκεπτηρίου
- Ποιότητα φαγητού
- Προγραμματισμένες διαδικασίες
- Ανταπόκριση προσωπικού στον πόνο των ασθενών
- Συνολική εκτίμηση για το κάθε Νοσοκομείο

### ■ ΕΝΟΤΗΤΑ ΤΡΙΤΗ

Η Τρίτη ενότητα του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει ερωτήσεις που αφορούν προσωπικά χαρακτηριστικά γνωρίσματα των ασθενών. Συγκεκριμένα :

- Φύλο
- Ηλικία
- Μορφωτικό επίπεδο
- Κατάσταση της υγείας την ώρα που λαμβάνει χώρα η συνέντευξη.
- Αμοιβές προς τους υπαλλήλους των Νοσοκομείων

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 : ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

### ΑΝΑΛΥΣΗ ΕΡΩΤΗΣΕΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ

#### 6.1 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΠΥΡΓΟΥ

##### ❖ ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- Εισαγωγή στο νοσοκομείο ως επείγον περιστατικό ή κατόπιν λίστας αναμονής ή προσχεδιασμένα.

Η ερώτηση αυτή ερευνά τον τρόπο με τον οποίο πραγματοποιήθηκε η εισαγωγή των ασθενών στο νοσοκομείο, δηλαδή, είτε ως επείγον περιστατικό, είτε κατόπιν λίστας αναμονής.

Τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί (6.1.1)

**Πίνακας 6.1.1 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο ανά φύλο.**

ΦΥΛΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	
	Επείγον	Λίστα Αναμονής
Άνδρες	54 (50%)	7 (32%)
Γυναίκες	54 (50%)	15 (68%)
ΣΥΝΟΛΟ	108 (100%)	22 (100%)

Η εισαγωγή στο νοσοκομείο όπως προκύπτει από το δείγμα, είναι 83% ως έκτακτα περιστατικά και το υπόλοιπο 17%, κατόπιν ραντεβού με τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Το ποσοστό των ασθενών που προσήλθαν στα επείγοντα αποδεικνύει την κατάφωρη αμέλεια για τον έλεγχο της υγείας τους, και κατά συνέπεια ότι προσέρχονται όταν παρουσιάζεται επιτακτική ανάγκη. Επιπλέον τα ατυχήματα θεωρούνται αδιαμφισβήτητος λόγος έκτακτης εισαγωγής. Στα επείγοντα περιστατικά το 50% των ατόμων ήταν άνδρες και το 50% γυναίκες. Σημαντική διαφορά παρατηρείται στη λίστα αναμονής καθώς το ποσοστό των νοσηλευθέντων γυναικών άγγιξε το 68%, ενώ στους άνδρες το ποσοστό κυμαίνεται μόλις στο 32%.

❖ **Επείγον περιστατικό - άμεση παραπομπή**

Στον πίνακα που ακολουθεί (6.1.2) παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με τα επείγοντα περιστατικά που προσήλθαν στο νοσοκομείο.

**Πίνακας 6.1.2 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ανεπαρκή πληροφόρηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	
	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	1	1%
Συμφωνώ	5	4%
Ουδέτερος/η	3	3%
Διαφωνώ	55	51%
Διαφωνώ απόλυτα	44	41%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Σχετικά με την ανεπαρκή πληροφόρηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών μόλις το 5% συμφωνεί πως είχε ελλιπή πληροφόρηση, ενώ το 92% των ατόμων που προσήλθαν διαφωνεί ως προς αυτό με συντριπτική διαφορά.

**Πίνακας 6.1.3 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την οργανωμένη φροντίδα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	39	36%
Συμφωνώ	59	55%
Ουδέτερος/η	5	5%
Διαφωνώ	4	3%
Διαφωνώ απόλυτα	1	1%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>108</b>	<b>100%</b>

Το 4% των ασθενών που προσήλθαν στο νοσοκομείο διαφωνεί με την παροχή οργανωμένης φροντίδας από το τμήμα. Το 91% των ασθενών, διαφορά πολύ σημαντική, συμφωνεί πως το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Νοσοκομείου παρέχει οργανωμένη φροντίδα στους ασθενείς του. Ουδέτερο παρέμεινε μόλις το 5% των ασθενών.

#### ❖ Προγραμματισμένα ραντεβού – Χρόνος αναμονής για εισαγωγή

Τα αποτελέσματα των προγραμματισμένων περιστατικών ως προς το χρόνο αναμονής για εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, παρουσιάζονται στον πίνακα (6.1.4).

**Πίνακας 6.1.4 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σύμφωνα με το χρόνο αναμονής για εισαγωγή κατόπιν ραντεβού**

<b>ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ</b>	<b>Αριθμός Ασθενών</b>	<b>Ποσοστό</b>
<b>Λιγότερο από 1 εβδομάδα</b>	17	77%
<b>Μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων</b>	3	14%
<b>Μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων</b>	2	9%
<b>Περισσότερο από 1 μήνα</b>	-	-
<b>Δεν θυμάστε</b>	-	-
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>22</b>	<b>100%</b>

Για την πλειοψηφία των ερωτηθέντων, ποσοστό 77%, ο χρόνος αναμονής έως ότου πραγματοποιηθεί η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, ήταν λιγότερο από 1 εβδομάδα. Από 1 – 2 εβδομάδες κυμάνθηκε το χρονικό διάστημα εισαγωγής, για ένα ποσοστό της τάξεως του 14%. Προκειμένου να εισαχθεί στο Νοσοκομείο το 9% των ασθενών χρειάστηκε να περιμένει από 2 – 4 εβδομάδες. Όπως προκύπτει οι ασθενείς του Νοσοκομείου Πύργου δεν αντιμετώπισαν κάποια σημαντική χρονική καθυστέρηση στην εισαγωγή κατόπιν ραντεβού.

#### ❖ Προγραμματισμένη εισαγωγή – Προσωπικό Γραμματείας

Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στην διαδικασία προγραμματισμένης αναμονής. Επιπρόσθετα παρουσιάζεται η συμπεριφορά που επέδειξε το προσωπικό της Γραμματείας προς τους ασθενείς.

**Πίνακας 6.1.5 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των ασθενών σχετικά με την προγραμματισμένη εισαγωγή.**

<b>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</b>					
	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Ουδέτερος/η</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>
<b>Μεγάλος Χρόνος Αναμονής</b>	-	-	-	13 (59%)	9 (41%)
<b>Ευκολία στο κλείσιμο ραντεβού</b>	5 (23%)	11 (50%)	6 (27%)	-	-
<b>Απρόθυμο Προσωπικό</b>	-	-	4 (18%)	12 (55%)	6 (27%)
<b>Επαρκής Ενημέρωση</b>	3 (14%)	12 (55%)	7 (31%)	-	-

Στο ερώτημα που τέθηκε σχετικά με το εάν υπήρξε μεγάλος χρόνος αναμονής το σύνολο των ασθενών διαφώνησε ως προς αυτό, με το ποσοστό της διαφωνίας να αγγίζει το 59%, και της απόλυτης διαφωνίας το 41%. Το 73% θεωρεί ότι το κλείσιμο του ραντεβού στη Γραμματεία ήταν εύκολη διαδικασία, ενώ ουδέτερο δήλωσε το 27% του δείγματος. Διαφωνία ως προς την ευκολία δεν υπήρξε καμία.. Όσον αφορά την απροθυμία του προσωπικού της Γραμματείας για εξυπηρέτηση το 82% διαφωνεί και μόλις το 18% παρέμεινε ουδέτερο στην ερώτηση αυτή. Τέλος σε ερώτηση που αφορούσε στην επαρκή ενημέρωση το 69% συμφώνησε, δηλώνοντας έτσι την ικανοποίησή του. Ουδέτερη θέση επέλεξε να τηρήσει το 31% των ασθενών.

#### ❖ ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στόχος της συγκεκριμένης ερώτησης να προσδιοριστεί ο μέσος όρος των λεπτών που απαιτήθηκαν προκειμένου οι ασθενείς να οδηγηθούν σε θάλαμο, από τη στιγμή που εισήλθαν στο Νοσοκομείο. Η ερώτηση απευθύνεται και στους ασθενείς που προσήλθαν ως επείγον περιστατικό αλλά και σε αυτούς που είχαν προγραμματισμένο ραντεβού.

**Πίνακας 6.1.6 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το χρόνο αναμονής για κρεβάτι.**

<b>ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ</b>	<b>Αριθμός Ασθενών</b>	<b>Ποσοστό</b>
Λιγότερο από 10 λεπτά	42	32%
11 λεπτά - 30 λεπτά	51	39%
30 λεπτά – 1 ώρα	19	14%
Περισσότερο από 2 ώρες	13	11%
Δε θυμάστε	5	4%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>130</b>	<b>100%</b>

Από τα αποτελέσματα του πίνακα 6.1.6 είναι εμφανές πως για τους περισσότερους ασθενείς η εισαγωγή πραγματοποιήθηκε λίγα λεπτά μετά την άφιξη τους στο Νοσοκομείο. Υπήρξε όμως και ένας μικρός αριθμός ασθενών που περίμενε αρκετά έως ότου βρεθεί κρεβάτι για την εισαγωγή του.

#### ■ Αφιξη των ασθενών στο Νοσοκομείο

Στον πίνακα (6.1.7) παρουσιάζονται πληροφορίες που αφορούν στη διαδικασία της προγραμματισμένης εισαγωγής.

**Πίνακας 6.1.7 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την άφιξη στο νοσοκομείο.**

<b>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</b>					
	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Ουδέτερος/η</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>
<b>Μεγάλη Αναμονή</b>	1 (1%)	6 (5%)	11 (8%)	74 (57%)	38 (29%)
<b>Επαρκής Σηματοδότηση</b>	33 (25%)	77 (59%)	19 (15%)	1 (1%)	-
<b>Δυσάρεστη Εισαγωγή</b>	2 (2%)	4 (3%)	13 (10%)	72 (55%)	39 (29%)



Στο ερώτημα αν η αναμονή των ασθενών σε καρέκλα ή σε καροτσάκι μέχρι να οδηγηθούν σε θάλαμο ήταν μεγάλη, το 86% του δείγματος των ασθενών διαφώνησε. Θετικό στην άποψη αυτή υπήρξε μόλις το 6% των ασθενών. Σχετικά με την επαρκή σηματοδότηση στους χώρους του νοσοκομείου το 84% συμφώνησε πως τους εξυπηρετεί σημαντικά στη μετακίνησή τους. Αρνητικό ως προς τη βοήθεια της σηματοδότησης υπήρξε το αμελητέο ποσοστό της τάξεως του 1%. Το 5% των ερωτηθέντων δήλωσε πως η εισαγωγή του στο νοσοκομείο ήταν δυσάρεστη. Η συντριπτική πλειοψηφία με ποσοστό 85% υποστήριξε πως η εισαγωγή του μόνο δυσάρεστη δεν μπορεί να χαρακτηριστεί.

#### ❖ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Ως προς τον τρόπο αντιμετώπισης του νοσηλευτικού προσωπικού τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα (6.1.8).

**Πίνακας 6.1.8 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.**

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Έδειξαν Ενδιαφέρον	54 (42%)	68 (52%)	3 (2%)	5 (4%)	-
Αγενής συμπεριφορά	-	1 (1%)	3 (2%)	66 (51%)	60 (46%)
Παρείχαν ενημέρωση	39 (30%)	70 (54%)	15 (12%)	6 (4%)	-
Απαντούσαν σε ερωτήσεις	-	1 (1%)	15 (12%)	69 (53%)	45 (34%)
Συζητήσιμες	10 (8%)	66 (51%)	50 (38%)	4 (3%)	-
Καθυστέρηση ανταπόκρισης	1 (1%)	16 (12%)	17 (13%)	84 (65%)	12 (9%)
Φέρθηκαν με σεβασμό	64 (50%)	61 (47%)	4 (2%)	1 (1%)	-
Ανικανότητα ανταπόκρισης στα καθήκοντα	-	-	8 (6%)	61 (47%)	61 (47%)
Διακριτικότητα	44 (34%)	68 (52%)	16 (12%)	2 (2%)	-

Από την ανάλυση του παραπάνω πίνακα είναι εμφανές πως το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι απόλυτα ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό προσωπικό. Όπως προκύπτει οι εργαζόμενοι δείχνουν ενδιαφέρον, είναι ευγενικοί, παρέχουν ενημέρωση και φέρονται με σεβασμό στους ασθενείς. Στην ερώτηση εάν το προσωπικό θεωρείται ανίκανο να ανταπεξέρθει στα καθήκοντα του, παρατηρείται διαφωνία στο σύνολο του δείγματος (94%), με ένα πολύ μικρό ποσοστό 6% να παραμένει ουδέτερο.

#### ❖ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στον πίνακα που ακολουθεί (6.1.9) απεικονίζονται αποτελέσματα που αφορούν στον τρόπο συμπεριφοράς του ιατρικού προσωπικού του νοσοκομείου.

**Πίνακας 6.1.9 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού.**

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Περνούσαν σπάνια	-	14 (11%)	8 (6%)	72 (55%)	36 (28%)
Έδειξαν Ενδιαφέρον	44 (34%)	75 (58%)	3 (2%)	8 (6%)	-
Ανικανότητα ανταπόκρισης στα καθήκοντα	-	1 (1%)	7 (5%)	63 (49%)	59 (45%)
Παρείχαν ενημέρωση	41 (32%)	76 (58%)	4 (3%)	9 (7%)	-
Αγενής συμπεριφορά	-	3 (2%)	3 (2%)	76 (59%)	48 (37%)
Διακριτικότητα	40 (31%)	60 (46%)	27 (21%)	3 (2%)	-
Ανεπαρκείς οδηγίες	-	7 (5%)	6 (5%)	67 (52%)	50 (38%)
Διαθεσιμότητα	12 (9%)	86 (66%)	19 (15%)	13 (10%)	-
Λανθασμένη διάγνωση	-	3 (2%)	3 (2%)	62 (48%)	62 (48%)

Σχετικά με το ιατρικό προσωπικό οι ασθενείς, όπως προκύπτει από την ανάλυση του πίνακα, δεν έχουν ουσιαστικά παράπονα. Η πλειοψηφία του δείγματος δηλώνει πως έδειξαν ενδιαφέρον, τους ενημέρωναν για την υγεία τους, ήταν ευγενικοί και οι αντιρρήσεις που παρατηρούνται, κυμαίνονται σε ιδιαίτερα χαμηλά ποσοστά.

## ❖ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στην ερώτηση αυτή καταγράφεται η ύπαρξη ευγένειας ή αγένειας από το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου. Επίσης εξάγονται συμπεράσματα για την επάρκεια ή μη του συνόλου του προσωπικού.

**Πίνακας 6.1.10 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων που αφορούν το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου.**

	<u>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Ευγένεια προσωπικού</b>	33 (25%)	88 (68%)	9 (7%)	-	-
<b>Αγένεια από το προσωπικό καθαριότητας</b>	-	-	4 (3%)	85 (65%)	41 (32%)
<b>Επάρκεια προσωπικού</b>	-	14 (11%)	20 (15%)	82 (63%)	14 (11%)
<b>Αγένεια από το Υπόλοιπο προσωπικό</b>	-	-	-	67 (52%)	63 (48%)

Αναφορικά με το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου, η ευγένεια με την οποία οι εργαζόμενοι αντιμετωπίζουν τους ασθενείς είναι σημείο αναφοράς, και αποδεικνύεται από το 93% θετικών ψήφων εμπιστοσύνης που εισέπραξαν. Το σημαντικότερο πρόβλημα εντοπίζεται στην ανεπάρκεια προσωπικού, καθώς το 74% κάνει λόγο για έλλειψη ατόμων και μόλις το 11% συμφωνεί πως οι εργαζόμενοι επαρκούν.

## ❖ ΦΑΓΗΤΟ

Στην ερώτηση αυτή (πίνακας 6.1.11) καταγράφονται αποτελέσματα από την ικανοποίηση των ασθενών ως προς το φαγητό που του παρέχεται και συγκεκριμένα από την ποιότητα, τη θερμοκρασία και τη καθυστέρηση σερβιρίσματος του.

**Πίνακας 6.1.11 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το παρεχόμενο φαγητό.**

	<u>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Κακή ποιότητα</b>	6 (5%)	21 (16%)	34 (26%)	64 (49%)	5 (4%)
<b>Σωστή θερμοκρασία</b>	9 (7%)	72 (56%)	38 (29%)	9 (7%)	2 (1%)
<b>Καθυστέρηση</b>	1 (1%)	7 (5%)	22 (17%)	95 (73%)	5 (4%)

Σχετικά με το φαγητό το 53% διαφωνεί με την ύπαρξη κακής ποιότητας. Θετικό στην άποψη αυτή είναι το 21%, ενώ το 26% δηλώνει ουδέτερο. Στο θέμα της θερμοκρασίας τα παράπονα είναι ελάχιστα και περιορίζονται στο 8%, ενώ αντίθετα το 63% υποστηρίζει πως η θερμοκρασία ήταν αυτή που έπρεπε. Στο ενδεχόμενο καθυστέρησης σερβιρίσματος του φαγητού υπάρχει κάθετη διαφωνία με το ποσοστό να φτάνει στο 77%.

#### ❖ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Στις ερωτήσεις που αφορούν στο εσωτερικό περιβάλλον του νοσοκομείου αποτυπώνεται η άποψη των ασθενών σχετικά με την καθαριότητα, τη θερμοκρασία, το θόρυβο και την ασφάλεια μέσα στους θαλάμους.

**Πίνακας 6.1.12 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το εσωτερικό περιβάλλον.**

	<u>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Καθαριότητα</b>	49 (38%)	73 (56%)	5 (4%)	3 (2%)	-
<b>Φασαρία</b>	2 (1%)	15 (12%)	8 (6%)	80 (62%)	25 (19%)
<b>Άβολα</b>	3 (2%)	10 (8%)	15 (12%)	51 (39%)	51 (39%)
<b>Ακατάλληλη θερμοκρασία</b>	-	3 (2%)	1 (1%)	91 (70%)	35 (27%)
<b>Ασφάλεια</b>	8 (6%)	94 (72%)	21 (16%)	7 (6%)	-

Όπως προκύπτει από τον πίνακα το 94% συμφωνεί πως στους θαλάμους υπάρχει καθαριότητα ενώ μόλις το 2% διατυπώνει παράπονα για το συγκεκριμένο ζήτημα. Ως προς το ερώτημα που τίθεται για θόρυβο στους θαλάμους η πλειοψηφία των ασθενών με ποσοστό 81% διαφωνεί και το 13% συμφωνεί. Σχετικά με τη θερμοκρασία, το 97% των ασθενών είναι ικανοποιημένο και μόλις το 2% φαίνεται να είναι δυσαρεστημένο. Όσον αφορά την ύπαρξη ασφάλειας στους θαλάμους οι περισσότεροι ασθενείς συμφωνούν πως αισθάνονται ασφαλείς, ενώ το 16% του συνόλου παρέμεινε ουδέτερο.

#### ❖ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Η ερώτηση αυτή αφορά στην ύπαρξη καθυστέρησης στην εξυπηρέτηση των ασθενών και επίσης στο εάν η παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο ήταν οργανωμένη. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί (6.1.13).

**Πίνακας 6.1.13 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την οργάνωση στο νοσοκομείο.**

	<u>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</u>				
	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Ουδέτερος/η</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>
<b>Γρήγορη εξυπηρέτηση στις προγραμματισμένες διαδικασίες</b>	13 (10%)	106 (81%)	9 (7%)	1 (1%)	1 (1%)
<b>Ανοργάνωτη παραμονή στο νοσοκομείο</b>	-	4 (3%)	1 (1%)	76 (58%)	49 (38%)

Όπως προκύπτει από τον πίνακα σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης στις προγραμματισμένες διαδικασίες, το ποσοστό των ικανοποιημένων νοσηλευθέντων ξεπερνά το 90% ενώ το 7% είναι ουδέτερο. Όσον αφορά την οργανωμένη παραμονή στο νοσοκομείο μόλις το 3% των ασθενών δηλώνει πως η οργάνωση στο νοσοκομείο δεν ήταν αυτή που θα επιθυμούσαν. Για άρτια οργάνωση παραμονής κάνει λόγο το 96% των ασθενών.

## ❖ ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στο ερώτημα αυτό καταγράφεται η ικανοποίηση των νοσηλευθέντων κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Συγκεκριμένα εάν η έξοδος τους καθυστέρησε λόγω γραφειοκρατίας, εάν ενημερώθηκαν επαρκώς κατά τη διαδικασία εξόδου και ποια η άποψη τους για τη χρονικό διάστημα που διήρκεσε η νοσηλεία τους. Τα αποτελέσματα που αφορούν στην ικανοποίηση από την έξοδο παρουσιάζονται στον πίνακα (6.1.14).

**Πίνακας 6.1.14: Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση κατά την έξοδο.**

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Καθυστέρηση εξόδου λόγω γραφειοκρατίας</b>	-	4 (3%)	2 (1%)	78 (60%)	46 (36%)
<b>Επαρκής Ενημέρωση</b>	40 (31%)	81 (62%)	4 (3%)	4 (3%)	1 (1%)
<b>Μικρή διάρκεια νοσηλείας</b>	-	3 (2%)	35 (27%)	71 (55%)	21 (16%)

Το 96% των ασθενών δήλωσε πως δεν αντιμετώπισε πρόβλημα στην έκδοση του εξιτηρίου του, λόγω γραφειοκρατίας. Επίσης το 93% θεωρεί πως έλαβε επαρκή ενημέρωση και ενδεικτικό είναι πως το 27% των ασθενών κράτησε ουδέτερη στάση στο ερώτημα εάν η νοσηλεία διήρκεσε λιγότερο από ότι περίμεναν.

## ❖ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Το τελευταίο ερώτημα αφορά τη γενική εικόνα που σχημάτισαν οι ασθενείς και εάν τελικά έμειναν ικανοποιημένοι από την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα της συνολικής ικανοποίησης παρουσιάζονται στον πίνακα (6.1.15).

**Πίνακας 6.1.15 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών κατά την παραμονή.**

<b>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</b>					
	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Ουδέτερος/η</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>
<b>Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών</b>	61 (47%)	55 (42%)	6 (5%)	8 (6%)	-

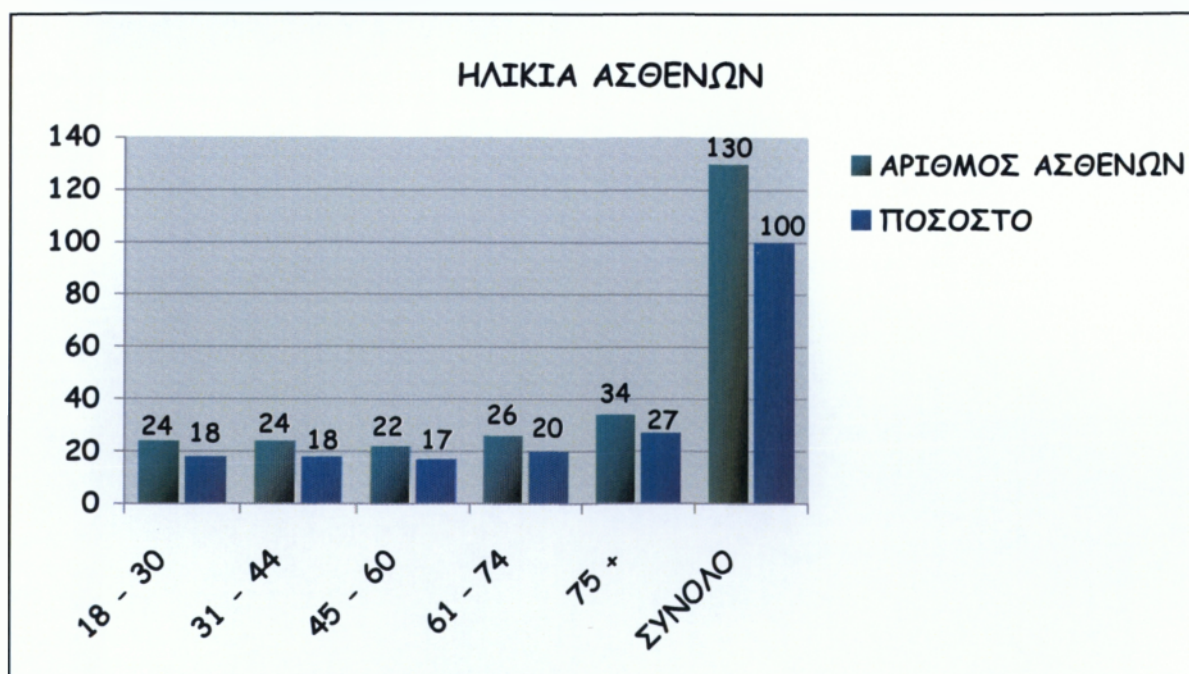
Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα το 47% των ασθενών υπήρξε απόλυτα ικανοποιημένο και το 42% ικανοποιημένο, από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου ενώ αντίθετη γνώμη εξέφρασε μόλις το 6% των ασθενών.

## 6.2 Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

### 1) Ηλικία

Στο διάγραμμα που ακολουθεί απεικονίζονται οι κλίμακες ηλικίας των ατόμων που προσήλθαν στο Νοσοκομείο, είτε ως ελείγον περιστατικό είτε κατόπιν προγραμματισμένης εισαγωγής.

**Γράφημα 6.2.1. Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή αναφορικά με την ηλικία των ασθενών**

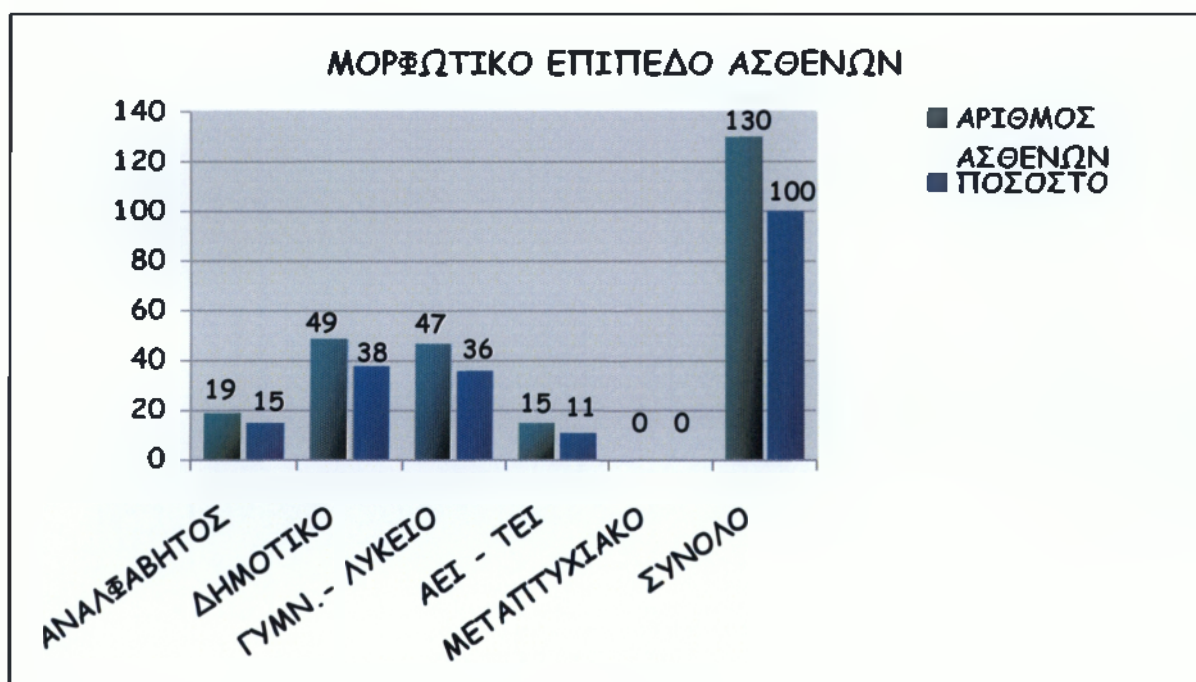


Όπως προκύπτει από το παραπάνω γράφημα η πλειοψηφία των ασθενών (34 άτομα) ανήκει στην κατηγορία άνω των 75 ετών. Ακολουθεί με 26 ασθενείς η ηλικιακή κατηγορία 61 – 74, έπονται με 24 άτομα αντίστοιχα οι κατηγορίες 18 - 30 και 31 - 44 και τελευταία, με 22 ασθενείς, διακρίνεται η κλίμακα 45 - 60 ετών.

## 2) Μορφωτικό Επίπεδο Ασθενών

Στο γράφημα 6.2.2 γίνεται αναφορά στο μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευθέντων ασθενών που μετείχαν στην έρευνα. Περικλείει όλες τις βαθμίδες, από αναλφάβητους έως και κατόχους μεταπτυχιακών – διδακτορικών τίτλων.

**Γράφημα. 6.2.2 Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο**



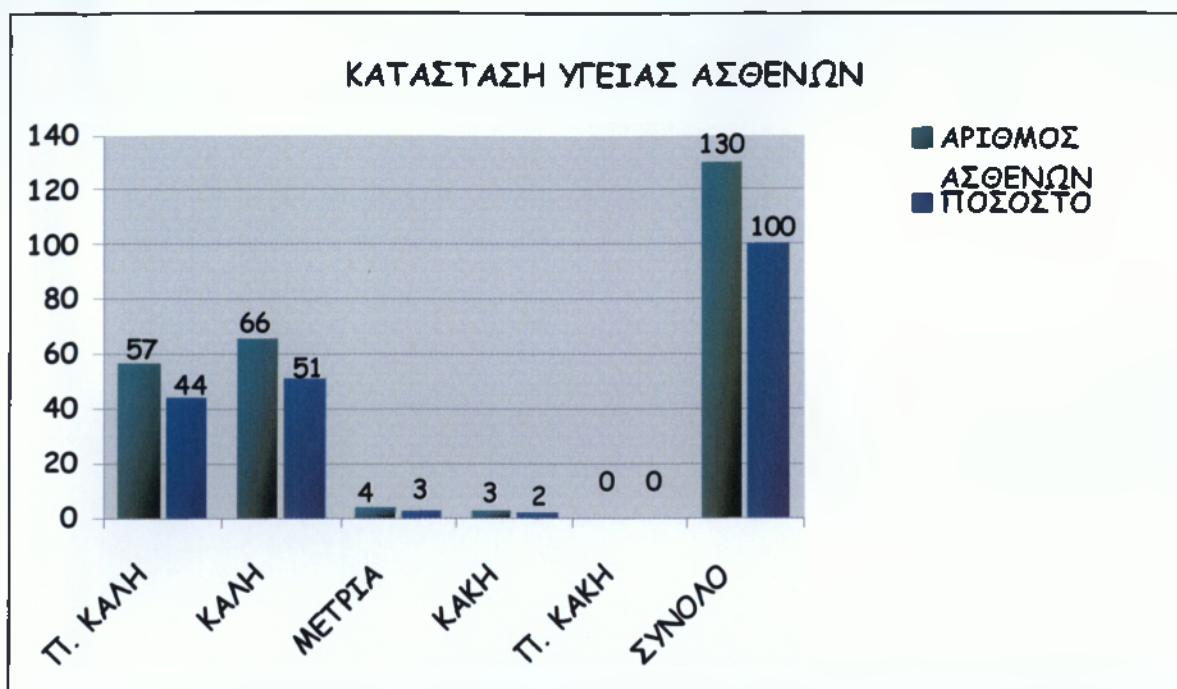
Όπως προκύπτει από το γράφημα η πλειοψηφία των ασθενών, που προσήλθαν στο Νοσοκομείο «Ανδρέας Παπανδρέου», κατέχουν απολυτήριο τίτλο δημοτικής εκπαίδευσης (38%), και έπονται με μικρή διαφορά οι κάτοχοι απολυτηρίου Γυμνασίου – Λυκείου (36%). Ένα σημαντικό ποσοστό που ανέρχεται στο 15% δεν έχει κάποια μόρφωση. Οι απόφοιτοι Ανώτατων και Ανώτερων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων αγγίζουν ένα ποσοστό της τάξεως του 11%. Είναι ενδεικτικό πως σε όσους ασθενείς ερευνήθησαν δεν περιλαμβάνεται κανένας με μεταπτυχιακό – διδακτορικό τίτλο.



### 3) Κατάσταση υγείας των ασθενών σήμερα

Στο διάγραμμα 6.2.3 αποτυπώνεται πως εξελίχθηκε η υγεία των ασθενών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

Γράφημα 6.2.3 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους σήμερα



Το 44% των ασθενών, που νοσηλεύτηκαν στο Νοσοκομείο Πύργου, θεωρεί πως η υγεία του είναι πολύ καλή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο και το 51% την κρίνει ως καλή. Το 3% των ασθενών δηλώνει πως κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα και, μόνο, το 2% είναι δυσαρεστημένο με την εξέλιξη της ανάρρωσής του.

### 6.3 ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΜΑΛΙΑΔΑΣ

#### ❖ ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

- Εισαγωγή στο νοσοκομείο ως επείγον περιστατικό ή κατόπιν λίστας αναμονής ή προσχεδιασμένα.

Η ερώτηση αυτή έχει ως σκοπό να καταγράψει πως εισήχθησαν οι ασθενείς στο Νοσοκομείο. Δηλαδή αν πρόκειται για επείγοντα περιστατικά ή για ασθενείς που είχαν προγραμματίσει κάποιο ραντεβού.

Τα αποτελέσματα δίνονται στον πίνακα που ακολουθεί. (6.3.1)

Πίνακας 6.3.1 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τον τρόπο εισαγωγής στο νοσοκομείο ανά φύλο.

ΦΥΛΟ	ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ	
	Επείγον	Λίστα Αναμονής
Άνδρες	14 (30%)	6 (43%)
Γυναίκες	32 (70%)	8 (57%)
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>46 (100%)</b>	<b>14 (100%)</b>

Από τα δεδομένα του πίνακα προκύπτει πως το 77% των ασθενών εισήχθησαν στο Νοσοκομείο ως επείγοντα περιστατικά, και το υπόλοιπο 23% του δείγματος ως προγραμματισμένο ραντεβού με τα εξωτερικά ιατρεία του νοσοκομείου. Στη λίστα αναμονής το 43% των ατόμων που προσήλθαν ήταν άνδρες και το 57% γυναίκες. Σημαντική διαφορά παρατηρείται στα επείγοντα περιστατικά καθώς το ποσοστό των νοσηλευθέντων γυναικών άγγιξε το 70%, ενώ στους άνδρες το ποσοστό κυμαίνεται μόλις στο 30%.

#### ❖ Επείγον περιστατικό - άμεση παραπομπή

Στον πίνακα 6.3.2 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στα επείγοντα περιστατικά που προσήλθαν στο νοσοκομείο. Συγκεκριμένα οι ερωτήσεις αφορούν την πληροφόρηση στο

συγκεκριμένο τμήμα και το εάν είναι ανεπαρκής, και την ύπαρξη ή όχι οργανωμένης φροντίδας.

**Πίνακας 6.3.2 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ανεπαρκή πληροφόρηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	
	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	-	-
Συμφωνώ	2	4%
Ουδέτερος/η	2	4%
Διαφωνώ	23	50%
Διαφωνώ απόλυτα	19	42%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Από τα αποτελέσματα του πίνακα προκύπτει πως το 92% του δείγματος δηλώνει πως δεν τίθεται ζήτημα ανεπαρκούς πληροφόρησης, ενώ αντίθετη άποψη εκφράζει το 4% των ασθενών.

**Πίνακας 6.3.3 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την οργανωμένη φροντίδα στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών**

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό
Συμφωνώ απόλυτα	20	44%
Συμφωνώ	21	46%
Ουδέτερος/η	2	4%
Διαφωνώ	2	4%
Διαφωνώ απόλυτα	1	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>46</b>	<b>100%</b>

Το 90% των ασθενών που προσήλθαν στα Επείγοντα Περιστατικά του νοσοκομείου συμφωνεί με την παροχή οργανωμένης φροντίδας από το τμήμα. Το 6% των ασθενών διαφωνεί και θεωρεί πως το Τμήμα Επειγόντων δεν παρέχει οργανωμένη φροντίδα στους ασθενείς του. Ουδέτερο παρέμεινε το 4% των ασθενών.

#### ❖ Προγραμματισμένα ραντεβού – Χρόνος αναμονής για εισαγωγή

Τα αποτελέσματα των προγραμματισμένων περιστατικών ως προς το χρόνο αναμονής για εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, παρουσιάζονται στον πίνακα 6.3.4

Πίνακας 6.3.4 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σύμφωνα με το χρόνο αναμονής για εισαγωγή κατόπιν ραντεβού

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό
Λιγότερο από 1 εβδομάδα	7	50%
Μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων	5	36%
Μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων	-	-
Περισσότερο από 1 μήνα	1	7%
Δεν θυμάστε	1	7%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>14</b>	<b>100%</b>

Για την πλειοψηφία των ασθενών, ποσοστό 50%, ο χρόνος αναμονής έως ότου πραγματοποιηθεί η εισαγωγή τους στο νοσοκομείο, ήταν λιγότερο από 1 εβδομάδα. Για το 36% των ασθενών ο χρόνος αναμονής ήταν μεταξύ 1 – 2 εβδομάδων. Περισσότερο από ένα μήνα χρειάστηκε να περιμένει το 7%, όπως επίσης ένα ποσοστό πάλι της τάξεως του 7% δεν θυμόταν πόσες ημέρες πέρασαν έως ότου εισαχθεί στο νοσοκομείο.

#### ❖ Προγραμματισμένη εισαγωγή – Προσωπικό Γραμματείας

Στον πίνακα που ακολουθεί απεικονίζονται τα αποτελέσματα που αφορούν στην διαδικασία προγραμματισμένης αναμονής. Συγκεκριμένα εάν οι ασθενείς περίμεναν μεγάλο χρονικό διάστημα έως ότου εισαχθούν στο Νοσοκομείο, και εάν η διαδικασία κλεισίματος ραντεβού ήταν εύκολη. Επίσης παρουσιάζεται η συμπεριφορά του προσωπικού της Γραμματείας προς τους ασθενείς, καθώς εξετάζεται η προθυμία των υπαλλήλων για εξυπηρέτηση, και το εάν παρέχουν επαρκή ενημέρωση στους ασθενείς.

**Πίνακας 6.3.5 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων των ασθενών σχετικά με την προγραμματισμένη εισαγωγή.**

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Μεγάλος Χρόνος Αναμονής</b>	-	-	-	8 (57%)	6 (43%)
<b>Ευκολία στο κλείσιμο ραντεβού</b>	4 (29%)	8 (57%)	2 (14%)	-	-
<b>Απρόθυμο Προσωπικό</b>	-	-	2 (14%)	5 (36%)	7 (50%)
<b>Επαρκής Ενημέρωση</b>	2 (14%)	10 (72%)	2 (14%)	-	-

Στο ερώτημα σχετικά με το εάν υπήρξε μεγάλος χρόνος αναμονής το σύνολο των ασθενών διαφώνησε ως προς αυτό, με το ποσοστό της διαφωνίας να αγγίζει το 57%, και της απόλυτης διαφωνίας το 43%. Το 86% των ασθενών αντιμετώπισε το κλείσιμο ραντεβού ως μία εύκολη διαδικασία ενώ ουδετερότητα κράτησε το 14% του δείγματος. Κανένας ασθενής δεν συμφώνησε πως αντιμετώπισε κάποια δυσκολία. Σχετικά με την απροθυμία του προσωπικού της Γραμματείας για εξυπηρέτηση το 86% διαφωνεί και το 14% των ασθενών παρέμεινε ουδέτερο στην ερώτηση αυτή. Τέλος ως προς την επαρκή ενημέρωση το 86% συμφώνησε, πως το προσωπικό της Γραμματείας παρείχε την ενημέρωση που είχαν ανάγκη.

#### ❖ ΕΙΣΟΔΟΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Η συγκεκριμένη ερώτηση είχε ως στόχο να καταγράψει τα λεπτά που απαιτήθηκαν από τη στιγμή που οι ασθενείς έφτασαν στο Νοσοκομείο έως ότου οδηγηθούν στο θάλαμο τους. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 6.3.6.

Πίνακας 6.3.6 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το χρόνο αναμονής για κρεβάτι.

ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	Αριθμός Ασθενών	Ποσοστό
Λιγότερο από 10 λεπτά	12	20%
11 λεπτά - 30 λεπτά	29	48%
30 λεπτά – 1 ώρα	18	30%
Περισσότερο από 2 ώρες	-	-
Δε θυμάστε	1	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Ο χρόνος αναμονής μέχρι να οδηγηθούν σε κρεβάτι για το 48% των ασθενών κυμάνθηκε από 11 – 30 λεπτά. Το 30% χρειάστηκε να περιμένει από 30 – 60 λεπτά ενώ το 20% εξυπηρετήθηκε αμέσως, δηλαδή σε λιγότερο από 10 λεπτά.

#### ■ Άφιξη των ασθενών στο Νοσοκομείο

Στον πίνακα (6.3.7) παρουσιάζονται στοιχεία που σχετίζονται με τη διαδικασία της προγραμματισμένης εισαγωγής. Τα ερωτήματα που τέθηκαν στους ασθενείς αφορούσαν το χρονικό διάστημα αναμονής, εάν η εισαγωγή ήταν δυσάρεστη και εάν η σηματοδότηση στους χώρους του Νοσοκομείου ήταν κατατοπιστική.

Πίνακας 6.3.7 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την άφιξη στο νοσοκομείο.

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Μεγάλη Αναμονή</b>	-	-	2 (3%)	35 (59%)	23 (38%)
<b>Επαρκής Σηματοδότηση</b>	6 (10%)	24 (40%)	27 (45%)	3 (5%)	-
<b>Δυσάρεστη Εισαγωγή</b>	-	1 (2%)	1 (2%)	28 (46%)	30 (50%)

Στις ερωτήσεις που αφορούσαν στην άφιξη των ασθενών στο Νοσοκομείο, από τις απαντήσεις των νοσηλευθέντων προέκυψε πως το χρονικό διάστημα αναμονής τους δεν ήταν μεγάλο, η διαδικασία εισαγωγής δεν υπήρξε δυσάρεστη για αυτούς και η σηματοδότηση στους χώρους του Νοσοκομείου προσέφερε σημαντική βοήθεια στη μετακίνηση τους.

#### ❖ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Τα αποτελέσματα που αφορούν στη συμπεριφορά και στον τρόπο αντιμετώπισης του νοσηλευτικού προσωπικού παρατίθενται στον πίνακα 6.3.8.

**Πίνακας 6.3.8 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού.**

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Έδειξαν Ενδιαφέρον	30 (50%)	29 (48%)	1 (2%)	-	-
Αγενής συμπεριφορά	-	-	-	22 (37%)	38 (63%)
Παρείχαν ενημέρωση	30 (50%)	29 (48%)	1 (2%)	-	-
Απαντούσαν σε ερωτήσεις	-	-	-	30 (50%)	30 (50%)
Συζητήσιμες	14 (23%)	21 (35%)	24 (40%)	1 (2%)	-
Καθυστερήση ανταπόκρισης	-	-	5 (8%)	34 (57%)	21 (35%)
Φέρθηκαν με σεβασμό	34 (57%)	26 (43%)	-	-	-
Ανικανότητα ανταπόκρισης στα καθήκοντα	-	-	-	15 (25%)	45 (75%)
Διακριτικότητα	26 (43%)	20 (33%)	14 (24%)	-	-

Από την ανάλυση του παραπάνω πίνακα είναι εμφανές πως ουσιαστικά σχεδόν το σύνολο των ασθενών είναι απόλυτα ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες που παρέχει το νοσηλευτικό

προσωπικό. Είναι φανερό πως οι νοσηλευτές/τριες ενδιαφέρονται για τους ασθενείς, τους αντιμετωπίζουν με ευγένεια, απαντούν στις ερωτήσεις τους και τους δείχνουν τον απαιτούμενο σεβασμό. Στην ερώτηση εάν το προσωπικό θεωρείται ανίκανο να ανταπεξέρθει στα καθήκοντα του, παρατηρείται διαφωνία η οποία αντιστοιχεί στο σύνολο του δείγματος.

#### ❖ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στον πίνακα (6.3.9) που ακολουθεί απεικονίζονται αποτελέσματα που αφορούν στο ιατρικό προσωπικό του νοσοκομείου.

**Πίνακας 6.3.9: Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού.**

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα
Περνούσαν σπάνια	-	2 (3%)	-	30 (50%)	28 (47%)
Έδειξαν Ενδιαφέρον	32 (53%)	26 (43%)	1 (2%)	1 (2%)	-
Ανικανότητα ανταπόκρισης στα καθήκοντα	-	1 (2%)	1 (2%)	18 (30%)	40 (66%)
Ενημέρωσαν	34 (57%)	25 (41%)	-	1 (2%)	-
Αγενής συμπεριφορά	-	1 (2%)	12 (20%)	19 (32%)	28 (46%)
Διακριτικότητα	26 (43%)	16 (27%)	17 (28%)	1 (2%)	-
Ανεπαρκείς οδηγίες	-	-	2 (3%)	14 (23%)	44 (74%)
Διαθεσιμότητα	16 (26%)	34 (57%)	9 (15%)	1 (2%)	-
Λανθασμένη διάγνωση	-	-	1 (2%)	11 (18%)	48 (80%)

Αναφορικά με το ιατρικό προσωπικό, όπως προκύπτει από τα αποτελέσματα του πίνακα, οι ασθενείς έχουν ελάχιστα παράπονα. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος δηλώνει πως το ιατρικό προσωπικό έδειξε ενδιαφέρον και τους παρείχε την απαιτούμενη ενημέρωση για την πορεία της υγείας του. Σχετικά με τη συμπεριφορά των ιατρών παρατηρείται πως ήταν ευγενικοί, διακριτικοί και διαθέσιμοι προς τους ασθενείς. Ορισμένες ενστάσεις που παρατηρούνται κυμαίνονται σε πολύ χαμηλά ποσοστά.



## ❖ ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Στην ερώτηση αυτή υπογραμμίζεται η ύπαρξη ευγένειας ή αγένειας από το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου. Επίσης καταγράφονται χρήσιμα συμπεράσματα για την επάρκεια ή ανεπάρκεια του συνόλου του προσωπικού.

**Πίνακας 6.3.10 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων που αφορούν το υπόλοιπο προσωπικό του νοσοκομείου.**

	<u>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Ευγένεια προσωπικού</b>	27 (45%)	32 (53%)	-	1 (2%)	-
<b>Αγένεια προσωπικού καθαριότητας</b>	-	-	-	20 (33%)	40 (67%)
<b>Επάρκεια προσωπικού</b>	-	19 (33%)	28 (46%)	11 (18%)	2 (3%)
<b>Αγένεια από το Υπόλοιπο προσωπικό</b>	-	-	-	22 (37%)	38 (63%)

Από τον πίνακα είναι εμφανές πως οι ασθενείς του Νοσοκομείου Αμαλιάδας είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από την αντιμετώπιση του προσωπικού και δεν τίθεται θέμα αγένειας στη συμπεριφορά από τους υπαλλήλους του ιδρύματος. Το σημαντικότερο πρόβλημα εστιάζεται στην ανεπάρκεια προσωπικού καθώς το 46% κρατά ουδέτερη θέση. Το 21% αναφέρει πως υπάρχει έλλειψη ατόμων και το 33% συμφωνεί πως οι εργαζόμενοι επαρκούν για τους ασθενείς.

## ❖ ΦΑΓΗΤΟ

Η ερώτηση που ακολουθεί, (πίνακας 6.3.11), αφορά στο φαγητό που παρέχεται στο Νοσοκομείο και περιλαμβάνει αποτελέσματα από ερωτήσεις σχετικά με την ποιότητα, αν προσφέρεται σε σωστή θερμοκρασία, καθώς και από την τήρηση της ώρας σερβιρίσματος.

Πίνακας 6.3.11 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το παρεχόμενο φαγητό.

	<u>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Κακή ποιότητα</b>	1 (2%)	2 (3%)	17 (28%)	35 (59%)	5 (8%)
<b>Σωστή θερμοκρασία</b>	5 (8%)	41 (69%)	12 (20%)	2 (3%)	-
<b>Καθυστερήση</b>	-	-	12 (20%)	42 (70%)	6 (10%)

Αναφορικά με το φαγητό το 67% διαφωνεί ότι είναι κακής ποιότητας. Θετικό στην άποψη αυτή είναι το 5%, ενώ το 28% παραμένει ουδέτερο. Στο θέμα της θερμοκρασίας τα παράπονα είναι ελάχιστα και περιορίζονται στο 3%, ενώ αντίθετα το 77% υποστηρίζει πως η θερμοκρασία ήταν αυτή που έπρεπε. Στο ενδεχόμενο καθυστέρησης σερβιρίσματος του φαγητού υπάρχει κάθετη διαφωνία με το ποσοστό να φτάνει στο 80%.

#### ❖ ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ

Στο εσωτερικό περιβάλλον του Νοσοκομείου εντάσσονται ερωτήσεις στόχος των οποίων είναι η καταγραφή της άποψης των ασθενών σχετικά με την καθαριότητα, τους θορύβους, τη θερμοκρασία, και την ασφάλεια μέσα στους θαλάμους.

Πίνακας 6.3.12 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με το εσωτερικό περιβάλλον.

	<u>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Καθαριότητα</b>	20 (33%)	36 (60%)	4 (7%)	-	-
<b>Φασαρία</b>	-	2 (3%)	2 (3%)	36 (60%)	20 (34%)
<b>Άβολα</b>	-	1 (2%)	2 (3%)	35 (58%)	22 (37%)
<b>Ακατάλληλη Θερμοκρασία</b>	-	-	4 (7%)	31 (52%)	25 (41%)
<b>Ασφάλεια</b>	3 (5%)	48 (80%)	9 (15%)	-	-

Όπως προκύπτει από τον πίνακα το 93% συμφωνεί πως στους θαλάμους υπάρχει καθαριότητα ενώ μόλις το 7% τηρεί ουδέτερη στάση για το συγκεκριμένο ζήτημα. Ως προς το ερώτημα που τίθεται για θόρυβο στους θαλάμους η πλειοψηφία των ασθενών με ποσοστό 94% διαφωνεί και το 3% συμφωνεί. Σχετικά με τη θερμοκρασία στους θαλάμους, το 93% των ασθενών είναι ικανοποιημένο και μόλις το 7% φαίνεται να είναι ουδέτερο. Όσον αφορά την ύπαρξη ασφάλειας στους θαλάμους το 85% των ασθενών αισθάνθηκε ασφαλές, ενώ το 15% του συνόλου παρέμεινε ουδέτερο.

#### ❖ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑΤΙΣΜΕΝΕΣ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ

Η ερώτηση αυτή αφορά στην ύπαρξη καθυστέρησης στην εξυπηρέτηση των ασθενών και επίσης στο εάν η παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο ήταν οργανωμένη. Τα αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα που ακολουθεί (6.3.13).

**Πίνακας 6.3.13 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την οργάνωση στο νοσοκομείο.**

	<b>Ποσοστό Ασθενών / κλίμακα</b>				
	<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>Συμφωνώ</b>	<b>Ουδέτερος/η</b>	<b>Διαφωνώ</b>	<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>
<b>Γρήγορη εξυπηρέτηση στις προγραμματισμένες διαδικασίες</b>	1 (2%)	58 (96%)	1 (2%)	-	-
<b>Ανοργάνωτη παραμονή στο νοσοκομείο</b>	-	1 (2%)	-	25 (41%)	34 (57%)

Όπως προκύπτει από τον πίνακα σχετικά με την ταχύτητα εξυπηρέτησης στις προγραμματισμένες διαδικασίες, το 98% των νοσηλευθέντων είναι ικανοποιημένο από την ανταπόκριση του προσωπικού και το 2% δήλωσε ουδέτερο. Όσον αφορά την οργανωμένη παραμονή στο νοσοκομείο το 2% των ασθενών υποστήριζε πως η οργάνωση στο νοσοκομείο δεν ήταν αυτή που θα επιθυμούσαν, με το 98% των ασθενών να διαφωνεί κάθετα με την άποψη αυτή.

## ❖ ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Στο ερώτημα αυτό καταγράφεται η ικανοποίηση των νοσηλευθέντων κατά την έξοδο τους από το νοσοκομείο. Συγκεκριμένα εάν η έξοδος τους καθυστέρησε λόγω γραφειοκρατίας, εάν ενημερώθηκαν επαρκώς κατά τη διαδικασία εξόδου και ποια η άποψη τους για τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Τα αποτελέσματα που αφορούν στην ικανοποίηση από την έξοδο παρουσιάζονται στον πίνακα 6.3.14.

**Πίνακας 6.3.14: Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με την ικανοποίηση κατά την έξοδο.**

	<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>				
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Καθυστέρηση εξόδου λόγω γραφειοκρατίας</b>		-	5 (8%)	30 (50%)	25 (42%)
<b>Επαρκής Ενημέρωση</b>	24 (40%)	34 (56%)	1 (2%)	1 (2%)	-
<b>Μικρή διάρκεια νοσηλείας</b>	-	1 (2%)	11 (18%)	25 (42%)	23 (38%)

Το 92% των ασθενών δήλωσε πως δεν αντιμετώπισε πρόβλημα στην έκδοση του εξιτηρίου του και κατά συνέπεια δεν ταλαιπωρήθηκε από γραφειοκρατικές διαδικασίες. Επίσης το 96% υποστηρίζει πως έλαβε επαρκή ενημέρωση για όσα έπρεπε να διευθετηθούν πριν την αναχώρηση του από το Νοσοκομείο, και είναι άξιο αναφοράς πως το 18% των ασθενών δεν εξέφρασε κάποια άποψη σχετικά με το εάν η νοσηλεία διήρκησε λιγότερο χρονικό διάστημα, από αυτό που υπολόγιζαν.

## ❖ ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η τελευταία ερώτηση αναφέρεται στη γενική εικόνα που σχημάτισαν οι ασθενείς και εάν τελικά υπήρξαν ικανοποιημένοι από την παραμονή τους στο νοσοκομείο. Τα αποτελέσματα της συνολικής ικανοποίησης παρουσιάζονται στον πίνακα 6.3.15.

**Πίνακας 6.3.15 : Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων σχετικά με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών κατά την παραμονή.**

<u>Ποσοστό ασθενών / κλίμακα</u>					
	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
<b>Συνολική Ικανοποίηση Ασθενών</b>	38 (63%)	20 (33%)	1 (2%)	1 (2%)	-

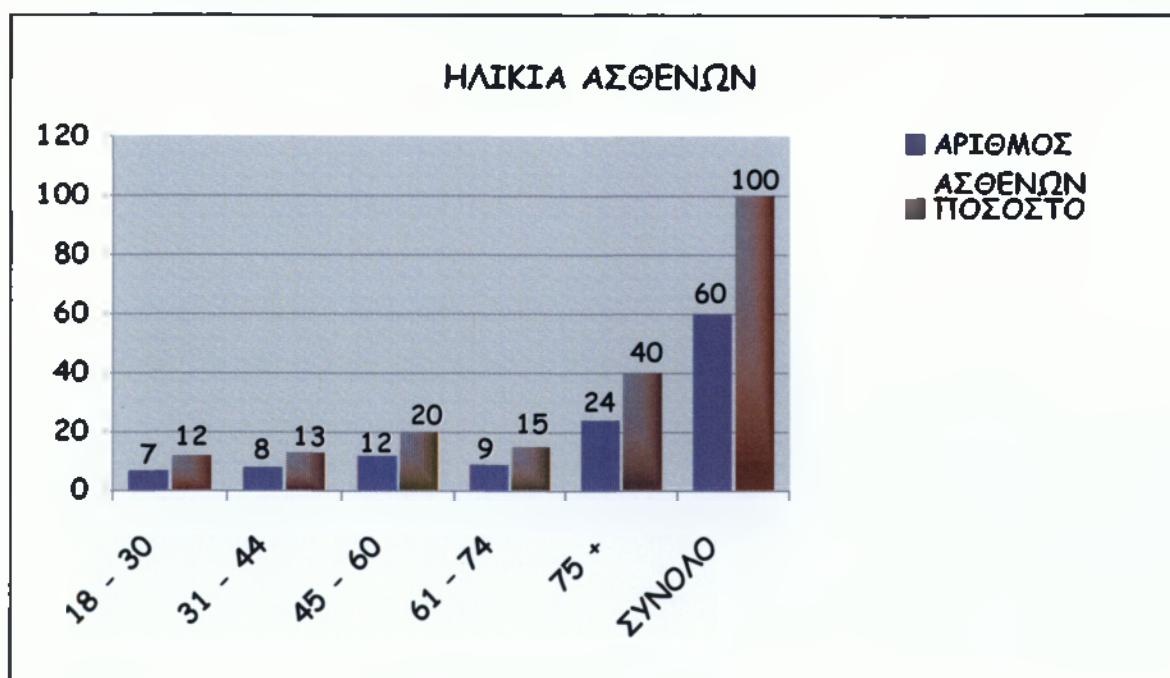
Από τον πίνακα συνολικής ικανοποίησης προκύπτει πως το 63% των νοσηλευθέντων υπήρξε απόλυτα ικανοποιημένο από τις υπηρεσίες του Νοσοκομείου, ενώ δυσαρεστημένο υπήρξε ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξεως του 2%.

#### 6.4 Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

##### 1) Ηλικία ασθενών

Στο διάγραμμα που ακολουθεί απεικονίζονται οι κλίμακες ηλικίας των ατόμων που προσήλθαν στο Νοσοκομείο είτε ως επείγον περιστατικό είτε κατόπιν προγραμματισμένης εισαγωγής.

**Γράφημα 6.4.1 Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή σχετικά με την ηλικία των ασθενών**

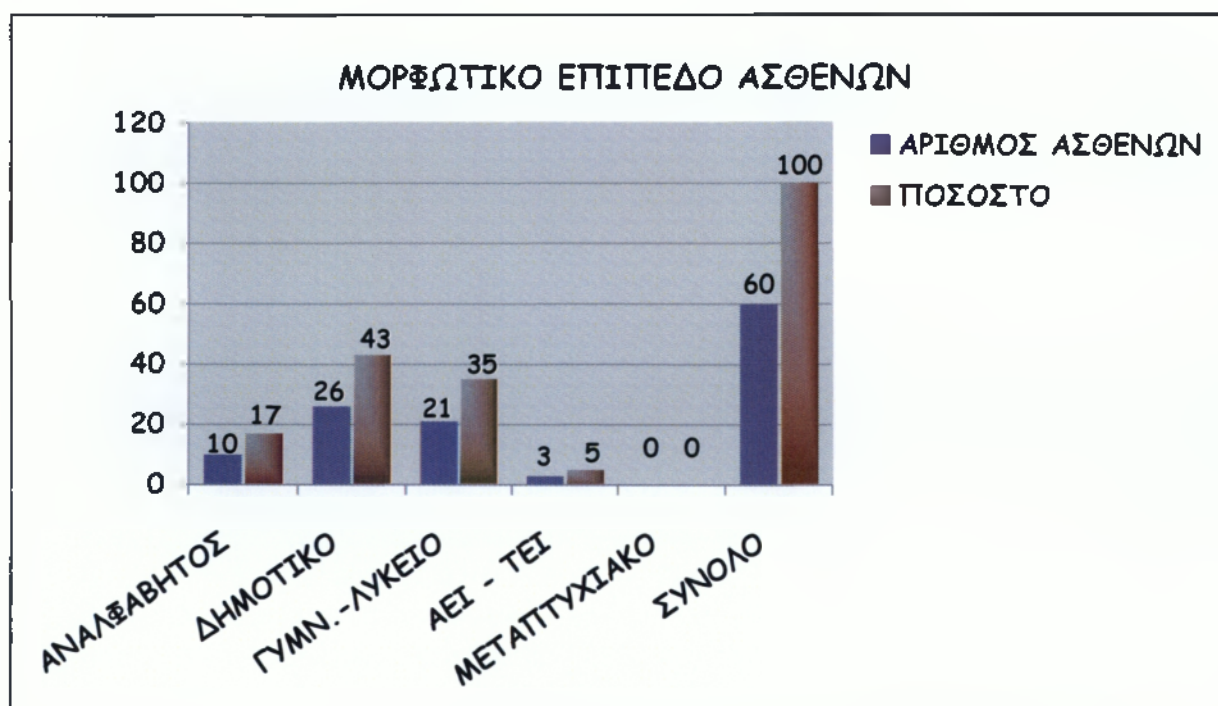


Όπως προκύπτει από το γράφημα, και στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας, η πλειοψηφία των ασθενών ανήκει στην κατηγορία άνω των 75 ετών. Στις άλλες κλίμακες ηλικίας παρατηρείται αμελητέα διαφορά μεταξύ τους.

## 2) Μορφωτικό Επίπεδο Ασθενών

Στο γράφημα 6.4.2 γίνεται αναφορά στο μορφωτικό επίπεδο των νοσηλευθέντων ασθενών που μετείχαν στην έρευνα. Περιλαμβάνει όλες τις βαθμίδες εκπαίδευσης, και συγκεκριμένα από αναλφάβητους έως και κατόχους μεταπτυχιακών – διδακτορικών.

Γράφημα. 6.4.2 Αριθμητική - Ποσοστιαία κατανομή του δείγματος σχετικά με το μορφωτικό επίπεδο

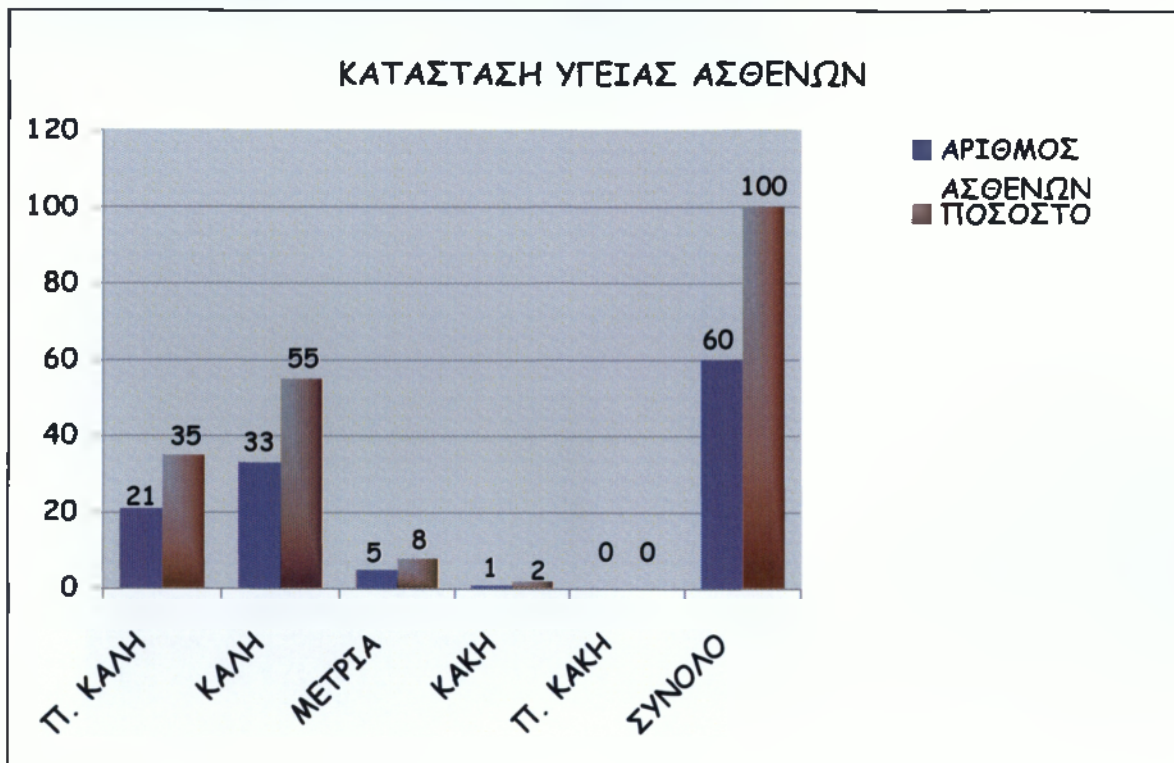


Αναφορικά με το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, που προσήλθαν στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας, το 43% αφορά απόφοιτους δημοτικού και το 35% είναι απόφοιτοι Γυμνασίου – Λυκείου. Ένα σημαντικό ποσοστό 17% αφορά αναλφάβητους ασθενείς, ενώ μόλις το 5% είναι απόφοιτοι ΑΕΙ και ΤΕΙ. Αξιοσημείωτο πως από όσους ασθενείς συμμετείχαν στην έρευνα δεν περιλαμβάνεται κανένας με μεταπτυχιακό – διδακτορικό τίτλο.

### 3) Κατάσταση υγείας των ασθενών σήμερα

Στο διάγραμμα 6.4.3 αποτυπώνεται η κατάσταση της υγείας των ασθενών μετά την έξοδο τους από το νοσοκομείο.

**Γράφημα 6.4.3 : Αριθμητική – Ποσοστιαία κατανομή δείγματος σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους σήμερα**



Το 35% των ασθενών θεωρεί πως η υγεία του είναι πολύ καλή μετά την έξοδο του από το νοσοκομείο, και το 55% πως είναι καλή. Το 8% των ασθενών δηλώνει πως η υγεία του κυμαίνεται σε μέτρια επίπεδα και ένα πολύ μικρό ποσοστό της τάξεως του 2%, είναι δυσαρεστημένο με την πορεία της ανάρρωσης του.

## 6.5 Σύγκριση των αποτελεσμάτων έρευνας των Νοσοκομείων Πύργου – Αμαλιάδας

### 6.5.1 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Υποδοχή ασθενών στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΑΝΕΠΑΡΚΗΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΗΣΗ	
	Ποσοστό	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	1%	-
Συμφωνώ	4%	4%
Ουδέτερος/η	3%	4%
Διαφωνώ	<b>51%</b>	<b>50%</b>
Διαφωνώ απόλυτα	<b>41%</b>	<b>42%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Παρατηρείται ότι τα ποσοστά διαφωνίας των ασθενών (Πύργος 92% - Αμαλιάδα 92%) είναι τα ίδια και είναι άκρως θετικά και για τα δυο Νοσοκομεία. Αυτό το συντριπτικό ποσοστό διαφωνίας δείχνει ότι οι ασθενείς και των δύο Νοσοκομείων δέχτηκαν την καλύτερη δυνατή πληροφόρηση στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών γεγονός που τους διευκόλυνε αρκετά στην πρώτη επαφή με το Νοσοκομείο.

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΟΡΓΑΝΩΜΕΝΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ	
	Ποσοστό	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	<b>36%</b>	<b>44%</b>
Συμφωνώ	<b>55%</b>	<b>46%</b>
Ουδέτερος/η	5%	4%
Διαφωνώ	3%	4%
Διαφωνώ απόλυτα	1%	2%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>



Παρατηρούμε ότι η διαφορά στα ποσοστά συμφωνίας των ασθενών (Πύργος 91% - Αμαλιάδα 90%) είναι απειροελάχιστη γεγονός που δείχνει ότι και τα δυο Νοσοκομεία παρέχουν οργανωμένη φροντίδα στους ασθενείς, δίνοντας την απαιτούμενη προσοχή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών.

#### 6.5.2 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Χρόνος αναμονής ασθενών για εισαγωγή στο Νοσοκομείο με ραντεβού

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ ΓΙΑ ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΚΑΤΟΙΗΝ ΡΑΝΤΕΒΟΥ	
	Ποσοστό	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Λιγότερο από 1 εβδομάδα	77%	50%
Μεταξύ 1 και 2 εβδομάδων	14%	36%
Μεταξύ 2 και 4 εβδομάδων	9%	-
Περισσότερο από 1 μήνα	-	7%
Δεν θυμάστε	-	7%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Στην ερώτηση αυτή παρατηρούμε την πρώτη σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο Νοσοκομεία. Σε λιγότερο από 1 εβδομάδα εξυπηρετήθηκε το 77% των ασθενών του Νοσοκομείου Πύργου περίπου τα  $\frac{3}{4}$  ενώ το ίδιο διάστημα για το Νοσοκομείο Αμαλιάδας εξυπηρετήθηκε το 50 % δηλαδή το  $\frac{1}{2}$  των ασθενών. Η διαφορά είναι αρκετά μεγάλη το συγκεκριμένο διάστημα για τα δυο Νοσοκομεία. Επίσης εντύπωση μας προκαλεί το γεγονός ότι ένα 7 % του Νοσοκομείου Αμαλιάδας βρισκόταν σε αναμονή για περισσότερο από ένα μήνα ενώ για το ίδιο διάστημα το Νοσοκομείο Πύργου δεν είχε κανένα ασθενή σε αναμονή.

### 6.5.3 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Χρόνος αναμονής για εισαγωγή σε θάλαμο

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΧΡΟΝΟΣ ΑΝΑΜΟΝΗΣ	
	Ποσοστό	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Λιγότερο από 10 λεπτά	32 %	20 %
11 λεπτά – 30 λεπτά	39%	48 %
30 λεπτά – 1ώρα	14 %	30 %
Περισσότερο από 2 ώρες	11 %	-
Δε θυμάστε	4 %	2 %
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Παρατηρώντας τον πίνακα χρόνος αναμονής για κρεβάτι διαπιστώνουμε τα εξής : το Νοσοκομείο Πύργου έχει το καλύτερο ποσοστό 32 % άμεσης εξυπηρέτησης του ασθενή για κλίνη (λιγότερο από 10 λεπτά) και το χειρότερο ποσοστό 11 % αφού περίμεναν για κρεβάτι περισσότερο από 2 ώρες οι ασθενείς. Αντίθετα το Νοσοκομείο Αμαλιάδας παρουσίασε πολύ καλά ποσοστά (11 λεπτά έως 1 ώρα) 78 % έναντι του Νοσοκομείου Πύργου που για το ίδιο διάστημα είχε 55 %. Επίσης θετικό είναι το γεγονός ότι το Νοσοκομείο Αμαλιάδας δεν είχε ασθενείς σε αναμονή για περισσότερο από 2 ώρες.

### 6.5.4 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Αφιξη ασθενών στο Νοσοκομείο

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΑΦΙΞΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ			
	Μεγάλη Αναμονή		Επαρκής Σηματοδότηση	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν Αμαλιάδας	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	1 %	-	25 %	10 %
Συμφωνώ	5 %	-	59 %	40 %
Ουδέτερος/η	8 %	3 %	15 %	45 %
Διαφωνώ	57 %	59 %	1 %	5 %
Διαφωνώ απόλυτα	29 %	38 %	-	-
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Παρατηρώντας αρχικά τον πίνακα για την μεγάλη αναμονή διαπιστώνουμε ότι οι ασθενείς του Νοσοκομείου Αμαλιάδας έχουν λιγότερα παράπονα, αφού για το 97 % δεν υπήρχε σημαντικό χρονικό διάστημα αναμονής, ενώ για τους ασθενείς του Νοσοκομείου Πύργου το αντίστοιχο ποσοστό ήταν 86 %. Επίσης βλέπουμε ότι ένα 6% από τους ασθενείς του Νοσοκομείου Πύργου χρειάστηκε να αναμένει αρκετά, στοιχείο το οποίο σχετίζεται με τον προηγούμενο πίνακα όπου το 11 % βρισκόταν σε αναμονή περισσότερο από 2 ώρες για κλίνη. Εξετάζοντας τον δεύτερο πίνακα ο οποίος αναφέρεται στην επαρκή σηματοδότηση διαπιστώνουμε μια σημαντική διαφορά ανάμεσα στα δυο Νοσοκομεία. Το 84 % των ασθενών του Νοσοκομείου Πύργου (περίπου 9/10) θεωρούν ότι η σηματοδότηση είναι επαρκής και τους διευκολύνει στη μετακίνηση τους στους χώρους του Νοσοκομείου. Αντίθετα μόλις το 50 % του Νοσοκομείου Αμαλιάδας (5/10) δεν αντιμετώπισε πρόβλημα από την σηματοδότηση και διευκολύνθηκε από αυτή.

#### 6.5.5 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Το Νοσηλευτικό προσωπικό των Νοσοκομείων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ					
	Ενημέρωση		Καθυστέρηση ανταπόκρισης		Έδειξαν Ενδιαφέρον	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	30%	50%	1%	-	42%	50%
Συμφωνώ	54%	48%	12%	-	52%	48%
Ουδέτερος/η	12%	2%	13%	8%	2%	2%
Διαφωνώ	4%	-	65%	57%	4%	-
Διαφωνώ απόλυτα	-	-	9%	35%	-	-
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Αναφορικά με τις στήλες που αφορούν την ενημέρωση του Νοσηλευτικού προσωπικού, διαπιστώνουμε θετικά στοιχεία και για τα δυο Νοσοκομεία. Το Νοσοκομείο Αμαλιάδας αγγίζει σχεδόν το 100% (είναι 98%) στο θέμα της ενημέρωσης των Νοσηλευτών προς τους ασθενείς δείχνοντας ότι υπάρχει επικοινωνία ανάμεσα τους, γεγονός που βοηθά και την ψυχολογία των ασθενών. Από την άλλη στο Νοσοκομείο Πύργου το ποσοστό είναι 84%, άκρως θετικό γεγονός που δείχνει πως και στο Πύργο οι ασθενείς ενημερώνονται συχνά από τους Νοσηλευτές. Εξετάζοντας τις στήλες που αφορούν την καθυστέρηση του Νοσηλευτικού προσωπικού λαμβάνουμε πιο ενθαρρυντικά στοιχεία από το Νοσοκομείο Αμαλιάδας. Συγκεκριμένα διαπιστώνουμε πως το 92 % των ασθενών δεν είχε κανένα παράπονο από τους Νοσηλευτές όσον αφορά την καθυστέρηση, αφού η εξυπηρέτηση ήταν άμεση. Αντίθετα στο Νοσοκομείο Πύργου το ποσοστό των ευχαριστημένων ασθενών από την άμεση ανταπόκριση των Νοσηλευτών είναι 74%, δηλαδή 18% λιγότερο από το Νοσοκομείο Αμαλιάδας. Επίσης αρνητική εντύπωση μας προκαλεί το 13% των ασθενών του Νοσοκομείου Πύργου που έχουν παράπονα από την καθυστέρηση του Νοσηλευτικού προσωπικού, γεγονός που μπορεί να οφείλεται και στην έλλειψη προσωπικού. Το Νοσοκομείο Αμαλιάδας δεν είχε κανέναν ασθενή με παράπονα. Τέλος παρατηρώντας τις στήλες που αφορούν το ενδιαφέρον του Νοσηλευτικού προσωπικού προς τους ασθενείς τα ποσοστά είναι ενθαρρυντικά και για τα δυο Νοσοκομεία. Το Νοσοκομείο Αμαλιάδας το οποίο παρουσίασε ικανοποιητικότερα αποτελέσματα και στις δυο προηγούμενες ερωτήσεις, άγγιξε πάλι το 100% (είναι 98%) από το ενδιαφέρον που έδειξαν οι Νοσηλευτές προς τους ασθενείς, αφήνοντας θετικές εντυπώσεις. Από την άλλη και το Νοσοκομείο Πύργου παρουσίασε απόλυτα ικανοποιητικά αποτελέσματα, αφού τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από το ενδιαφέρον που επέδειξαν οι Νοσηλευτές έφτασαν το 94%.

### 6.5.6 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Το Ιατρικό προσωπικό των Νοσοκομείων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ					
	Ενημέρωση		Διαθεσιμότητα		Αγενής συμπεριφορά	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
<b>Συμφωνώ απόλυτα</b>	<b>32%</b>	<b>57%</b>	<b>9%</b>	<b>26%</b>	-	-
<b>Συμφωνώ</b>	<b>58%</b>	<b>41%</b>	<b>66%</b>	<b>57%</b>	2%	2%
<b>Ουδέτερος/η</b>	3%	-	15%	15%	2%	<b>20%</b>
<b>Διαφωνώ</b>	7%	2%	<b>10%</b>	2%	<b>59%</b>	<b>32%</b>
<b>Διαφωνώ απόλυτα</b>	-	-	-	-	<b>37%</b>	<b>46%</b>
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Παρατηρώντας τις στήλες που αφορούν στην ενημέρωση των ιατρών προς τους ασθενείς και τα δυο Νοσοκομεία παρουσιάζουν θετικά στοιχεία. Οι θετικές απαντήσεις στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας πλησιάζουν για άλλη μια φορά το 100% (είναι 98%) δείχνοντας πως οι ιατροί περνούν συχνά από τους θαλάμους για να ενημερώσουν τους ίδιους και τους συγγενείς τους για την κατάσταση της υγείας τους. Από την άλλη πλευρά και στο Νοσοκομείο Πύργου το ποσοστό είναι ενθαρρυντικό φτάνοντας το 90%. Η διαφορά τους είναι ότι στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας απόλυτα ικανοποιημένοι είναι το 57% των ασθενών ενώ στο Νοσοκομείο Πύργου μόλις το 31%. Εξετάζοντας την διαθεσιμότητα των ιατρών τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών ήταν ευνοϊκά και για τα δυο Νοσοκομεία. Το Νοσοκομείο Αμαλιάδας παρουσίασε ποσοστό ικανοποίησης 83% από τους ασθενείς οι οποίοι είχαν άμεση ανταπόκριση από τους ιατρούς. Το ποσοστό ικανοποίησης στο Νοσοκομείο Πύργου ήταν 75% αποδεικνύοντας το ενδιαφέρον των ιατρών για τους ασθενείς. Αρνητικό σημείο στο Νοσοκομείο Πύργου, το 10% των ασθενών το οποίο και διαφώνησε με την διαθεσιμότητα των ιατρών. Αυτό μπορεί να

οφείλεται όπως προαναφέρθηκε και στην ερώτηση των Νοσηλευτών στην επάρκεια του προσωπικού και κατά πόσο αυτή επηρεάζει την ανταπόκριση των ιατρών. Τέλος εξετάζοντας τις δυο εναπομείνουσες στήλες που αφορούν στην αγένεια των ιατρών τα ποσοστά είναι πολύ θετικά για το Νοσοκομείο Πύργου και θετικά για το Νοσοκομείο Αμαλιάδας. Το ποσοστό ικανοποίησης στο Νοσοκομείο Πύργου άγγιξε σχεδόν το 100% (96%) γεγονός που δείχνει ότι οι Ιατροί χειρίστηκαν με ευγενικό και ευαίσθητο τρόπο τους ασθενείς τους. Στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας το ποσοστό ικανοποίησης ήταν 78%, και αυτό πιθανόν να οφείλεται στο γεγονός πως ένα σημαντικό ποσοστό ασθενών (20%) δεν διατύπωσε κάποια άποψη και έμεινε ουδέτερο.

#### 6.5.7 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Επάρκεια προσωπικού των Νοσοκομείων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΕΠΑΡΚΕΙΑ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ	
	Ποσοστό	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	-	-
Συμφωνώ	11%	33%
Ουδέτερος/η	15%	46%
Διαφωνώ	63%	18%
Διαφωνώ απόλυτα	11%	3%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Παρατηρώντας τον πίνακα με την « επάρκεια του προσωπικού » διαπιστώνουμε μια τεράστια διαφορά στα δυο Νοσοκομεία. Συγκεκριμένα το ποσοστό των ασθενών του Νοσοκομείου Αμαλιάδας που θεωρεί ότι το προσωπικό είναι επαρκές φτάνει το 33% ενώ στο Νοσοκομείο Πύργου μόλις το 11%. Την μεγαλύτερη διαφορά όμως την εντοπίζουμε στις απαντήσεις της « διαφωνίας » όπου το 74 % των ασθενών του Νοσοκομείου Πύργου θεωρεί πως το προσωπικό δεν επαρκεί για την κάλυψη των αναγκών τους και χρειάζεται άμεση επίλυση ενώ στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας μόλις το 21% διαφωνεί.

### 6.5.8 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Ταχύτητα εξυπηρέτησης ασθενών

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΤΑΧΥΤΗΤΑ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗΣ	
	Ποσοστό	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	10%	2%
Συμφωνώ	81%	96%
Ουδέτερος/η	7%	2%
Διαφωνώ	1%	-
Διαφωνώ απόλυτα	1%	-
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Αναλύοντας τον πίνακα σχετικά με την « ταχύτητα εξυπηρέτησης των ασθενών κατά τις προγραμματισμένες διαδικασίες » και για τα δυο Νοσοκομεία τα ποσοστά είναι απόλυτα θετικά. Το Νοσοκομείο Αμαλιάδας για άλλη μια φορά αγγίζει το 100% είναι (98%) συμφωνώντας πως οι ασθενείς πως εξυπηρετήθηκαν άμεσα χωρίς να υπάρχει η παραμικρή καθυστέρηση. Επίσης και το Νοσοκομείο Πύργου παρουσίασε εξαιρετικά αποτελέσματα αφού το 91% των ασθενών έμειναν ικανοποιημένοι από την ταχύτητα εξυπηρέτησης του προσωπικού.

6.5.9 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Το εσωτερικό περιβάλλον των Νοσοκομείων

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ			
	Καθαριότητα		Φασαρία	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	38%	33%	1%	-
Συμφωνώ	56%	60%	12%	3%
Ουδέτερος/η	4%	7%	6%	3%
Διαφωνώ	2%	-	62%	60%
Διαφωνώ απόλυτα	-	-	19%	34%
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>	<b>100 %</b>

Παρατηρώντας τις στήλες που αναφέρονται στην « καθαριότητα » διαπιστώνουμε πως και τα δυο Νοσοκομεία παρουσίασαν απόλυτα θετικά στοιχεία. Στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας το 93% των ασθενών έμεινε ικανοποιημένο από την καθαριότητα των χώρων (θάλαμος, χώροι υγιεινής, σεντόνια, άλλοι χώροι). Επίσης το ποσοστό ικανοποίησης των ασθενών από την καθαριότητα του Νοσοκομείου Πύργου φτάνει το 94%. Το 93% και το 94% των Νοσοκομείων δείχνουν πως και τα δυο Νοσοκομεία Πύργου και Αμαλιάδας δίνουν την απαιτούμενη βαρύτητα στην καθαριότητα και την υγιεινή συμβάλλοντας στην καλύτερη διαμονή των ασθενών και των συγγενών τους. Στη συνέχεια εξετάζοντας τις στήλες που αφορούν τη « φασαρία » παρατηρούμε μια διαφορά στα δυο Νοσοκομεία. Το ποσοστό των ασθενών του Νοσοκομείου Αμαλιάδας που δεν αντιμετώπισε προβλήματα θορύβου στο θάλαμο του άγγιξε το 94%. Στο Νοσοκομείο Πύργου το ποσοστό των ασθενών που δεν αντιμετώπισε προβλήματα



φασαριάς είναι 81%. Η διαφορά εντοπίζεται στα παράπονα για το θόρυβο όπου στο Νοσοκομείο Πύργου είναι 12% ενώ στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας μόλις 3%.

#### 6.5.10 Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων - Συνολική ικανοποίηση ασθενών

ΚΛΙΜΑΚΕΣ	ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΩΝ	
	Ποσοστό	
	Γ.Ν.Ν. Πύργου	Γ.Ν. Αμαλιάδας
Συμφωνώ απόλυτα	47%	63%
Συμφωνώ	42%	33%
Ουδέτερος/η	5%	2%
Διαφωνώ	6%	2%
Διαφωνώ απόλυτα	-	-
<b>ΣΥΝΟΛΟ</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>

Όπως προκύπτει από τον τελευταίο πίνακα σύγκρισης και πιο σημαντικό σχετικά με τη «συνολική ικανοποίηση» τα αποτελέσματα είναι άκρως ικανοποιητικά και για τα δυο Νοσοκομεία. Το ποσοστό των ασθενών που έμειναν ικανοποιημένοι από το Νοσοκομείο Αμαλιάδας φτάνει το 96%. Εξίσου στο Νοσοκομείο Πύργου το ποσοστό είναι απόλυτα θετικό αφού το ποσοστό των ασθενών που έμειναν ικανοποιημένοι αγγίζει το 90% (είναι 89%). Τα ποσοστά αυτά δείχνουν την προσπάθεια που καταβάλλουν και τα δυο Νοσοκομεία ώστε να είναι όσο το δυνατόν πιο λειτουργικά και αποδοτικά για τον κάθε ασθενή. Η μόνη διαφορά παρουσιάζεται στην απάντηση της απόλυτης ικανοποίησης, καθώς το ποσοστό στο Νοσοκομείο Αμαλιάδας αγγίζει το 63% ενώ στο Νοσοκομείο Πύργου φτάνει το 47%.

## 6.6 ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ :

- Και τα δύο Νοσοκομεία του Νομού Ηλείας, και το Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πύργου και το Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας, καταβάλλουν μία αξιόλογη και αξιέπαινη προσπάθεια, βάσει των αποτελεσμάτων, παροχής ποιοτικών υπηρεσιών υγείας στους Ηλείους πολίτες.
- Στο μεγαλύτερο ποσοστό η προσπάθεια αυτή των δύο Νοσοκομείων αναγνωρίζεται καθώς η πλειοψηφία των νοσηλευθέντων ασθενών αποκόμισε θετικότητες εντυπώσεις από την παραμονή τους σε αυτά τα ιδρύματα.
- Άξια αναφοράς τα αποτελέσματα που αφορούν το ιατρικό – νοσηλευτικό – διοικητικό – λοιπό προσωπικό. Όπως προκύπτει από την έρευνα το σύνολο του προσωπικού και στα δύο Νοσοκομεία, θέτει τον εαυτό του στην υπηρεσία των ασθενών και κυρίαρχο μέλημα τους η ικανοποίηση αυτών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας.
- Αν και υπάρχει ένα μικρό ποσοστό ασθενών το οποίο εξέφρασε παράπονα και κατά συνέπεια τη δυσαρέσκεια του από τις υπηρεσίες που δέχτηκε, κατά την παραμονή του σε αυτά τα δύο Νοσοκομεία, εντούτοις η γενική εικόνα είναι ιδιαίτερα θετική και για τους δύο φορείς.
- Οι Διοικήσεις των Νοσοκομείων θα πρέπει να εστιάσουν στα σημεία όπου παρατηρούνται αδυναμίες και να επιδιώξουν τη βελτίωση αυτών. Με αυτόν τον τρόπο τα παράπονα των ασθενών θα μειωθούν στο ελάχιστο δυνατό και θα μεγιστοποιηθεί η ικανοποίηση αυτών.
- Εν κατακλείδι δεν πρέπει ποτέ να ξεχνάμε πως στόχος και πρώτη προτεραιότητα όσων απασχολούνται στις υπηρεσίες υγείας, είναι οι ασθενείς να εξέρχονται ικανοποιημένοι από τα νοσηλευτικά ιδρύματα.

## 6.7 Γενικό Νοσοκομείο – Κ.Υ. Κρεστένων

Όπως προαναφέρθηκε στο κεφάλαιο 5 ενότητα 5.2, που αφορά στο Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Κρεστένων, χαρακτηριστικό γνώρισμα του ιδρύματος είναι πως ουσιαστικά λειτουργεί με τη δεύτερη αρμοδιότητα του, ως Κέντρο Υγείας, προσφέροντας υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας στους πολίτες, και σπανίως νοσηλεύει ασθενείς. Ως απόρροια της συγκεκριμένης ιδιαιτερότητας, το χρονικό διάστημα κατά το οποίο έλαβε χώρα η έρευνά μας στο Νοσοκομείο Κρεστένων δεν υπήρχε νοσηλευόμενος ασθενής και κατά συνέπεια, ελλείψει δειγματοληπτικού πλαισίου, ήταν αδύνατη η συμπλήρωση ερωτηματολογίων. Κατ' επέκταση η

έρευνα περιορίστηκε στα δύο νοσοκομεία της Ηλείας, στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πύργου και στο Γενικό Νοσοκομείο Αμαλιάδας.

### **6.7.1 Μεταφορά της δραστηριότητας του Γ.Ν - Κ.Υ Κρεστένων στο Γενικό Νομαρχιακό Νοσοκομείο Πύργου**

Σε ευρεία σύσκεψη που πραγματοποιήθηκε για την 6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε, στο πλαίσιο του εθνικού σχεδίου δράσης για την αναδιάρθρωση των νοσοκομείων του ΕΣΥ στη Δυτική Ελλάδα, υπό την προεδρία του Υπουργού Υγείας, ο καθηγητής οικονομικών της υγείας του Πανεπιστημίου Αθηνών, κ. Λυκούργος Λιαρόπουλος επισήμανε τη συγχώνευση της δραστηριότητας του Γ.Ν. - Κ.Υ. Κρεστένων στο Γ.Ν.Ν. Πύργου. Σύμφωνα με την πρόταση αυτή που αφορά το νέο υγειονομικό χάρτη της χώρας δημιουργούνται δύο ομάδες αποτελούμενες από τέσσερις κύκλους. Στον τρίτο κύκλο της 6<sup>η</sup> Υ.Π.Ε επικεφαλής τίθεται το νοσοκομείο Πύργου και ακολουθούν τα νοσοκομεία Αμαλιάδας και Κρεστένων. Το Γ.Ν. - Κ.Υ. Κρεστένων αλλάζει χρήση και γίνεται Κέντρο Υγείας Αγροτικού Τύπου.

Η πρόταση των ειδικών για τα νοσοκομεία Πύργου, Αμαλιάδας και Κρεστένων περιλαμβάνει τη δημιουργία μιας μονάδας η οποία θα καλύπτει όλη την περιοχή και θα παρέχει υπηρεσίες δευτεροβάθμιας φροντίδας. Οι άλλες δύο μονάδες θα παρέχουν είτε εξειδικευμένες εξετάσεις, είτε υπηρεσίες πρωτοβάθμιας φροντίδας. Όπως μπορεί εύκολα να γίνει αντιληπτό η κεντρική μονάδα δεν μπορεί να είναι άλλο από το νοσοκομείο Πύργου, το οποίο και είναι το πλέον σύγχρονο από πλευράς υποδομών και τεχνολογικού εξοπλισμού. Ο ρόλος των άλλων δύο ιδρυμάτων θα είναι συμπληρωματικός και επικουρικός του κεντρικού νοσοκομείου του νομού.

Η μετατροπή του Νοσοκομείου Κρεστένων σε Κέντρο Υγείας έχει ως σκοπό τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας στους πολίτες της Ηλείας. Η μετατροπή του σε Κέντρο Υγείας και η ενδυνάμωση της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας στους ασθενείς θα προσφέρει μεγάλη βοήθεια καθώς τους επιτρέπει να σχηματίζουν μια πρώτη εικόνα της κλινικής κατάστασής τους. Επιπλέον θα αποτρέπει τους ασθενείς να απευθύνονται στο νοσοκομείο εφόσον δεν συντρέχει σοβαρός λόγος, και κατά συνέπεια θα συμβάλλει και στην αποσυμφόρηση του Νοσοκομείου Πύργου (κεντρική μονάδα του Νομού) από ασθενείς που δε χρήζουν νοσοκομειακής περίθαλψης.

## 6.7.2 Προτάσεις για τη συγχώνευση των Νοσοκομείων

Όπως προέκυψε από την ανάλυση των αποτελεσμάτων της έρευνας και το Γ.Ν.Ν. Πύργου και Γ.Ν. Αμαλιάδας βρίσκονται ουσιαστικά στα ίδια επίπεδα παροχής υπηρεσιών υγείας, με την παρατήρηση κάποιων μικρών αποκλίσεων μεταξύ τους. Μια συνένωση δυνάμεων στα Νοσοκομεία του Νομού Ηλείας είναι πολύ πιθανό να συμβάλλει στην παροχή ποιοτικότερης και αποτελεσματικότερης παροχής υπηρεσιών υγείας. Άλλωστε ανέκαθεν σκοπός ήταν τα μέτρα που λαμβάνονται στο χώρο της υγείας να είναι αποτελεσματικά για τους πολίτες και για το Ε.Σ.Υ, και πολύ περισσότερο στη συγκεκριμένη χρονική περίοδο, αποδοτικά για την οικονομία του κράτους.

Η συγχώνευση των μονάδων υγείας πρωταρχικό στόχο έχει την εξυπηρέτηση των κατοίκων και κατά συνέπεια :

### 1) Όσον αφορά τους ασθενείς μπορεί :

- Να στηρίξει την παροχή πρωτοβάθμιας και επείγουσας φροντίδας υγείας ( οι ασθενείς που δε χρήζουν δευτεροβάθμιας περίθαλψης να εξυπηρετούνται από τα Κέντρα Υγείας και τα Περιφερειακά Ιατρεία ).
- Να αποσυμφορήσει τα Νοσοκομεία.
- Να προσφέρει ποιοτικότερες υπηρεσίες περίθαλψης.
- Να εξυπηρετεί όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό ασθενών.
- Να υπάρξει ορθή αξιοποίηση του ανθρώπινου δυναμικού όλων των μονάδων υγείας.

### 2) Όσον αφορά το ΕΣΥ και την οικονομία του κράτους :

- Να μειώσει σπατάλες πόρων σε ανώφελες διοικητικές και λειτουργικές δαπάνες.
- Να συμβάλλει στην εξοικονόμηση πόρων για τη λήψη μέτρων που θα βελτιώσουν την ποιότητα της φροντίδας και συνεπώς την εξυπηρέτηση των πολιτών.
- Η αποτελεσματική λειτουργία των μονάδων υγείας θα έχει ως αποτέλεσμα την επίτευξη οικονομιών κλίμακας.

Είναι φανερό πως για την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση των κατοίκων της Ηλείας απαιτείται συνένωση δυνάμεων των μονάδων υγείας του Νομού, οι οποίες θα θέσουν κυρίαρχο μέλημά τους, τη μεγιστοποίηση παροχής ποιοτικής φροντίδας και περίθαλψης στους πολίτες. Καταλήγοντας η μετατροπή του Γ.Ν. – Κ.Υ. Κρεστένων σε Κέντρο Υγείας είναι ένα μέτρο που πιθανότατα θα ωφελήσει τους Ηλείους πολίτες. Θα υπάρξει μία ανθρωποκεντρική προσέγγιση των ασθενών καθώς δε θα χρειάζεται να κατευθύνονται στο Νοσοκομείο για ανούσιους

λόγους. Θα έρχονται σε επαφή πρώτα με το Κέντρο Υγείας ή το Περιφερειακό Ιατρείο της περιοχής τους και από εκεί θα αποφασίζεται εάν συντρέχει λόγος για την περαιτέρω παραπομπή τους.

Η εφαρμογή του μέτρου σίγουρα θα απαιτήσει ένα εύλογο χρονικό διάστημα προκειμένου οι πολίτες να το αποδεχθούν και να εξοικειωθούν με αυτό αλλά σίγουρα είναι μια προσπάθεια που προσδοκά στη δική τους καλύτερη εξυπηρέτηση, στη μείωση της ταλαιπωρίας και της δυσαρέσκειας τους και κατά συνέπεια στη μεγιστοποίηση της ικανοποίησής τους.

## Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957a). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing research*, 5 (3), 100-108.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957b). What factors affect patient's opinions of their nursing care. *Hospitals*, 31, 61-64.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1957c). What hospitals have done to improve patient care. *Hospitals*, 31, 43.
- Abdellah, F.G., & Levine, E. (1964). *Patients and personnel speak* (U.S. Public Health Service Publication No. 527), Washington, D.C.: U.S.Publication Office.
- Abramovitz, S., Cote, A.A., & Berry, E. (1987). Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach. *Quality Review Bulletin*, 13(4), 122-130.
- Aletras, V. Papadopoulos, E. Niakas, D. (2006). "Development and preliminary validation of a Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses", *BMC Health Services Research*, 6:66.
- Babacus, E., & Mangold, W. G. (1992). Adapting the SERVQUAL scale to hospital services: An empirical investigation. *Health Services Research*, 26(2), 767-786.
- Bond, S., & Thomas, L. H. (1991). Issues in measuring outcomes of nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 16, 1492-1502.
- Bond, S., & Thomas L.H. (1992). Measuring patients' satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 17:52-63.
- Brink, J.P. (1986). Editorial: the patient's perspective. *Western Journal of Nursing Research*, 8(2), 133-134.
- Carey, R. G., & Seibert, J.H. (1993). A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity. *Medical Care*, 31(9), 834-845.
- Cleary, P. D., & Mc Neil B. J. (1988). Patient satisfaction as an indicator of quality care. *Inquiry*, 25 : 25-36.
- Donabedian, A.K. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Health and Society*, 44, 166.
- Donabedian, A.K. (1980). *Explorations in quality assesement and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
- Donabedian, A.K. (1982). *Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria*

and standards of quality. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

- Donabedian, A.K. (1987). Commentary on some studies of the quality of care. *Health Care Financing Review (annual supplement)*, 75-85.
- Donabedian, A. K. (1970). Patient care evaluation. *Hospitals*, 44(1), 131-136.
- Dull, V.T., Lansky, D., & Davis, N. (1994). Evaluating a patient satisfaction survey for maximum benefit. *The Joint Commission Journal on Quality Improvement*, 20(1), 444-452.
- Fishbein, M. and Ajzen, I. (1975): *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*.
- Fitzpatrick, R. and Hopkins, A. (1983). Problem in the conceptual framework of patient satisfaction research : an empirical exploration. *Sociology of Health and Illness* 5(3):279-312.
- Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: I-Important general considerations. *British Medical Journal*, 302, 887-889.
- Guzman, P. M., Sliepecevic, E.M., Lacey, E.P., Vitello, E.M., Matten, M.R., Woehlke, P.L., & Wright, W.R. (1988). Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12, 225-233.
- Klaus, P.G. (1985). Quality epiphenomenon: the conceptual understanding of quality face – to - face encounters. In: A. Crzepterl, M.R. Soloman, and C.F. Supermant, editors. *The Service Encounter. Managing Employee/Customer Interaction in Service Businesses*. Lexington. M.A: Dextington Books;, pp. 181-193
- Leebov, W. (1988). *Service excellence: the customer relations strategy for health care*. U.S.A.: A.H.A., American Hospital Publishing.
- Linder-Pelz, S. (1982a). Toward a theory of patient satisfaction. *Social Science and Medicine*, 16, 577-582.
- Linder-Pelz, S. (1982b). Social psychological determinants of patient satisfaction : A test of five hypotheses. *Social Science and Medicine*, 16, 583-589.
- Manny, Vuori. (1982). *Quality Assurance of Health Services: Concepts and Methology*, Public Health in Europe no. 16 Copenhagen: WHO.
- Mergivern, K. Halm, M.A. & Jones, G. (1992). Measuring patient satisfaction as an outcome of nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 6(4), 9-24
- Meterko, Mark. and Haya, Rubin. (1990). Can patients evaluate the quality of hospital care? *Medical Care Review*; 47(3): 265
- Meterko, M., Nelson, E. C., & Rubin, H. R. (1990). Patients judgments of hospital quality. *Medical Care*, 28(9), Supplement, 1-56.

- Miller-Bader, (1988). Nursing care behaviors that predict patient satisfaction. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 11-17
- Nunnally, J. (1967). *Psychometric Theory*,.
- Oberst, M. T. (1984). Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction. *Cancer*, 53, 2366-2373.
- Office of Technology Assessment, OTA. (1988). Patients' assessments of their care. The quality of medical care: Information for consumers, (OTA Publication).
- Parsons, T. and Shils, E. (1951). *Towards a General Theory of Social Action*
- Pascoe, G. (1983). Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning*, 6, 189.
- Pascoe, G., & Attkison, C. (1983). A new methodology for assessing satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6(3-4), 335-347.
- Peters, D. A. (1993). Improving quality requires consumer input: Using focus groups. *Journal of Care Quality*, 7(2), 34-41.
- Petersen, M. B. (1988). Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 2(3), 25-35.
- Reeder, L. G. (1972). The patient-client as a consumer: some observations on the changing professional-client relationship. *Journal of Health Social Behavior*, 13, 40
- Risser, N. L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nursing Research*, 24(1), 45-52. (Patient Satisfaction Scale, Risser 1975). 6-412.
- Scardina, S.A. (1994). SERVQUAL: A tool for evaluating patient satisfaction with nursing care. *Journal of Nursing Quality Assurance*, 8:2, 38-46
- Smith R.B (1977). Patient opinions help place hospital services in perspective. *Hospitals*, 51:16, 65-68
- Smith, C. (1992). Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom. *Quality Assurance in Health Care*, 4:3, 171-177
- Strasen, L. (1988). Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures. *Journal of Nursing Administration*, 18:11, 5-6
- Ware, J.E., Davies-Avery, A., Stewart Al. (1978). The measurement and the menaing of patient satisfaction. *Health Med. Care Serv Rev*; 1:1-1-15
- World Health Organization, (WHO): *Primary Health Cre, Health for All Series no. . Geneva: WHO, 1978* World Health Organization (WHO): *Global Strategy for Health for All by the Year 2000, Health for All Series, no 3 Geneva : WHO 1981.*



- World Health Organization, (WHO), (1981). Global Strategy for Health for All by the year 2000, Health for All Series (no 3). Geneva WHO
- Wriglesworth, J.M. & Williams, J.T. (1975). The contraction of an objective test to measure patient satisfaction. International Journal of Nursing Studies, 12:123-132.
- <http://www.pubmed.com/>
- <http://www.google.com/>

## Ελληνόγλωσση Βιβλιογραφία

- ΕΚ.ΠΟΙ.ΖΩ στο Παπανικολάου Β (1999). « Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας : Αρχές, Μέθοδοι και Εφαρμογές », εκδ. Παπαζήση Αθήνα, 2007.
- Θεοφανόπουλος, Π. (1994). Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: πρόκληση ή ουτοπία και η ελληνική κατάσταση. Πρακτικά Συνεδρίου « Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας », 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ. 31-38. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.
- Κοτσαύτη Σοφία. (2010). Γραπτή εργασία στο Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο
- Κυριόπουλος, Ι. (1991). Ο ανταγωνισμός στην αγορά υπηρεσιών υγείας: η διεθνής εμπειρία και η ελληνική προοπτική. *Επιθεώρηση Υγείας*, 41, 297-302.
- Κυριόπουλος, Ι., Δράκου, Ι., Κτένας, Ε., & Γεωργούση, Ε. (1993). Στάσεις χρηστών υγείας ως προς τη νοσοκομειακή φροντίδα. *Επιθεώρηση Υγείας*, 44, 300-320.
- Κυριόπουλος, Γ. Γεωργούση, Ε. Οικονόμου, Χ. (2003). Ποιότητα στη Φροντίδα Υγείας: Η οπτική των οικονομικών της Υγείας, στο Κυριόπουλος, Γ. Λιόνης, Χ. Σουλιώτης, Κ. Τσάκος, Γ. Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας, εκδ. Θεμέλιο/Κοινωνία και Υγεία.
- Νιάκας, Δ. (1991). Σύγχρονες πολιτικές συγκράτησης του κόστους του υγειονομικού τομέα στο διεθνή χώρο και η ελληνική περίπτωση. *Επιθεώρηση Υγείας*, 27, 155-161, 172.
- Νιάκας, Δ. & Γναρδέλλης, Χ. (2000) « Η ικανοποίηση ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας » *Ιατρική*, 77 (5):464 - 470.
- Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995). Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας. *Επιθεώρηση Υγείας*, 56, 248-256.
- Πολύζος Ν, Μπαρτσώκας Δ, Πιερράκος Ι, Ασημακοπούλου Ι, Υφαντόπουλος Ι (2005). « Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική », *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3):284 - 295.
- Ραγιά, Χ. Α. (1987). Βασική Νοσηλευτική. Αθήνα.
- ΦΕΚ 76/Α/10.3.2000
- ΦΕΚ 73/Α/1979
- ΦΕΚ 254/53 τ. Α

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ**

### **ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ :**

Μέτρησης Ικανοποίησης Εσωτερικών Ασθενών των Γενικών Νοσοκομείων Πύργου και Αμαλιάδας.

### **ΤΗΛΕΦΩΝΙΚΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΕΣΩΤΕΡΙΚΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ.....**

Καλημέρα/ καλησπέρα, ονομάζομαι ..... και τηλεφωνώ εκ μέρους του Ανώτατου Τεχνολογικού Εκπαιδευτικού Ιδρύματος Καλαμάτας και του Γενικού Νοσοκομείου.....

Θα μπορούσα να μιλήσω με τον/την.....

(εάν ο ασθενής δεν είναι διαθέσιμος, τότε κλείνετε ραντεβού για να ξαναεπικοινωνήσετε),

(εάν απαντήσει άλλο άτομο, επαναλαμβάνεται η εισαγωγή στον ερωτώμενο).

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

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

Θα θέλατε παρακαλώ να συμμετάσχετε;

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

Να ξεκινήσουμε;

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

Τα ερωτηματολόγια να συμπληρωθούν από όσους περνούν την Ερώτηση:

### Φίλτρο:

1. Είστε άνω των 18 ετών;      Ναι:       Όχι:

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

### A. ΤΡΟΠΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

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

Επείγον/ τηλέφωνο στο 166/άμεση παραπομπή

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 3

Λίστα αναμονής ή προσχεδιασμένα

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 5

### Επείγουσα ή άμεση παραπομπή

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

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

«Συμφωνείτε».... ή «Διαφωνείτε απόλυτα»

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
3. Στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών λάβατε ανεπαρκή πληροφόρηση για την κατάσταση της υγείας σας και τη θεραπευτική αγωγή	1	2	3	4	5
4. Η φροντίδα που λάβατε στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ήταν καλά οργανωμένη	1	2	3	4	5

### Λίστα αναμονής ή προγραμματισμένη εισαγωγή

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

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

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

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

### B. ΑΦΙΞΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

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

- Λιγότερο από 10 λεπτά
- 11 λεπτά έως μισή ώρα
- μισή έως μία ώρα

Περισσότερο από 2 ώρες

Δεν θυμάστε

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

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

#### Γ. ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
14. Οι νοσοκόμες έδειξαν ενδιαφέρον και σας περιποιήθηκαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	1	2	3	4	5
15. Οι νοσοκόμες ήταν συχνά αγενείς	1	2	3	4	5
16. Οι νοσοκόμες σας εξηγούσαν με κατανοητό τρόπο τις ιατρικές διαδικασίες (εξετάσεις από γιατρούς, ακτινογραφίες κ.λ.π.)	1	2	3	4	5
17. Οι νοσοκόμες ήταν απρόθυμες να απαντήσουν στις ερωτήσεις σας	1	2	3	4	5
18. Οι νοσοκόμες συζητούσαν μαζί σας τις ανησυχίες και τους φόβους σας	1	2	3	4	5
19. Οι νοσοκόμες καθυστερούσαν να έλθουν, όταν τις ζητούσατε	1	2	3	4	5
20. Οι νοσοκόμες σας φέρθηκαν με σεβασμό	1	2	3	4	5
21. Οι νοσοκόμες ήταν ανίκανες να κάνουν σωστά τη δουλειά τους	1	2	3	4	5

22. Οι νοσοκόμες ήταν διακριτικές 1 2 3 4 5

#### Δ. ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
23. Οι γιατροί περνούσαν σπάνια για να ελέγξουν την πορεία της υγείας σας	1	2	3	4	5
24. Οι γιατροί έδειχναν ενδιαφέρον για εσάς κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας	1	2	3	4	5
25. Οι γιατροί ήταν ανίκανοι να κάνουν σωστά τη δουλειά τους	1	2	3	4	5
26. Οι γιατροί σας κράτησαν ενήμερο για την κατάσταση της υγείας σας	1	2	3	4	5
27. Οι γιατροί ήταν συχνά αγενείς	1	2	3	4	5
28. Οι γιατροί ήταν διακριτικοί	1	2	3	4	5
29. Οι οδηγίες που σας έδωσαν οι γιατροί για τη θεραπεία (τρόπο λήψης φαρμάκων, τρόπο ανάρρωσης, κ.α.) ήταν ανεπαρκείς ή μπερδεμένες	1	2	3	4	5
30. Οι γιατροί ήταν διαθέσιμοι, όταν θέλατε να τους ρωτήσετε κάτι σημαντικό	1	2	3	4	5
31. Οι γιατροί σας έδωσαν λάθος διάγνωση και θεραπευτική αγωγή	1	2	3	4	5

#### Ε. ΥΠΟΛΟΙΠΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ.

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
32. Το προσωπικό του νοσοκομείου που παρείχε υπηρεσίες διατροφής ήταν ευγενικό	1	2	3	4	5
33. Οι καθαρίστριες ήταν αγενείς	1	2	3	4	5
34. Το προσωπικό του νοσοκομείου ήταν επαρκές	1	2	3	4	5
35. Το υπόλοιπο προσωπικό (π.χ. διοικητικοί υπάλληλοι, θυρωροί, προσωπικό ασφαλείας, υπάλληλοι κυλικείου) ήταν αγενές	1	2	3	4	5

36. Χρειάστηκε να σας μεταφέρει τραυματιοφορέας;

**Ναι**

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 37

**Όχι**

⇒ Πήγαινε στην ερώτηση 38

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

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



## ΣΤ. ΦΑΓΗΤΟ.

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

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

## Ζ. ΕΣΩΤΕΡΙΚΟ ΠΕΡΙΒΑΛΛΟΝ.

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
41. Ο θάλαμος ήταν καθαρός	1	2	3	4	5
42. Στο θάλαμο ασθενών (δωμάτιο), όπου μένατε είχε φασαρία	1	2	3	4	5
43. Τα σεντόνια του κρεβατιού σας τα άλλαζαν όσο συχνά έπρεπε	1	2	3	4	5
44. Η θερμοκρασία του θαλάμου ήταν ακατάλληλη (έκανε κρύο ή πολύ ζέστη)	1	2	3	4	5
45. Οι χώροι υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5
46. Στο θάλαμό σας νοιώθατε άβολα γιατί υπήρχαν περισσότεροι ασθενείς από ότι έπρεπε	1	2	3	4	5
47. Νοιώθατε ότι τα προσωπικά σας πράγματα ήταν επαρκώς ασφαλισμένα από πιθανή κλοπή	1	2	3	4	5
48. Νοιώθατε άβολα γιατί οι συγγενείς και φίλοι των ασθενών έμεναν στο θάλαμο πολύ ώρα	1	2	3	4	5

49. Οι υπόλοιποι χώροι του νοσοκομείου π.χ. (διάδρομοι, κυλικείο, γραφεία, χώροι αναμονής) ήταν καθαροί	1	2	3	4	5
50. Νοιώθατε συνεχώς άβολα στο θάλαμο, επειδή υπήρχαν ασθενείς του αντίθετου φύλο	1	2	3	4	5

## Η. ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ.

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

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

53. Νοιώσατε πόνο κατά τη διάρκεια της νοσηλείας σας;

Ναι

⇒Πήγαινε στην 54<sup>η</sup> ερώτηση

Όχι

⇒Πήγαινε στην 55<sup>η</sup> ερώτηση

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
54. Το προσωπικό του νοσοκομείου ενδιαφέρθηκε για τον πόνο που	1	2	3	4	5

νοιώθατε και φρόντισε να σας ανακουφίσει

### Θ. ΕΞΟΔΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
55. Την ημέρα που βγήκατε από το νοσοκομείο, η έξοδός σας καθυστέρησε λόγω γραφειοκρατίας	1	2	3	4	5
56. Την ημέρα που βγήκατε από το νοσοκομείο σας ενημέρωσαν επαρκώς για το τι έπρεπε να κάνετε πριν να φύγετε	1	2	3	4	5
57. Πιστεύετε ότι βγήκατε από το νοσοκομείο νωρίτερα από ότι έπρεπε	1	2	3	4	5

### Ι. ΣΥΝΟΛΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ.

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

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Είμαι ουδέτερος	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
58. Γενικά από την παραμονή σας στο νοσοκομείο είστε πολύ ικανοποιημένος /η	1	2	3	4	5

Ακολουθούν κάποιες ερωτήσεις οι οποίες είναι για στατιστικούς και μόνον λόγους. Χρησιμοποιούνται για να μας βοηθήσουν να κατανοήσουμε πως διαφορετικές ομάδες ανθρώπων βιώνουν τις υπηρεσίες του νοσοκομείου. Εάν, ωστόσο, δεν θέλετε να

απαντήσετε σε κάποια συγκεκριμένη ερώτηση, μπορείτε να προχωρήσετε στην επόμενη.

**Φύλο:**                      Άρρεν                         Θήλυ  

**Τι ηλικία έχετε;**

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

**Μορφωτικό επίπεδο:**

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

**Πώς θα χαρακτηρίζατε την κατάσταση της υγείας σας σήμερα;**

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

**Είχατε κάποιο γνωστό σας άτομο στο νοσοκομείο (από το προσωπικό), που σας βοήθησε;**

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

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

- Ναι
- Όχι
- Δεν ξέρω / Δεν απαντώ

**Πώς σας φάνηκε ο χρόνος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου;**

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