



**ΑΝΟΙΚΤΟ
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΚΥΠΡΟΥ**

ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

**ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»**

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ

**Εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που υποβλήθηκαν
σε ενδοσκόπηση (κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση) στο τμήμα
των ενδοσκοπήσεων του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας**

ΟΝΟΜΑ ΦΟΙΤΗΤΗ

Κωνσταντία Κατσουρή

ΟΝΟΜΑ ΕΠΙΒΛΕΠΟΝΤΑ ΚΑΘΗΓΗΤΗ

Δρ. ΠΑΥΛΟΣ ΘΕΟΔΩΡΑΚΗΣ

ΛΕΥΚΩΣΙΑ, ΦΕΒΡΟΥΑΡΙΟΣ, 2013

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Θέμα	Σελίδες
Ευχαριστίες.....	4
Συνοτομογραφίες.....	5
Περίληψη.....	6-7
Abstract.....	8-9
Εισαγωγή.....	10-11
Γενικό Μέρος.....	12-58
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ	12-28
1.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ	12-18
1.1.1. Ορισμός Ποιότητας	12-13
1.1.2. Ιστορική Αναδρομή της Ποιότητας	13-14
1.1.3. Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας.....	14-15
1.1.4. Ορισμός της Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας	15-16
1.1.5. Μέτρηση της Ποιότητας	16-18
1. Δομή	17
2. Διαδικασία	17
3. Έκβαση	18
1.2. ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ	18-28
1.2.1. Ορισμός Ικανοποίησης και Θεωρητικό Πλαίσιο.....	21-22
1.2.2. Βιβλιογραφική Επισκόπηση Μετρήσεων Ικανοποίησης Ασθενών Υπηρεσιών Υγείας	22-28
1.2.2.1. Στο Διεθνή Χώρο	23-27
1.2.2.2. Στον Κυπριακό Χώρο	27-28
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ	29-37
2.1. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	29-30
2.1.1. Γαστροσκόπηση	30
2.1.2. Κολonosκόπηση	30
2.2. ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ	31-32
2.3. ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ	33-37

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	38-44
3.1. ΤΟΠΟΣ, ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ	38-39
3.1.1. Τμήμα Ενδοσκοπήσεων	38
3.1.2. Πληθυσμός	38-39
3.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ	39-40
3.2.1. Ερωτηματολόγιο	39-40
3.2.2. Διαδικασία Μετάφρασης του Ερωτηματολογίου	40-41
3.2.3. Πολιτισμική προσαρμογή του Ερωτηματολογίου	41
3.2.4. Εγκρίσεις για χρησιμοποίηση του Ερωτηματολογίου	42
3.2.5. Μέθοδος Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου	42
3.2.6. Δυσχέρειες συλλογής των Ερωτηματολογίων	43
3.2.7. Εγκυρότητα και Αξιοπιστία	43
3.2.8. Στατιστική Ανάλυση	43-44
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	45-58
4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ	45-46
4.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΗΛΩΣΕΩΝ	46-52
4.2.1. Μέρος Α' / Βαθμός Ικανοποίησης σε σχέση με τις Διαδικασίες-Υπηρεσίες Εισαγωγής	46-48
4.2.2. Μέρος Β' / Βαθμός Ικανοποίηση της Προσφοράς Φροντίδας σε σχέση με το Προσωπικό	48-49
4.2.3. Μέρος Γ' / Βαθμός άνεσης Κατά τη Διάρκεια και Μετά την Ενδοσκόπηση	50-51
4.2.4. Μέρος Δ' / Βαθμός Συμφωνίας ή Διαφωνίας	51-52
4.2.5. Μέρος Ε' / Ανοικτού Είδους Ερωτήσεις	52
4.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ «t» ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ.....	52-58
4.3.1. Ικανοποίηση	52-54
4.3.2. Προσφορά Φροντίδας	54-56
4.3.3. Βαθμός Συμφωνίας	56-58
Συζήτηση – Εισηγήσεις	59-63
Βιβλιογραφία	64-68
Παραρτήματα 1 – 7	69-81

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Με την ολοκλήρωση της διπλωματικής μου εργασίας στο μεταπτυχιακό πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου, μου δίνεται η ευκαιρία να ευχαριστήσω όλους όσους συνέβαλαν στην προσπάθειά μου αυτή.

Θα ήθελα να ευχαριστήσω, πρωτίστως, τον κ. Π. Θεοδωράκη, επιβλέποντα καθηγητή μου, για την καθοδήγηση, τις συμβουλές και συμπαράστασή του καθ' όλην τη διάρκεια του σχεδιασμού και εκπόνησης της εργασίας.

Θερμές ευχαριστίες θα ήθελα να εκφράσω στο Υπουργείο Υγείας, στις Νοσηλευτικές Υπηρεσίες και στη Νοσηλευτική Διοίκηση του Γ.Ν.Α. Επίσης, ιδιαίτερες ευχαριστίες στο νοσηλευτικό και ιατρικό προσωπικό του Τμήματος των Ενδοσκοπήσεων του Γ.Ν.Α. για τη βοήθεια και τη συνεργασία τους.

ΣΥΝΤΟΜΟΓΡΑΦΙΕΣ

mGHAA-9	modified Group Health Association of America-9
Γ.Ν.Λ.	Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας
ΕΕ	Ευρωπαϊκή Ένωση
ΚΠΕ	Καρκίνος Παχέος Εντέρου
ΠΑΣΥΚΑΦ	Παγκύπριος Σύνδεσμος Καρκινοπαθών και Φίλων

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης ποιότητας για τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, άρα η καταγραφή της άποψης τους (μέσω δομημένων ερωτηματολογίων) θεωρείται η κύρια μέθοδος αξιολόγησης αλλά και ανατροφοδότησης του συστήματος για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, που έχει σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, κρίνεται πλέον αναγκαία και αναπόφευκτη στις μέρες μας. Στη διεθνή βιβλιογραφία τονίζεται η έλλειψη αξιόπιστων εργαλείων που θα μπορούσαν να μετρήσουν αυτούς τους παράγοντες.

Σκοπός της μεταπτυχιακής εργασίας είναι να μετρήσει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών/χρηστών, που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση (κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση) στο Ενδοσκοπικό Τμήμα του Γ.Ν.Α., από τις προσφερόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας με απώτερο σκοπό τον εντοπισμό αδυναμιών, για τη λήψη μέτρων προς βελτίωση των συγκεκριμένων παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Τα αποτελέσματα βασίζονται στην ανάλυση και ερμηνεία πληροφοριών που προέκυψαν από τη συλλογή ερωτηματολογίων για την ικανοποίηση των ασθενών.

Υλικό-Μέθοδος: Για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών συμμετείχαν άτομα που είχαν υποβληθεί σε ενδοσκόπηση (κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση). Επιπλέον, έπειτα από σχετική άδεια (χρησιμοποίησης και μετάφρασης) του Αμερικανικού Συνδέσμου Γαστρεντερολόγων, χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε ενδοσκόπηση (κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση)». Η μετάφραση και η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου έγινε σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα των *Marji Research Institute*, 2002 και *Medical Outcome Trust Bulletin*, 1997 και συμπληρώθηκε από 107 χρήστες κατά την περίοδο Σεπτέμβριος – Νοέμβριος 2012.

Η πολιτισμική προσαρμογή πραγματοποιήθηκε με τη διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης. Η Ελληνική μετάφραση βρέθηκε αξιόπιστη, καθώς είχε καλή **εσωτερική συνάφεια (Cronbach's Alpha) 0,871**.

Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 31 στοιχεία, εκ των οποίων τα 27 είναι εκφρασμένα σε κλίμακα Likert, σε πεντάβαθμη κλίμακα έντασης. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και οι ασθενείς ενημερώνονταν για το σκοπό της και συναινούσαν σε σχετικό έντυπο.

Αποτελέσματα: Γενικά καταγράφεται ένα υψηλό ποσοστό ικανοποίησης από τους ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση αλλά και ένα όχι αμελητέο ποσοστό που εκφράζει δυσαρέσκεια. Επίσης, από την ανάλυση προκύπτει η συσχέτιση μεταξύ φύλου, εκπαιδευτικού επιπέδου και εισοδήματος με το βαθμό ικανοποίησης.

Συμπεράσματα: Η έρευνα κατέδειξε υψηλά επίπεδα ικανοποίησης, εάν την εντάξει, μάλιστα, κανείς σε μια συγκριτική συσχέτιση και με άλλες διεθνείς έρευνες. Προκύπτει, παράλληλα, θέμα για περαιτέρω μελέτη των πεποιθήσεων και αντιλήψεων των Κυπρίων, στο πλαίσιο της κουλτούρας τους, γύρω από την υγεία, για αύξηση του βαθμού ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Λέξεις - Κλειδιά: Ικανοποίηση, ενδοσκόπηση, κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση

ABSTRACT

Patient satisfaction is an indicator of quality for the provided health care services; therefore documentation of their opinion (through structured questionnaires) is considered to be the principal method of assessment but also a means to update the quality of health care services' system. Measurement of patient satisfaction has as its objective to extract conclusions in regards to the quality level of provided health care services, and is nowadays found to be necessary and unavoidable. The lack of reliable tools that can measure these factors is emphasised in international bibliography factors.

Aim of the postgraduate project is to measure the level of satisfaction of patients/users that have gone Endoscopy (colonoscopies, gastroscopies) in the Endoscopy unit of the Nicosia General Hospital, in order to identify weaknesses, so as to take action towards improvement of the specific provided health care services. The results are based on the analysis and interpretation of information that occurred from the collection of questionnaires for patient satisfaction.

Material-Method: For the evaluation of patient satisfaction there was participation of individuals that have undergone Endoscopy (colonoscopies, gastroscopies). In addition, after relevant permission (usage and translation) from the American Gastroscopy Association, the questionnaire "Evaluation of satisfaction levels of patients that undergo endoscopies (colonoscopies, gastroscopies)" was used. The translation and cultural adaption of the questionnaire was conducted according to the international guidelines of the Mapi Research Institute, 2002 and Medical Outcome Trust Bulletin 1997 and were completed by 107 users during the period of September-November 2012.

Cultural adaption was realised through the method of cognitive review. The Greek translation was found reliable, as it had good **internal relevance (Cronbach's Alpha) 0,871**.

The questionnaire includes 31 elements, of which 27 are expressed on a Likert scale, on intensity scale of 1 to 5. Participation in the research was voluntary and patients were informed of its purpose and gave consent on a relevant form.

Results: In general a high percentage of satisfaction is recorded from patients that have undergone colonoscopies, gastroscopies but a considerable percentage expresses dissatisfaction. In addition, from the analysis the association between gender, academic level, income and the level of satisfaction is apparent.

Conclusions: The study recorded high levels of satisfaction, even if included in comparative association with other international studies... or even when compared with results of other international studies of patient satisfaction levels. Also shown is to the parallel issue of the need for further research on attitudes and beliefs of Cypriots, in a cultural context in terms of health, in order to increase satisfaction levels of provided health care services.

Key-Words: Satisfaction, endoscopy, colonoscopy, gastroscopy.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια, σε παγκόσμιο επίπεδο, σε όλες τις σύγχρονες επιχειρήσεις, επικρατεί η φιλοσοφία της «συνεχούς βελτίωσης» στις παρεχόμενες υπηρεσίες και του προσανατολισμού τους προς την ικανοποίηση του πελάτη. Οι Οργανισμοί παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας πρέπει να εντάσσονται και αυτοί στο πλαίσιο αυτό, καλούμενοι, μέσα σε δυσμενείς συνθήκες, που χαρακτηρίζονται από την κλιμάκωση του κόστους και την αύξηση των αναγκών υγείας, να αναζητήσουν τρόπους αποτελεσματικής αξιοποίησης των περιορισμένων πόρων, αλλά και διασφάλισης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η διάσταση της ποιότητας αποτελεί ένα πολύ ενδιαφέρον ερευνητικό πεδίο, με δυσκολίες και αμφισβητήσεις, όσον αφορά το ίδιο το περιεχόμενο της ποιότητας και τους τρόπους μέτρησης. Στην Κύπρο, η κατάσταση είναι ακόμα πιο δύσκολη, αφού δεν υπάρχουν σχεδόν καθόλου στοιχεία, ή, εν πάση περιπτώσει, δεν αξιολογούνται επαρκώς, για να μετρηθεί, με τον έναν ή τον άλλον τρόπο, η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από το δημόσιο ή τον ιδιωτικό τομέα.

Οι έρευνες ικανοποίησης αποτελούν μια συνήθη πρακτική άντλησης πληροφοριών για τους αναλυτές και σχεδιαστές της πολιτικής υγείας, τους μάνατζερ των συστημάτων υγείας και τους επαγγελματίες της υγείας γενικότερα. Η μέτρηση του βαθμού ικανοποίησης του πελάτη, αλλά και ευρύτερα η εκτίμηση της στάσης των καταναλωτών, αποτελεί χρήσιμο εργαλείο αξιολόγησης της ποιότητας. Σύμφωνα με τον Donabedian (1986), οι ασθενείς αποτελούν σημαντική πηγή πληροφόρησης στην προσπάθεια αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας. Για το λόγο αυτό, οι περιοδικές μελέτες που γίνονται με θέμα «ικανοποίηση», εισάγουν στην πολιτική υγείας και στη διοίκηση τις απόψεις, τις ανάγκες και τις αντιλήψεις των καταναλωτών. Είναι ουσιαστικά μια μορφή ανατροφοδότησης από την κοινωνία, που βοηθά στον εντοπισμό προβλημάτων και στη λήψη διορθωτικών μέτρων. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να τονιστεί ότι, επειδή τα ευρήματα τέτοιων ερευνών βασίζονται σε υποκειμενικές απόψεις, δεν αρκούν για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, αλλά θα πρέπει να αξιολογούνται με προσοχή, να συμπληρώνονται και να τεκμηριώνονται με άλλους δείκτες και στοιχεία.

Η έκφραση της ικανοποίησης των ασθενών από τις προσφερόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι ένα βασικό αναφαίρετο δικαίωμά τους, που αναφέρεται στις αρχές της δημοκρατίας, αλλά και στο Ιπποκρατικό Ιδεώδες (Brink, 1986).

Αρχικά, θα γίνει μια λεπτομερής διασαφήνιση των εννοιών που καλύπτει το θεωρητικό πλαίσιο της παρούσας έρευνας. Ακολούθως, θα αναλυθεί ο όρος «ικανοποίηση των ασθενών» ως συνισταμένη μέτρων αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας μέσα από τη διεθνή και ελληνική βιβλιογραφία. Στο δεύτερο μέρος δίνεται μια πολύ επιγραμματική αναφορά στους ιατρικούς όρους ενδοσκοπήσεις, κολονοσκοπήσεις, γαστροσκοπήσεις.

Στο τρίτο μέρος της εργασίας παρατίθενται τα στοιχεία και τα δεδομένα της έρευνας. Στην αρχή θα επεξηγηθεί η μεθοδολογία της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε, με λεπτομερή καταγραφή της επιλογής του εργαλείου μέτρησης, όπως και η περιγραφή της διαδικασίας μετάφρασης και της πολιτισμικής του προσαρμογής.

Ακολουθεί η στατιστική ανάλυση, όπου, μέσα από την παράθεση των αποτελεσμάτων, θα γίνει προσπάθεια επεξήγησής τους και εξαγωγή συμπερασμάτων.

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΔΙΑΣΑΦΗΝΙΣΗ ΕΝΝΟΙΩΝ

Παρόλο που η έννοια «ικανοποίηση των ασθενών» από τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή, δεν έχει διερευνηθεί και δεν έχει διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός (Merkouris, 1999α). Σύμφωνα με τους Drain & Clark (2004), ο όρος «ικανοποίηση» αναφέρεται σε μία συναισθηματική αντίδραση στο σύνολο της εμπειρίας.

Η «ικανοποίηση των ασθενών» είναι ένας δείκτης και ένα συστατικό της παρεχόμενης ποιοτικής φροντίδας υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπως την αντιλαμβάνονται οι χρήστες, μπορεί να οριστεί ως ο βαθμός απόκλισης μεταξύ των προσδοκιών και των αντιλήψεων σε σχέση με τη φροντίδα που λαμβάνουν. Το κλειδί για τη διασφάλιση της ποιότητας είναι η ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών. Ως εκ τούτου, αυτή η ικανοποίηση αποτελεί ένα σημαντικό στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας. Οι Gnardellis & Niakas (2005) θεωρούν ότι η ικανοποίηση είναι μια σχετική έννοια που αποτελεί αντανάκλαση των αξιολογήσεων των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας με βάση υποκειμενικά πρότυπα και, επομένως, είναι λογικό η ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας να αξιολογείται βάσει των αντιλήψεων των ασθενών, οι οποίοι είναι οι τελικοί χρήστες και καταναλωτές των υπηρεσιών υγείας.

1.1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ

1.1.1 Ορισμός Ποιότητας

Η ποιότητα είναι η επίτευξη της επιθυμητής ανάγκης με τον πιο αποτελεσματικό και τον πιο αποδοτικό τρόπο, δίνοντας έμφαση στην ικανοποίηση του παραλήπτη και του προμηθευτή (Assaf & Schmele, 1997). Δεν είναι πολυτελής υπηρεσία ή προϊόν. Είναι απλώς ένα προϊόν ή μια υπηρεσία που είναι αποδεκτή, προσβατή, αποδοτική, αποτελεσματική και ασφαλής, όπου υπάρχει συνεχής εκτίμηση, αναβάθμιση και πρόοδος.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), (1987) ορίζει την ποιότητα ως το σύνολο των χαρακτηριστικών μιας οντότητας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί

καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες. Ο Assaf (1998), από την άλλη, ορίζει την ποιότητα ως μια διεργασία αναγνώρισης των αναγκών και των προσδοκιών των εσωτερικών και εξωτερικών πελατών. Επίσης, ποιότητα είναι η συνεχής διεργασία αυξητικής βελτίωσης. Συμπερασματικά, κοινό σημείο των διαφορετικών προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης (καταναλωτής ή χρήστης) ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου/της οποίας πρέπει να ικανοποιηθούν.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας δεν μπορεί ακριβώς να ταυτιστεί με τη γενικότερη έννοια της ποιότητας ως χαρακτηριστικού ενός οποιουδήποτε αγαθού ή υπηρεσίας. Στην περίπτωση των υπηρεσιών υγείας, δεν μπορεί να ακολουθήσει μια συγκεκριμένη και τυποποιημένη διαδικασία παραγωγής τους, όπως συμβαίνει με τα περισσότερα βιομηχανικά προϊόντα.

1.1.2 Ιστορική Αναδρομή της Ποιότητας

Η ποιότητα δεν είναι κάτι καινούργιο. Αναζήτηση ανθρώπινη από τους αρχαίους, ήταν συνώνυμη με την αρετή, τη συνεχή βελτίωση, το «αιέν αριστεύειν». Η ποιότητα συναντάται και επιδιώκεται σε όλους σχεδόν τους τομείς της ανθρώπινης δράσης και η αξία και σημαντικότητά της είναι αναμφισβήτητη.

Η ποιότητα στον τομέα της υγείας συμβαδίζει με τη γέννηση της επιστήμης της υγείας. Η αρχαιότερη καταγεγραμμένη αναφορά ανάγεται στην αρχαία Αίγυπτο και συγκεκριμένα από τον «Πάπυρο Smith» (Hook, 1973), όπως αναφέρει στη Διπλωματική του ο Κρητικός Αντρέας (2005). Συμπληρώνει ότι τα πρώτα «κριτήρια αξιολόγησης» της ιατρικής φροντίδας αποτυπώνονται σε ιερογλυφική γραφή, πάνω σε λίθινες πλάκες. Συγκεκριμένα, τα κριτήρια αυτά είναι η παρατήρηση, η περίθαλψη ή η άρνηση της νοσηλείας. Ο Assaf (1998) υποστηρίζει ότι, η μητέρα της νοσηλευτικής, Florence Nightingale, ήταν η πρώτη που αναγνώρισε τη σημαντικότητα της ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Το 19^ο αιώνα στον Κριμαϊκό Πόλεμο είχε αναγνωρίσει τη θετική συσχέτιση ανάμεσα στην προσφορά ποιοτικής νοσηλευτικής φροντίδας στους πληγωμένους στρατιώτες και στο χαμηλό ποσοστό θνησιμοτήτων. Στη συνέχεια, τον 20^ο αιώνα, διάφορες μελέτες έγιναν για την αξιολόγηση της ποιότητας στη φροντίδα υγείας. Το 1914, ο Ernest Codman μελέτησε τον συσχετισμό της βελτίωσης της υγείας των χειρουργημένων με τις μεταχειρουργικές ιατρικές επισκέψεις. Κατόπιν, το 1918, υπέβαλε στα Αμερικανικά Κολέγια Χειρουργών την υιοθέτηση του προγράμματος “Hospital Standardization Program”, το οποίο πρόβαλε κριτήρια και επίπεδα για

διαπίστευση. Στα μέσα του 20^{ού} αιώνα, ο Abraham Flexer παρατήρησε την έλλειψη του «θέματος ποιότητα» στο ιατρικό εκπαιδευτικό σύστημα στην Αμερική. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το κλείσιμο πολλών Ιατρικών Σχολών και την εισαγωγή της σωστής Εκπαίδευσης, της Πιστοποίησης και της Αδειοδότησης για τα επαγγέλματα φροντίδας υγείας.

Ανάμεσα στο 1948-1949, μετά την καταστροφή της Ιαπωνίας στον Β΄ Παγκόσμιο Πόλεμο, η ιαπωνική κυβέρνηση επιχείρησε να βελτιώσει τη βιομηχανική αποδοτικότητα και παραγωγικότητα, ώστε να υποβοηθηθεί η ανάπτυξη της οικονομίας. Κατέληξαν ότι η βελτίωση της ποιότητας ήταν αναπόφευκτο στοιχείο για την αύξηση της παραγωγής τους. Τότε κάλεσαν τον Edwards Deming (Αμερικανός στατιστικολόγος) για να τους διδάξει μεθόδους βελτίωσης της ποιότητας. Ο Deming τόνισε ότι η βελτίωση της ποιότητας και της παραγωγικότητας εξαρτάται από τη **μείωση των μεταβλητών** σε μία διεργασία και την αναγνώριση των προσδοκιών και των αναγκών των πελατών (Assaf, 2004).

Η συστηματική έρευνα για την «ικανοποίηση των ασθενών» από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας ανιχνεύεται από τη δεκαετία 1960. Αρχικά, οι έρευνες είχαν επικεντρωθεί στην ικανοποίηση των ασθενών σε σχέση με τα κλινικά αποτελέσματα, την τήρηση των ραντεβού και τη συμμόρφωση στη συνιστώμενη θεραπεία. Στη συνέχεια, μεταφέρθηκε στην ικανοποίηση των ασθενών ως εξαρτημένη μεταβλητή, σημαντικό εργαλείο στις διαδικασίες ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Hendricks et al, 2002). Σύμφωνα με τους Aletra, Papadopoulou, Niaka (2006), οι έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών θεωρούνται ανεκτίμητη αντανάκλαση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ειδικότερα σε χώρες που δεν υπάρχουν άλλα αξιόπιστα στοιχεία.

1.1.3 Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αφενός παραμένει διαχρονικό ζητούμενο και αφετέρου αποτελεί ένα αμφιλεγόμενο θέμα. Η εισαγωγή της ποιότητας, βέβαια, αποτελεί σημαντικό στόχο για το σύνολο των επιστημόνων και των «εμπλεκόμενων» στον τομέα της προσφοράς φροντίδας υγείας και κύριο ζητούμενο από την πλευρά των ασθενών. Από την άλλη, οι ασθενείς μεταξύ τους, παρουσιάζουν μεγάλη ποικιλία όσον αφορά τη στάση τους έναντι των παραγόντων που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας τους.

Το 1966, ο Avedis Donabedian, ήταν από τους πρώτους που επικέντρωσαν την προσοχή τους σε θέματα ποιότητας στο χώρο της υγείας. Βασική μέθοδός του ήταν ο διαχωρισμός της περίθαλψης σε **δομή, διαδικασία** και **αποτέλεσμα** και η επιδίωξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς, ώστε να επιτυγχάνεται το μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή. Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ορίζεται ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή (Assaf & Schmele, 1997).

Στο πλαίσιο διάκρισης των σημαντικών χαρακτηριστικών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας που επηρεάζουν το βαθμό ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας, ο Donabedian (1988) έθεσε τρεις διαστάσεις στην παροχή φροντίδας: την τεχνική διάσταση, τη διαπροσωπική και τη διάσταση της ξενοδοχειακής υποδομής. Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή της επιστήμης και της τεχνολογίας για την αντιμετώπιση του προβλήματος υγείας του ασθενή. Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ψυχολογική διάσταση της αντιμετώπισης του χρήστη των υπηρεσιών υγείας από τους λειτουργούς υγείας, τη συμπεριφορά έναντί τους, τα ήθη, τις προσδοκίες των ασθενών και το τρίτο μέρος αφορά το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες στην ξενοδοχειακή υποδομή και οι ανέσεις (Κωσταγιόλας, Κατελίδου, Χατζοπούλου, 2008).

1.1.4 Ορισμός της Ποιότητας στη Φροντίδα Υγείας

Ο ορισμός της ποιοτικής φροντίδας του Παγκόσμιου Οργανισμού Υγείας (1993) της προσδίδει με ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, με τη αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων, με τη μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, με την ικανοποίηση του ασθενή και τη τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή. Το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας Επιστημών (1990) ορίζει την ποιότητα ως το βαθμό κατά τον οποίο οι υπηρεσίες υγείας αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων στην υγεία για τα άτομα και ολόκληρους τους πληθυσμούς και είναι συμβατές με την υπάρχουσα επαγγελματική γνώση (Assaf, 2004).

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς είναι φανερό πως η ποιότητα στην υγεία ταυτίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή των αναγκαίων και αποτελεσματικών υπηρεσιών και με τον έλεγχο του κόστους. Σύμφωνα με την Οικονομοπούλου (2001), το πολύπτυχο περιεχόμενο της ποιότητας στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

διαμορφώνεται από τις κοινωνικές, πολιτισμικές και οικονομικές συνθήκες κάθε εποχής.

Επιπλέον, ο Al-Assaf (2005) αναφέρεται και σε μια ακόμη ομάδα παραμέτρων, σχετικά με τον προσδιορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, οι οποίες παρατίθενται ως ακολούθως: 1) *Ενδεδειγμένη* (όταν το αναμενόμενο όφελος για την υγεία μεταφράζεται ως ανακούφιση, παράταση ζωής, καλύτερη ποιότητα ζωής), αποτελεσματική και αποδοτική φροντίδα υγείας. 2) *Ασφάλεια*. 3) *Δικαίωμα* στην παροχή φροντίδων υγείας. 4) *Ηθική* φροντίδα. 5) *Δίκαιη* κατανομή των υπηρεσιών υγείας. 6) *Δυνατότητα Πρόσβασης* στις υπηρεσίες υγείας. 7) *Συνεχής Παρακολούθηση* των ασθενών. 8) *Συνεργασία και Επικοινωνία* μεταξύ των επαγγελματιών υγείας. 8) *Τεχνολογική Ικανότητα* για αποτελεσματική ανταπόκριση στις ανάγκες της τεχνολογίας.

Κοινό σημείο όλων των προσεγγίσεων είναι ο αποδέκτης μιας υπηρεσίας φροντίδας υγείας, οι ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του οποίου πρέπει να ικανοποιηθούν.

Ο Donabedian (1988) καταθέτει ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας συνίσταται σε δύο διαστάσεις: την τεχνική ποιότητα (technical quality) και τη διαπροσωπική ποιότητα (interpersonal quality). Η τεχνική ποιότητα εξαρτάται από τη γνώση και την κρίση που χρησιμοποιείται στην επιλογή, αλλά και στην εφαρμογή των κατάλληλων στρατηγικών φροντίδας. Ωστόσο, η επιτυχία της τεχνικής ποιότητας είναι ανάλογη με τη δυνατότητα να επιτευχθούν οι μέγιστες δυνατές βελτιώσεις στο επίπεδο υγείας, σύμφωνα με τις τεχνολογικές υποδομές και την τεχνογνωσία. Άρα η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών είναι ανάλογη της αποτελεσματικότητας και της ασφάλειας που τις χαρακτηρίζει.

Η διαπροσωπική σχέση αποτελεί μιας ζωτικής σημασίας παράμετρο, αφού ο ασθενής μέσω της μεταφέρει πληροφορίες, οι οποίες είναι απαραίτητες για την επιλογή των κατάλληλων μεθόδων φροντίδας (Κωσταγιόλας, Κατελίδου, Χατζοπούλου, 2008).

1.1.5 Μέτρηση της Ποιότητας

Η μέτρηση της ποιότητας αντιμετωπίζει κάποιες ιδιαιτερότητες όταν αυτή αναφέρεται σε «υπηρεσία», λόγω της μη απτής φύσης της. Ως εκ τούτου, είναι δύσκολο να

αποδοθεί στα μετρήσιμα χαρακτηριστικά τα οποία μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών μαζί και το επίπεδο ποιότητας. Τα πράγματα είναι ακόμα πιο δύσκολα για τη μέτρηση της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας, λόγω της πολυπλοκότητας και της πολυμορφίας του περιεχομένου της, αλλά και της ιδιαίτερης κατάστασης στην οποία οι χρήστες των υπηρεσιών έχουν περιέλθει.

Ο χρήστης των υπηρεσιών αποτελεί τον κεντρικό κρίκο για τη μέτρηση της ποιότητας, αφού η ποιότητα ουσιαστικά ετεροπροσδιορίζεται και αποτιμάται σύμφωνα με τη δική του άποψη. Από τη διαδικασία εισαγωγής ενός ασθενή, τη μεθοδολογία που θα χρησιμοποιηθεί για τη νοσηλεία του και μέχρι τη φροντίδα του μετά το εξιτήριο από το νοσοκομείο, θα πρέπει να υπάρχουν δείκτες μέτρησης, οι οποίοι θα χρησιμοποιούνται σε όλα τα στάδια εφαρμογής και, εν τέλει, θα αποτελούν τους πιλότους ανεύρεσης προβληματικών διαδικασιών. Σύμφωνα με τον Donabedian (1980), ο οποίος έχει δώσει μια ολοκληρωμένη προσέγγιση στο θέμα της μέτρησης της ποιότητας, η ποιότητα μετράται σε τρεις τομείς:

1. Τη δομή: Σ' έναν οργανισμό υγείας η δομή είναι τα κτίρια, ο εξοπλισμός, τα υλικά και οι διαθέσιμοι χρηματικοί πόροι, ο αριθμός των εργαζομένων, συνολικά και ανά κατηγορίες, αλλά και η κατάρτισή τους. Επίσης, είναι η οργανωτική δομή, που περιλαμβάνει τον τρόπο διοίκησης, τον καταμερισμό των δραστηριοτήτων, τη διαδικασία επιλογής προσωπικού κ.λπ.

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

2. Τη διαδικασία: Στη διαδικασία εμπίπτουν όλες οι ενέργειες που κάνει ο ασθενής αναζητώντας περίθαλψη, ο τρόπος με τον οποίο του παρέχεται αυτή η περίθαλψη, καθώς και οι ενέργειες του ιατρού, ο οποίος θα χρησιμοποιήσει τη μια ή την άλλη διαγνωστική προσέγγιση, θα προτείνει κάποια αγωγή ή θα πραγματοποιήσει τη χειρουργική επέμβαση. Επίσης, εμπίπτουν η μέση διάρκεια νοσηλείας, η μέση διάρκεια μετεγχειρητικής νοσηλείας, η χρησιμοποίηση αντιβιοτικών υψηλού κόστους, κ.λπ.

3. Την έκβαση: Είναι τα αποτελέσματα, η μεταβολή – τρέχουσα ή μελλοντική στο επίπεδο υγείας και ευεξίας του ασθενή, η οφειλόμενη στην ιατρική παρέμβαση. Εδώ περιλαμβάνεται η ικανοποίηση του ασθενή και ο βαθμός ενημέρωσης και συμμετοχής του. Επίσης υπολογίζεται η αξία του αποτελέσματος σε σχέση με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για την επίτευξη αυτού του αποτελέσματος.

1.2. ΜΕΤΡΗΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ

Η μέτρηση της ικανοποίησης αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών. Συγκεκριμένα, η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση ποικίλων πτυχών του τομέα υγείας, οι οποίες σχετίζονται με την προσβασιμότητα, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας (Ware et al, 1983). Επίσης, η μέτρηση της ικανοποίησης έγκειται στη διερεύνηση της ποιότητας του ανθρώπινου δυναμικού και του φυσικού περιβάλλοντος, όπως η καθαριότητα, η διαμόρφωση των χώρων των νοσοκομείων, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του τεχνολογικού και του ξενοδοχειακού εξοπλισμού, οι συνθήκες νοσηλείας (ησυχία, αερισμός, θερμοκρασία, άνεση), η ποιότητα του φαγητού, η ενημέρωση που παρέχεται στον ασθενή για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας, η συμπεριφορά και η εμφάνιση του ιατρικού, του νοσηλευτικού και του διοικητικού προσωπικού, ο σεβασμός της προσωπικότητας, η διασφάλιση του απορρήτου και η παροχή κατάλληλων και εξειδικευμένων υπηρεσιών αποτελούν ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας (O'Connor Sj, 1994).

Οι ασθενείς δίνουν πληροφορίες, οι οποίες, αν αξιοποιηθούν σωστά, μπορούν να χρησιμοποιηθούν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας. Είναι γνωστόν ότι η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας, με αποτέλεσμα το μειωμένο κόστος νοσηλείας. Η αποτύπωση της γνώμης των χρηστών των νοσοκομειακών υπηρεσιών υγείας είναι πολύ σημαντική για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, λόγω του έντονου ανταγωνισμού που παρατηρείται σήμερα διεθνώς στο χώρο της υγείας. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει πληροφορίες για προβληματικές διαστάσεις της φροντίδας ή ακόμα και για την καταλληλότητα των συστημάτων οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας. Επιπρόσθετα, η

διοίκηση είναι δυνατόν να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών για την ενίσχυση του ηθικού και την επιβράβευση του προσωπικού των νοσοκομείων.

Σύμφωνα με τον Fitzpatrick (1991), τρεις είναι οι λόγοι που η ικανοποίηση του ασθενούς θεωρείται ως μια σοβαρή μέτρηση: 1) η ικανοποίηση προβλέπει το αν οι ασθενείς θα ακολουθήσουν τις προτεινόμενες θεραπείες και αν θα αλλάξουν το φορέα παροχής φροντίδας, 2) η ικανοποίηση του ασθενούς συνδέεται με την επικοινωνία με τον ασθενή (όπως η εμπλοκή του ασθενούς στις αποφάσεις για τη φροντίδα του), 3) η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί συστηματικά στην επιλογή μεταξύ εναλλακτικών μεθόδων οργάνωσης ή παροχής της υγειονομικής φροντίδας.

Οι Παπαγιανοπούλου, Πιέρακος, Σαρρής και Υφαντόπουλος (2008) ισχυρίζονται ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται από α) τις προσδοκίες των ασθενών από την υπηρεσία, β) τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και γ) τα ψυχοκοινωνικά χαρακτηριστικά τους.

Εν κατακλείδι, η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίον επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν.

Η διαφορά μεταξύ πραγματικής αντίληψης και προσδοκίας των ασθενών οφείλεται σε τέσσερις συνήθεις αιτίες: (Α) Στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών των ασθενών που ζητούν υπηρεσίες φροντίδας υγείας και των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο. Η διαφορά αυτή αντανακλά στην αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, επειδή δεν γνωρίζει τις προσδοκίες και τις ανάγκες των ασθενών, (Β) Στη διαφορά μεταξύ των προσδοκιών και των προδιαγραφών σε σχέση με τις ανάγκες των ασθενών. Η διαφορά αυτή αντανακλά στην αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, γιατί δεν κατορθώνει να μεταφράσει τις προσδοκίες των ασθενών σε συγκεκριμένες προδιαγραφές, (Γ) Στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών που προσφέρει το νοσοκομείο και των προτύπων παροχής υπηρεσιών υγείας και εξυπηρέτησης ασθενών που έχει θέσει. Η συγκεκριμένη διαφορά αντανακλά στην αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες υγείας, επειδή δεν τηρεί τα κατάλληλα πρότυπα εξυπηρέτησης που είχε προκαθορίσει, για διάφορους λόγους,

όπως η αδυναμία των εργαζομένων να αντεπεξέλθουν στις προδιαγραφές και η ανεπάρκεια ικανοποίησης της ζήτησης, (Δ) Στη διαφορά μεταξύ των υπηρεσιών τις οποίες το νοσοκομείο υπόσχεται στους ασθενείς και των υπηρεσιών που προσφέρει τελικά. Η εν λόγω διαφορά αντανakλά την αδυναμία του νοσοκομείου να προσφέρει ποιοτικές υπηρεσίες, επειδή δεν τηρεί τις υποσχέσεις που δίνει στους ασθενείς σχετικά με το τι θα πρέπει να αναμένουν από αυτήν, αυξάνοντας υπέρμετρα τις προσδοκίες τους, οι οποίες στη συνέχεια δεν ικανοποιούνται.

Ο Vuori (1982) υποστηρίζει μια αντίθετη άποψη, ότι α) οι ασθενείς δεν έχουν τις κατάλληλες επιστημονικές και τεχνικές γνώσεις για να αξιολογήσουν σωστά την ποιότητα της φροντίδας υγείας, β) η φυσική και ψυχολογική κατάστασή τους δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, γ) η ταχύτατη εναλλαγή των παρεμβάσεων, διαγνωστικών δοκιμασιών και μετρήσεων δεν τους αφήνει να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, δ) οι επαγγελματίες υγείας, όπως και οι ασθενείς, μπορεί να έχουν διαφορετικούς στόχους, ε) η έννοια της ποιότητας εξαρτάται από τις πολιτισμικές συνήθειες και διαφέρει από χώρα σε χώρα, ζ) εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, η κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας τους. Είναι φανερό ότι μειώνεται η εγκυρότητα των μετρήσεων, αφού οι ασθενείς δυσκολεύονται να διατυπώσουν ειλικρινά τις απόψεις τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

Στον ιδιωτικό τομέα, η μέτρηση της ικανοποίησης μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως εργαλείο για την προσέλκυση πελατείας. Ωστόσο, οι μάνατζερ ενδιαφέρονται τόσο για την ικανοποίηση των ασθενών, ως αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας σε συνάρτηση με το κόστος, όσο και για την επίδραση που έχει η ικανοποίηση στην πρόσβαση και τη χρήση των υπηρεσιών υγείας. Κι αυτό, επειδή ο ικανοποιημένος ασθενής είναι πιθανότερο να επιλέξει, εφόσον παρουσιαστεί η ανάγκη, τον ίδιο φορέα παροχής υπηρεσιών υγείας.

Οι Abdellah & Levine (1957, 1967) αναφέρουν ότι οι πρώτες προσπάθειες για αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας άρχισαν από την Αμερική το 1956. Σήμερα, η αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση και αναγνωρίζεται ως ένας από τους σημαντικότερους και εγκυρότερους δείκτες αξιολόγησης και καθορισμού του επιπέδου ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Johansson και άλλοι 2002, Elder και άλλοι 2004,

Laschinger και άλλοι 2005). Ένα σημαντικό εύρημα στη βιβλιογραφία είναι ότι οι περισσότεροι ασθενείς μένουν ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Γύρω στο 70-90% των ασθενών αναφέρουν ικανοποιημένοι, ακόμη και όταν υπάρχουν συνεχή προβλήματα υγείας. Πιθανώς, αυτό να οφείλεται στην εκπαίδευση των ασθενών, την άνιση σχέση μεταξύ των ασθενών και των γιατρών τους, στις προκαταλήψεις και στο ότι, γενικά, οι πιο πολλοί άνθρωποι είναι ικανοποιημένοι με τη ζωή τους (Review of Patient Satisfaction Measures, 2006).

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας είναι μία επαναλαμβανόμενη διαδικασία, στο πλαίσιο της αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Sitzia & Wood, 1997).

1.2.1 Ορισμός Ικανοποίησης και Θεωρητικό Πλαίσιο

Ανασκοπώντας τη σχετική βιβλιογραφία, ο ορισμός της ικανοποίησης του ασθενή και η μέτρησή της φαίνεται να είναι προβληματικά. Σύμφωνα με τον Suchman (1965), κύριος λόγος είναι ότι οι απόψεις των ανθρώπων ποικίλλουν σε αυτό που αντιλαμβάνονται ως ικανοποίηση από τη φροντίδα, με αποτέλεσμα την ανάπτυξη πολλών ανταγωνιστικών μοντέλων για την έννοια της ικανοποίησης των ασθενών (Grow et al, 2002). Η ικανοποίηση βασικά πρέπει να οριστεί σύμφωνα με την εμπειρία των ασθενών, όμως, οι πιο πολλές επιστημονικές ιατρικές μελέτες εστιάζονται στην αξιολόγηση των διαφορετικών διαστάσεων των υπηρεσιών υγείας, δίνοντας λιγότερη προσοχή στη σπουδαιότητα αυτών των διαστάσεων (Drain & Clark, 2004). Με την πάροδο των χρόνων έχουν γίνει προσπάθειες για να διατυπωθούν ποικίλοι ορισμοί για την ικανοποίηση του ασθενή. Σύμφωνα με τη Lindez-Pelz, ικανοποίηση είναι οι θετικές αξιολογήσεις διακριτών διαστάσεων για τη φροντίδα υγείας. Βάσει αυτού, αναγνώρισε δέκα διαστάσεις που μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τον καθορισμό της ικανοποίησης: **1) Προσβασιμότητα. 2) Πόροι. 3) Συνέχεια της φροντίδας. 4) Αποτέλεσμα της φροντίδας. 5) Οικονομικοί παράμετροι. 6) Ανθρωπιά. 7) Παροχή πληροφοριών. 8) Ευχάριστο περιβάλλον. 9) Ποιότητα. 10) Επίδραση** (Powell, 2001). Το Review of Patient Satisfaction Measures (2006) αναφέρεται στα **πέντε μοντέλα** που αναπτύχθηκαν και μπορούν να συμβάλουν σε μια συλλογική θεωρία της ικανοποίησης των ασθενών. Τα μοντέλα αυτά είναι:

- 1. Fox & Storms, 1981 «Θεωρίες απόκλισης και καταπάτησης».**

2. Lindez-Pelz, 1982 «Θεωρία προσδοκιών–αξιών για την ικανοποίηση του ασθενή».
3. Ware et al, 1983 «Καθοριστικοί παράγοντες και συστατικά της ικανοποίησης του ασθενή».
4. Fitzpatrick, 1984 «Πολλαπλά μοντέλα ως καθοριστικοί παράγοντες της ικανοποίησης του ασθενή».
5. Donabedian, 1988, «Αξιολόγηση της ποιότητας της υγειονομικής φροντίδας».

Παρόλα αυτά, οι Meterko & Rubin (1990) θεωρούν ότι οι ποικίλες μυθολογίες και τα εργαλεία που τις πιο πολλές φορές κατασκευάζονται για τα νοσοκομεία δεν επιτρέπουν τη σύγκριση των αποτελεσμάτων και την ανάπτυξη μιας ενιαίας θεωρίας (Merkouris et al 1999). Στο βιβλίο του ο Williams (1994) αναφέρεται στη θεωρία της Ασυμφωνίας (Discrepancy Theory), τη θεωρία της Πλήρωσης (Fulfillment Theory) και τη θεωρία της Ισοτιμίας (Equity Theory). Η πρώτη θεωρία σχετίζεται με το άτομο και χρησιμοποιείται ευρύτερα στον υγειονομικό τομέα. Ο βαθμός ικανοποίησης ορίζεται ως το κενό ανάμεσα στις ανάγκες και τις επιθυμίες των ατόμων και το ποσοστό κάλυψης αυτών. Οι δύο τελευταίες θεωρίες σχετίζονται με την αντιλαμβανόμενη αξία της υπηρεσίας και την κοινωνική σύγκριση αντίστοιχα.

1.2.2 Βιβλιογραφική Επισκόπηση Μετρήσεων Ικανοποίησης Ασθενών Υπηρεσιών Υγείας

Η συστηματική έρευνα για την ικανοποίηση των ασθενών από την ιατρική φροντίδα εντοπίζεται από τη δεκαετία του 1960. Στα αρχικά στάδια, η έρευνα είχε επικεντρωθεί στην ικανοποίηση των ασθενών, με σκοπό να μετρήσει τα κλινικά αποτελέσματα, την τήρηση των ραντεβού ή τη συμμόρφωση στη συνιστώμενη θεραπεία. Σιγά-σιγά το ενδιαφέρον μεταφέρθηκε στην ικανοποίηση των ασθενών ως εξαρτημένη μεταβλητή. Οι απόψεις των ασθενών έγιναν σημαντικό εργαλείο στις διαδικασίες ελέγχου και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών φροντίδας υγείας (Hendricks et al 2002).

Ο Donabedian ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί έναν δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Οι πρώτες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών διεξήχθησαν στην Αμερική τη δεκαετία του 1950 και στη συνέχεια στη Μ. Βρετανία τη δεκαετία του 1960. Άλλες έρευνες στην Ευρώπη που αφορούν την ικανοποίηση ασθενών πραγματοποιούνται από το Ευρωπαϊκό Ινστιτούτο (Piker Institute of Europe).

Στις μέρες μας, υπάρχει μια αυξημένη ανάγκη μεταφρασμένων εργαλείων, ανάγκη η οποία καθοδηγείται από την ύπαρξη συνολικών στοιχείων της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των διαδικασιών και των θεραπειών, όπως επίσης και την εστίαση σ' έναν παγκόσμιο προσανατολισμό του συστήματος υγείας (Medical Outcomes Trust, 1997).

1.2.2.1 Στο Διεθνή Χώρο.

Το 2008, οι Sánchez Del Río A και άλλοι διεξήγαγαν έρευνα με θέμα «Ίκανοποίηση του ασθενή» σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση. Σκοπός της έρευνας ήταν να εντοπίσει τα κύρια «ποιοτικά» προβλήματα τα οποία αντιλαμβάνονται οι ασθενείς στην όλη διαδικασία της ενδοσκόπησης. Στην έρευνα έλαβαν μέρος τριακόσιοι εβδομήντα ένας (371) ασθενείς από πέντε ενδοσκοπικά τμήματα και χρησιμοποιήθηκαν ερωτηματολόγια όπου οι ερωτήσεις κάλυπταν διάφορες υπηρεσίες φροντίδας υγείας πριν, κατά την διάρκεια και μετά την διαδικασία της γαστροσκόπησης μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Για τη στατιστική ανάλυση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Pareto, για να επισημανθεί η διαφορά μεταξύ των πολλών κοινών προβλημάτων, μεταξύ αυτών και ζωτικά προβλήματα από το κάθε τμήμα. Τα προβλήματα εντοπίστηκαν στη λίστα αναμονής και στην ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της εξέτασης, δεδομένου ότι και οι δύο παράγοντες/προβλήματα περιλήφθηκαν ως ζωτικής σημασίας.

Συμπερασματικά, η λίστα αναμονής και η ταλαιπωρία των ασθενών κατά τη διάρκεια της εξέτασης θεωρούνται τα δύο προβλήματα που εντοπίστηκαν στην εκπόνηση της εν λόγω έρευνας.

Μια άλλη έρευνα διεξήχθη το 2007 στην Ισπανία από τους Del Río AS και άλλοι, με θέμα «Εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή που υποβάλλεται σε γαστροκολονοσκόπηση». Η ομάδα αυτή θεωρεί ότι η μέθοδος μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενή με ερωτηματολόγια είναι μία σημαντική μέθοδος για εντόπιση ευκαιριών βελτίωσης βασιζόμενη στις απόψεις των ασθενών. Στόχος της έρευνας ήταν να προσδιοριστούν, με τη βοήθεια ενός ερωτηματολογίου ικανοποίησης, οι κύριοι λόγοι δυσαρέσκειας των ασθενών που υποβάλλονται σε γαστρο-κολονοσκόπηση. Το δείγμα της έρευνας ήταν πεντακόσιοι τριάντα επτά (537) ασθενείς (ηλικίας 49+/-15 έτη, 53% γυναίκες), έπειτα από τρεις εβδομάδες που είχαν υποβληθεί σε γαστροσκόπηση ή σε

κολονοσκόπηση. Χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο mGHAA-9, το οποίο επικυρώθηκε, μεταφράστηκε και τροποποιήθηκε αναλόγως. Σε κάθε περίπτωση, κατέστη δυνατόν να υπολογιστούν η γενική διάμεσος αποτελέσματος (the overall score median) και το ποσοστό των ασθενών που αξιολόγησαν αρνητικά σε καθεμιά από τις επτά κύριες ερωτήσεις. Για τον υπολογισμό των στοιχείων αυτών χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Pareto. Διαπιστώθηκε ότι η γενική διάμεσος αποτελέσματος (the overall questionnaire score median) ήταν 29 (interquartiles 25 και 75 πάνω, 26 και 32, αντίστοιχα). Τα αρνητικά ποσοστά αξιολόγησης για καθεμιά από τις επτά ερωτήσεις ήταν: χρόνος αναμονής από το κλείσιμο μέχρι το ραντεβού = 9,3%, χρόνος αναμονής την ημέρα της εξέτασης = 3,5%, εξηγήσεις = 3,9%, προσωπικοί τρόποι του προσωπικού = 0,5%, προσωπικοί τρόποι του ιατρικού προσωπικού = 0,6%, ταλαιπωρία = 3,5%, γενική εκτίμηση=1,9%. Βάσει της ανάλυσης Pareto, το 61% των ερωτήσεων ήταν σχετικά με το χρόνο αναμονής για το ραντεβού και για την ανεπάρκεια της πληροφόρησης σχετικά με τη διαδικασία.

Το 2010 διεξήχθη η έρευνα με θέμα «Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική διαδικασία και σχετικούς παράγοντες» από τους Trujillo-Benavides OE και άλλοι στο Specialty Hospital National Medical Center La Raza στη Ισπανία. Η επιστημονική αυτή ομάδα θεωρεί ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι μία γνωστική και συναισθηματική εκτίμηση από τον ίδιο τον ασθενή σε σχέση με την απόδοση του προσωπικού των επαγγελματιών υγείας με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας, η οποία είναι βασισμένη σε σχετικές πτυχές της εμπειρίας/ νοσηλείας τους στο νοσοκομείο. Στόχος της έρευνας ήταν να καθορίσει το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών έπειτα από μια ενδοσκοπική διαδικασία και να εκτιμήσει τους σχετικούς παράγοντες που επιδρούν σε αυτήν. Το mGHAA-9 ερωτηματολόγιο, αφού τροποποιήθηκε και επικυρώθηκε, χρησιμοποιήθηκε για την αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση. Το αποτέλεσμα ήταν ότι, στα 200 ερωτηματολόγια, ανταποκρίθηκαν (ποσοστό απάντησης: 89,5%), 62 άνδρες (34,6%) και 117 γυναίκες (65,4%). Το μέσο αποτέλεσμα (Mean) ήταν 51,3 έτη. Το μέσο αποτέλεσμα για τη γενική ομάδα ήταν (average score for the overall group) 30,9 (μέγιστο αποτέλεσμα 35). Στη γενική αξιολόγηση (overall assessment) της ικανοποίησης των ασθενών, οι ασθενείς παρουσίασαν 60,9% άριστα, πολύ καλά 29,6%, καλά 8,9% and 0,6% κανονικό. Οι παράγοντες που επηρέασαν την ικανοποίηση των ασθενών ήταν: χρόνος αναμονής για το ραντεβού (H=3,104), ανεπαρκής πληροφόρηση (H=2,961), και χρόνος αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας (H=2,408). Κάποιοι

παράγοντες των ασθενών, όπως το φύλο: Άντρας 58,1%, Γυναίκα 62,4% ($p = 0,63$), Ηλικία 52 vs. 50 έτη ($p = 0,48$), και η νάρκωση 64,7% vs. 60,5% ($p = 0,8$), δεν επηρέασαν το βαθμό ικανοποίησης.

Το πόρισμα της μελέτης ήταν ότι ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε γαστρο-κολonosκόπηση είναι καλός. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση τους σχετίζονται με την επικοινωνία μεταξύ των ασθενών και των γιατρών και με το χρόνο αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας.

Αν και υπάρχουν περιορισμένες δημοσιευμένες έρευνες για το βαθμό «Ικανοποίησης των Ασθενών» που υποβάλλονται σε γαστροσκόπηση σε σχέση με τις παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας στις Ασιατικές χώρες, εντούτοις το πόρισμα αντίστοιχης έρευνας που διεξήχθη από ομάδα ερευνητών, είναι ξεκάθαρα ίδιο με τις άλλες έρευνες που έχουν γίνει στα ευρωπαϊκά νοσοκομεία. Οι Azmi, Chan, Goh διεξήγαγαν μια διατομική έρευνα ασθενών που επισκέπτονται τα Εξωτερικά Ιατρεία στο Πανεπιστήμιο του Ιατρικού Κέντρου της Μαλαισίας μεταξύ Ιουλίου 2010 και Ιανουαρίου 2011. Σκοπός της έρευνας ήταν η ανάλυση περιοχών προσφοράς υπηρεσιών φροντίδας υγείας, όπου οι ασθενείς μένουν ανικανοποίητοι, με επιδίωξη τη βελτίωση και την προσφορά ποιοτικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Χρησιμοποίησαν τη μέθοδο τηλεφωνικής συνέντευξης (*phone-back interviews*) και τα τροποποιημένα ερωτηματολόγια **mGHAA-9**. Επτακόσιοι (700) ασθενείς απάντησαν στα ερωτηματολόγια. Ο χρόνος αναμονής για το ραντεβού και ο χρόνος αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας της γαστροσκόπησης, όπως επίσης η δυσφορία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της γαστροσκόπησης υπολογίστηκαν σε πάνω από το 90% των δυσμενών απαντήσεων. Η ευνοϊκή ανταπόκριση των ερωτηθέντων μειώθηκε στο ανεπιθύμητο επίπεδο όταν ο χρόνος αναμονής για ραντεβού και ο χρόνος αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας της γαστροσκόπησης υπερέβη τον ένα μήνα και τη μία ώρα, αντίστοιχα. Τα αποτελέσματα της έρευνας ήταν υψηλότερα για το χρόνο αναμονής για το ραντεβού, αλλά χαμηλότερα για τον προσωπικό τρόπο των νοσηλευτών/προσωπικού για τις οδηγίες που δόθηκαν τηλεφωνικά κατά τη διάρκεια της συνέντευξης. Ο χρόνος αναμονής και η ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της γαστροσκόπησης ήταν οι κύριες αιτίες για τη «μη ικανοποίηση του ασθενή». Η τηλεφωνική συνέντευξη μπορεί να οδηγήσει σε διαφορετικά αποτελέσματα έναντι της on-site interview, και γι' αυτό πρέπει να ληφθεί υπ' όψιν κατά τη σύγκριση των αποτελεσμάτων χρησιμοποιώντας διαφορετικές μεθόδους.

Ο Chan και ο Goh συνέχισαν μαζί τις έρευνές τους για το ίδιο θέμα, αλλά αυτήν τη φορά σε ασθενείς που υποβλήθηκαν σε κολονοσκόπηση στα Εξωτερικά Ιατρεία του Πανεπιστημίου του Ιατρικού Κέντρου της Μαλαισίας μεταξύ 1^{ης} Φεβρουαρίου και 31^{ης} Ιουλίου 2010. Σκοπός της έρευνας ήταν η ανάλυση περιοχών προσφοράς υπηρεσιών φροντίδας υγείας όπου οι ασθενείς μένουν ανικανοποίητοι, με κύριο μέλημα τη βελτίωση της προσφοράς στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συνέντευξη με τη χρήση τροποποιημένων ερωτηματολογίων, βασισμένων στο ερωτηματολόγιο του mGHAA-9. Η συνέντευξη διεξαγόταν όταν ο ασθενής συνερχόταν από τη νάρκωση και έφευγε από το δωμάτιο ανάνηψης. Συνολικά έδωσαν συνέντευξη τετρακόσιοι είκοσι έξι (426) ασθενείς, 222 (52,1%) άντρες και 204 (47,9%) γυναίκες. Μέση Ηλικίας±Τυπική Απόκλιση ήταν 61,3 ± 12.9 έτη. Το μέσο αποτέλεσμα για το χρόνο αναμονής για ραντεβού για κολονοσκόπηση και για το χρόνο αναμονής για τη διεξαγωγή της κολονοσκόπησης ήταν 3,8 ± 2,7 μήνες και 1,1 ± 0,8 ώρες, αντίστοιχα. Οι κύριοι παράγοντες που συνέβαλαν σε ανεπιθύμητες απαντήσεις ήταν η προετοιμασία του εντέρου, ο χρόνος αναμονής για ραντεβού για κολονοσκόπηση και ο χρόνος αναμονής για τη διεξαγωγή της κολονοσκόπησης (32,3%, 27,5%, και 19,6%, αντίστοιχα). Οι ευνοϊκές απαντήσεις μειώθηκαν στα ανεπιθύμητα επίπεδα όταν ο χρόνος αναμονής για ραντεβού για κολονοσκόπηση και ο χρόνος αναμονής για διεξαγωγή της κολονοσκόπησης της διά ταύτα ημέρας δεν υπερέβαινε τον ένα μήνα και μία ώρα, αντίστοιχα. Στην έρευνα των Chan και Goh βρέθηκε ότι η προετοιμασία και ο χρόνος αναμονής είναι οι κύριοι παράγοντες που προκαλούν τη «μη ικανοποίηση των ασθενών».

Μία άλλη έρευνα έγινε από χώρα της Νότιας Ασίας με θέμα «Η εκτίμηση της ποιότητας και η ικανοποίηση του ασθενή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της ενδοσκόπησης». Η έρευνα διεξήχθη από τους Rasool και άλλοι της Μονάδας Γαστρεντερολόγων του Aga Khan Πανεπιστημίου – Νοσοκομείου στο Πακιστάν, το 2010. Στόχος της έρευνας ήταν να αξιολογήσει την ποιότητα των γαστρεντερολογικών διαδικασιών, όπως και την ικανοποίηση των ασθενών στο ενδοσκοπικό τμήμα σε νοσοκομείο χώρας της Νότιας Ασίας. Η ικανοποίηση των ασθενών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας ένα τροποποιημένο ερωτηματολόγιο GHAA-9. Το ερωτηματολόγιο ήταν στατιστικά εκτιμημένο χρησιμοποιώντας την ανάλυση Pareto και το συσχετισμό Spearman rank. Τριακόσιοι είκοσι τρεις (323) ασθενείς αξιολογήθηκαν με μια μέση ηλικία 43 +/- 14.36 ετών. Από τις διαδικασίες, 251 (77,7%) ήταν γαστροσκοπήσεις, ενώ

72 (22,3%) ήταν κολονοσκοπήσεις. Οι ασθενείς που υποβλήθηκαν σε άλλες διαφορετικές θεραπευτικές διαδικασίες ήταν 121 σε αριθμό (37,46%). Η εκπαίδευση προ-διαδικασίας εκτιμήθηκε ως άριστη ή πολύ καλή κατά 91,3% των ασθενών. Οι τεχνικά επιτυχείς διαδικασίες περιέλαβαν το 99,2% των γαστροσκοπήσεων και το 98,6% των κολονοσκοπήσεων.

Το Μέσο Αποτέλεσμα των ασθενών σχετικά με την ικανοποίηση χρησιμοποιώντας το ερωτηματολόγιο mGHAA-9 ήταν 30+/-3.965. Η δυσαρέσκεια των ασθενών που υπολογίστηκε στην έρευνα ήταν 3,6%, με το χρόνο αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας της ενδοσκόπησης της διά ταύτα ημέρας και τον χρόνο αναμονής για το ραντεβού για τη διαδικασία να συμβάλλουν στο 90% της δυσαρέσκειας του ασθενή.

1.2.2.2 Στον Κυπριακό Χώρο

Στην Κύπρο, σύμφωνα με τα αποτελέσματα μακράς βιβλιογραφικής ανασκόπησης και αναλυτικής πληροφόρησης, δεν έχει διεξαχθεί, μέχρι σήμερα, έρευνα με θέμα «Εκτίμηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε Ενδοσκόπηση (κολονοσκόπηση, γαστροσκόπηση)». Όμως έχει γίνει περιορισμένος αριθμός ερευνών με θέμα την «Ικανοποίηση των ασθενών», και μόνο στις κρατικές υπηρεσίες υγείας. Οι μελέτες αυτές γίνονται περιστασιακά είτε από εκπαιδευτικούς φορείς τριτοβάθμιας εκπαίδευσης είτε από το Υπουργείο Υγείας. Στο σημείο αυτό είναι σημαντικό να γίνει αναφορά για τις τρεις έρευνες «ικανοποίησης» που έγιναν στα τέσσερα μεγάλα κρατικά νοσηλευτήρια της Κύπρου από το Πρόγραμμα Σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου για λογαριασμό του Υπουργείου Υγείας. Οι τρεις έρευνες αφορούσαν την «ικανοποίηση των εσωτερικών ασθενών», την «ικανοποίηση ασθενών των εξωτερικών ιατρείων» και την «επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων στα κρατικά νοσηλευτήρια».

Πιο κάτω, γίνεται μια πολύ επιγραμματική αναφορά στα ευρήματα των ερευνών αυτών. Στην έρευνα για την «ικανοποίηση ασθενών-επισκεπτών των εξωτερικών ιατρείων» βρέθηκε ότι το 61,8% των ασθενών-επισκεπτών δηλώνουν ικανοποιημένοι, 14,5% δυσαρεστημένοι και 20,6% ουδέτεροι (Θεοδώρου, 2009γ). Τα αποτελέσματα δείχνουν υπερδιπλάσιους δυσαρεστημένους στο νοσοκομείο Λεμεσού, σε σύγκριση με τα άλλα τρία νοσοκομεία. Η έρευνα κατέδειξε ότι, όσο αυξάνεται η ηλικία, τόσο αυξάνεται και ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών, ενώ όσο πιο κακή δηλώνεται η κατάσταση υγείας τους, τόσο πιο πολύ μειώνεται και ο βαθμός ικανοποίησής τους. Στην έρευνα για την

«ικανοποίηση εσωτερικών ασθενών» έχει βρεθεί ότι στη μεγαλύτερη πλειοψηφία τους οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι, καθώς 9 στους 10 ασθενείς δηλώνουν «ικανοποιημένοι» μέχρι «πολύ ικανοποιημένοι» από την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Ταυτόχρονα, η ανάλυση έδειξε ότι υπάρχουν σημαντικές διαφορές μεταξύ των τεσσάρων νοσοκομείων. Οι «πολύ ικανοποιημένοι» είναι πολύ περισσότεροι στο νοσοκομείο Λευκωσίας, συγκριτικά με τα άλλα νοσοκομεία. Αντίθετα, αυτοί που είναι «ικανοποιημένοι» ή «λίγο ικανοποιημένοι» είναι οκταπλάσιοι στο νοσοκομείο της Λεμεσού απ' ό,τι στα υπόλοιπα τρία νοσοκομεία του δείγματος. Όσοι εξέφρασαν δυσαρέσκεια, είναι διπλάσιοι στο νοσοκομείο Λεμεσού και Λάρνακας σε σχέση με το νοσοκομείο Πάφου, και τριπλάσιοι σε σύγκριση με το νοσοκομείο Λευκωσίας (Θεοδώρου, 2009α). Στην έρευνα «Ίκανοποίηση των εργαζομένων» βρέθηκε ότι 80.7% των εργαζομένων είναι «ευχαριστημένοι» έως πολύ «πολύ ευχαριστημένοι» από το επάγγελμα που ασκούν στο νοσοκομείο, ενώ αντίθετα το 17.5% δηλώνουν «δυσαρεστημένοι» έως «πολύ δυσαρεστημένοι». Ανάμεσα στις διάφορες ομάδες επαγγελματιών υγείας, οι γιατροί εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι με το επάγγελμά τους σε σχέση με τους νοσηλευτές και τους άλλους επαγγελματίες υγείας, χωρίς, όμως, να εντοπίζονται, στατιστικά, σημαντικές διαφορές. Στατιστικά σημαντικές διαφορές προκύπτουν ανάμεσα στα νοσοκομεία, καθώς, στο νοσοκομείο Λεμεσού, ένας στους τέσσερις επαγγελματίες υγείας δηλώνει δυσαρεστημένος, σε αντίθεση με το νοσοκομείο Πάφου, όπου η αναλογία αυτή είναι ένας προς οκτώ (Θεοδώρου, 2009β).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ ΠΕΠΤΙΚΟΥ ΣΥΣΤΗΜΑΤΟΣ

2.1. ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Το αυξημένο ενδιαφέρον και η συνεχής ενημέρωση στηρίζουν ανεπιφύλακτα τις προσπάθειες για συνεχή βελτίωση της αποδοτικότητας και της ποιότητας στις γαστροκολοноσκοπικές υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Στο πλαίσιο αυτής της βελτίωσης γίνεται προσπάθεια όπως μειωθεί η ανεπάρκεια και η καθυστέρηση στη διάγνωση π.χ. του καρκίνου του εντέρου και στις επιπλοκές που επιφέρει (John, 2010). Ο Kisner τονίζει τη σημαντικότητα της ενδοσκοπικής εξέτασης του πεπτικού συστήματος, αναφέροντας ότι «η Ενδοσκόπηση, περισσότερο από οποιαδήποτε άλλη διαγνωστική εξέταση μέχρι την ανακάλυψη της ακτίνας X, επιτάχυνε την αύξηση της κλινικής γαστρεντερολογίας και βελτίωσε την αντικειμενικότητα της κλινικής έρευνας κατά τη διάρκεια του προηγούμενου μισού αιώνα (Lightdale 2000 p-81)».

Σήμερα η ενδοσκόπηση αποτελεί μιαν ασφαλή, πολύτιμη και αξιόπιστη επεμβατική μέθοδο διάγνωσης και θεραπείας. Η διαγνωστική ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος (οισοφάγος, στομάχι, δωδεκαδάκτυλος), όπως και του κατώτερου πεπτικού συστήματος (παχύ έντερο) γίνεται σε εξωτερικούς ασθενείς και δε χρειάζεται νοσηλεία. Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, ο ειδικός γιατρός παρατηρεί όλη την εσωτερική επιφάνεια του οισοφάγου, στομάχου, δωδεκαδακτύλου και του παχέος εντέρου με τη βοήθεια λεπτού, εύκαμπτου σωλήνα, του ενδοσκοπίου (Λαδάς, 2007). Η ενδοσκόπηση πλεονεκτεί έναντι των άλλων διαγνωστικών μεθόδων γιατί κατά τη διάρκειά της, ο ενδοσκόπος βλέπει την ίδια τη βλάβη, μπορεί να πάρει βιοψίες και να επιβεβαιώσει ιστολογικά τη διάγνωση. Επίσης, μπορεί να κάνει ενδοσκοπική θεραπεία (π.χ. να αφαιρέσει πολύποδες).

Το ενδοσκόπιο είναι όργανο με πολλούς αγωγούς για την εισαγωγή αέρα και για την αναρρόφηση υγρού, καθώς και για την εισαγωγή διαφόρων εργαλείων, όπως λαβίδων βιοψίας, θερμικών ακίδων για την επίσχεση αιμορραγιών, κ.ά. Ως εκ τούτου, η ενδοσκόπηση πλεονεκτεί σημαντικά ως μέθοδος έναντι άλλων μεθόδων (της χρήσης γαστρεντερικού σωλήνα με βάριο) (Lightdale et al. 2000).

2.1.1 Γαστροσκόπηση

Η διαγνωστική ενδοσκόπηση του ανώτερου πεπτικού συστήματος ή άλλως πώς **γαστροσκόπηση** είναι μία γρήγορη και ανώδυνη εξέταση, με την οποία μπορούμε να δούμε το εσωτερικό τοίχωμα του οισοφάγου, του στομάχου και του δωδεκαδακτύλου με τη χρήση του γαστροσκοπίου. Σήμερα, η μέθοδος αυτή αποτελεί τη μέθοδο εκλογής για τη διερεύνηση παθήσεων του ανώτερου πεπτικού συστήματος. Σε ορισμένες περιπτώσεις η ενδοσκόπηση, ταυτοχρόνως μπορεί να είναι διαγνωστική και θεραπευτική. Η γαστροσκόπηση βοηθά στη διάγνωση διαφόρων ειδών γαστρίτιδας, έλκους στομάχου, γαστρικών πολύποδων ή καρκίνου του στομάχου.

2.1.2 Κολονοσκόπηση

Ο Bergein Overholt ήταν ο πρωτοπόρος στην ενδοσκοπική μελέτη του παχέος εντέρου και το 1963 δημοσίευσε τα αποτελέσματα των ερευνών του με το σιγμοειδοσκόπιο. Ακολούθησαν οι Oshiba & Watanabe και Niwa, οι οποίοι γνωστοποίησαν τα ευρήματά τους από τον έλεγχο του παχέος εντέρου με κολονοσκόπιο (John, 2010).

Η κολονοσκόπηση, σύμφωνα με μελέτη του National Polyp Study (1993), προλαμβάνει έως και το 80% των πιθανών καρκίνων του παχέος εντέρου και ανιχνεύει μέχρι και το 90% των περιπτώσεων καρκίνου. Αυτό καθιστά την εξέταση μια σωτήρια μέθοδο που μπορεί να σώσει τη ζωή του ασθενούς. Όταν ο καρκίνος του παχέος εντέρου διαγνωσθεί εγκαίρως, τότε το 80%-90% των ατόμων μπορούν να επιβιώσουν της ασθένειας για πάνω από πέντε χρόνια (Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία, 1990).

Κολονοσκόπηση είναι μια συνήθης ιατρική εξέταση, τόσο για τη διερεύνηση και θεραπεία ενός ευρέως φάσματος συμπτωμάτων και παθήσεων, όσο και για την πρόληψη του ορθοκολικού καρκίνου. Συγκεκριμένα, η κολονοσκόπηση ως διαγνωστική εξέταση γίνεται για έλεγχο του παχέος εντέρου και του τελικού τμήματος του λεπτού εντέρου (τελικός ειλεός). Παράλληλα η κολονοσκόπηση είναι και επεμβατική εξέταση, καθώς μία μικροσκοπική κάμερα (ενδοσκόπιο) εισάγεται έπειτα από νάρκωση μέσω του πρωκτού. Η εξέταση επιτρέπει στους γαστρεντερολόγους να ανιχνεύσουν και να αφαιρέσουν τυχόν προκαρκινικούς πολύποδες.

2.2. ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΟ ΕΝΔΟΣΚΟΠΙΚΟ ΤΜΗΜΑ ΤΟΥ ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΛΕΥΚΩΣΙΑΣ

Στο Γαστρεντερολογικό Ενδοσκοπικό Τμήμα του Γ.Ν.Λ. εκτελούνται διαγνωστικές και θεραπευτικές ενδοσκοπικές επεμβάσεις του ανώτερου και κατώτερου πεπτικού συστήματος. Το τμήμα εξυπηρετεί εσωτερικούς και εξωτερικούς ασθενείς από όλες τις κλινικές και από όλες τις επαρχίες, ενώ ανταποκρίνεται, επίσης, και σε έκτακτες κλήσεις για αντιμετώπιση επειγόντων περιστατικών. Η διεξαγωγή των ενδοσκοπήσεων γίνεται τόσο από τους δύο γαστρεντερολόγους (τρεις φορές την εβδομάδα) όσο και από τους τρεις ειδικούς χειρουργούς (δύο φορές την εβδομάδα). Τη στελέχωση του τμήματος απαρτίζουν η Πρώτη Νοσηλευτικός Λειτουργός, οι δύο Ανώτερες Νοσηλευτικοί Λειτουργοί και οι πέντε Νοσηλευτικοί Λειτουργοί. Επιπρόσθετα, στις κτιριακές εγκαταστάσεις του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας διενεργούνται, με τη μέθοδο αγοράς υπηρεσιών από ιδιώτες ιατρούς, εξειδικευμένες γαστρεντερολογικές επεμβάσεις, όπως:

1. Argonplasma Coagulation (Ar.C)
2. Ενδοσκοπική Ασύρματη Εντεροσκόπηση με Κάψουλα
3. Endoscopy Retrograde Cholangio Pancreatography (E.R.C.P.)
4. Ενδοσκοπικός υπέρηχος (EUS)
5. Εντεροσκόπηση λεπτού εντέρου (Double Balloon Enteroscopy)
6. Μαγνητική Εντερόπλυση (MRI)
7. C/T Enterography
8. Εικονική κολonosκόπηση (virtual colonoscopy).

Σύμφωνα με την Κωνσταντίνου (2011) και σύμφωνα με τις τελευταίες καταγραφές κατά τις χρονολογίες 2009 και 2010 διεξήχθησαν στο Ενδοσκοπικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας οι πιο κάτω ενδοσκοπήσεις:

ΠΙΝΑΚΑΣ 1α:
Αριθμός Χρηστών Υπηρεσιών Ενδοσκοπικού Τμήματος
κατά τα έτη 2009-2010

(Διεξαγωγή περιστατικών από Γαστρεντερολόγους).

Έτη	2009	2010
Γαστροσκοπήσεις	1,084	1,224
Κολonosκοπήσεις	973	965
Πολυπεκτομές	40	73
Sclerotherapy	3	1
B. Ligation	13	8
Clips	9	6
Αιμόσταση σε ενεργό Αιμορραγία	35	32
Ενδογαστρικά μπαλόνια	-	20

ΠΙΝΑΚΑΣ 1β:
Αριθμός Χρηστών Υπηρεσιών Ενδοσκοπικού Τμήματος
κατά τα έτη 2009-2010

(Διεξαγωγή περιστατικών από Γενικούς Χειρουργούς).

Έτη	2009	2010
Γαστροσκοπήσεις	1,084	243
Κολonosκοπήσεις	973	479
ERCP	20	163

Πηγή: Σημειώσεις Κωνσταντίνου, (2005).

2.3. ΑΝΑΓΚΕΣ ΠΛΗΘΥΣΜΟΥ ΓΙΑ ΕΝΔΟΣΚΟΠΗΣΕΙΣ

Οι πολύ συχνά εμφανιζόμενες μορφές της ασθένειας στην ΕΕ είναι καρκίνος ορθού και του κόλου, καρκίνος του μαστού, του προστάτη και των πνευμόνων. Πρόκειται κατά 95% για αδenoκαρκίνωμα. Το 50% των περιπτώσεων εντοπίζεται στο ορθό και το σιγμοειδές, ενώ το 25% στο τυφλό και το ανιόν κόλον. Οι ηλικίες που προσβάλλονται συχνότερα είναι μετά τα 50 και ιδιαίτερα μεταξύ 60 και 75. Η αιτία είναι άγνωστη. Στους άνδρες, ο καρκίνος πνευμόνων είναι η συχνότερη αιτία του θανάτου από καρκίνο, ενώ στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του μαστού. Η δεύτερη κοινή αιτία θανάτου από καρκίνο στους άνδρες και στις γυναίκες είναι ο καρκίνος του ορθού και του κόλου.

Αν και σημειώνονται σημαντικοί πρόοδοι στη μάχη ενάντια στην ασθένεια, ο καρκίνος παραμένει μια βασική ανησυχία δημόσιας υγείας και ένα τεράστιο φορτίο στις ευρωπαϊκές κοινωνίες. Ως εκ τούτου, η ΕΕ ανησυχεί για την ανισότητα που υπάρχει όσον αφορά τον έλεγχο και τη φροντίδα του καρκίνου, καθώς επίσης και ανάμεσα στα κράτη - μέλη της. Στο παρελθόν, η συνεργασία στο επίπεδο της Ε.Ε. είχε αποδειχθεί «προστιθέμενης αξίας» στον πόλεμο κατά του καρκίνου. Μια μελέτη του 2003, η οποία παρουσίαζε μείωση θνησιμότητας καρκίνου στην Ευρώπη κατά 15% μέχρι το 2000, που ήταν και ο στόχος που τέθηκε στο πλαίσιο των προγραμμάτων της «Επιτροπής της Ευρώπης κατά του Καρκίνου» (1987-2000), κατέγραψε μείωση 9% στους αναμενόμενους θανάτους από καρκίνο και μείωση 10,5% του κινδύνου θανάτου από καρκίνο μεταξύ 1985 και 2000 (Eurostat, 2008).

Η Επιτροπή συνεχίζει την πολιτική στήριξης των προσπαθειών των κρατών - μελών για προστασία της υγείας των Ευρωπαίων πολιτών με τη λήψη συγκεκριμένων μέτρων. Ο (φιλόδοξος) στόχος που τίθεται από το Commission Communication on Action Against Cancer: European Partnership είναι η μείωση της εμφάνισης καρκίνου κατά 15% μέχρι το 2020.

Παγκοσμίως, ο Καρκίνος του Παχέος Εντέρου (ΚΠΕ) είναι ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος και αποτελεί την τέταρτη συχνότερη αιτία θανάτου από καρκίνο (Roomi και άλλοι, 2005). Στις αναπτυγμένες χώρες είναι συχνότερος, σε βαθμό που φτάνει να είναι δεύτερος σε συχνότητα μετά τον καρκίνο του πνεύμονα. Μάλιστα, ο διά βίου κίνδυνος προσβολής από ΚΠΕ είναι 5-6%, και αυτό σημαίνει ότι περίπου ένας στους 20

ανθρώπους γύρω μας θα εμφανίσει κάποια στιγμή στη ζωή του αυτόν τον καρκίνο (Λαδάς, 2007).

Ευτυχώς, η συχνότητα αυτή τα τελευταία χρόνια, τουλάχιστον στην Αμερική, δείχνει μια τάση μείωσης, και φαίνεται ότι η μείωση αυτή οφείλεται, εν μέρει, στην υιοθέτηση νέων διατροφικών συνηθειών, αλλά κυρίως στην ευρεία εφαρμογή μεθόδων πρόωμης διάγνωσης και πρόληψης, κυρίως της προληπτικής κολonosκόπησης, στον γενικό πληθυσμό. Εντυπωσιακό συμπέρασμα, λοιπόν, από τη σύγχρονη επιδημιολογία είναι το γεγονός ότι, οι δύο πιο συχνοί καρκίνοι στις δυτικές κοινωνίες, που ευθύνονται για την πλειονότητα των θανάτων από καρκίνο, συσχετίζονται πολύ ή λίγο με περιβαλλοντικούς παράγοντες (ο καρκίνος του πνεύμονα με το κάπνισμα, ο καρκίνος του παχέος με διαιτητικούς παράγοντες, κυρίως το ζωικό κρέας), είναι, δηλαδή, νόσοι οι οποίες δυνητικά μπορούν να προληφθούν με παρέμβαση στους περιβαλλοντικούς κινδύνους (διακοπή καπνίσματος και αποφυγή «δυτικού» τρόπου διατροφής, αντίστοιχα).

Στην Κύπρο, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Αρχείου Καρκίνου του Υπουργείου Υγείας, (2012), κάθε χρόνο καταγράφονται περισσότερα από 200 περιστατικά καρκίνου του παχέος εντέρου. Είναι ο τρίτος πιο συχνός καρκίνος στους άνδρες (με εμφάνιση 9%) και ο δεύτερος στις γυναίκες (με εμφάνιση 8%).

Ωστόσο, η κολonosκόπηση είναι σημαντική και απαραίτητη εξέταση για τη διάγνωση και παρακολούθηση ασθενειών όπως ΚΠΕ, ελκώδης κολίτιδα και νόσος του Crohn. Επίσης, προληπτικά θεωρείται σημαντικό ότι όλα τα άτομα με οικογενειακό ιστορικό του παχέος εντέρου πρέπει να υποβάλλονται σε κολonosκόπηση.

ΠΙΝΑΚΑΣ 2:
Περιστατικά Καρκίνου ορθό και κόλον ανά ηλικία και φύλο
(τα έτη 1998-2008)

ΗΛΙΚΙΑ	ΑΝΤΡΑΣ	ΓΥΝΑΙΚΑ	ΟΛΙΚΟ
00-04			
05-09			
10-14		2	2
15-19	1	1	2
20-24	1	1	2
25-29	5	3	8
30-34	4	12	16
35-39	16	18	34
40-44	19	34	53
45-49	62	54	116
50-54	95	88	183
55-59	122	126	248
60-64	178	129	307
65-69	213	157	370
70-74	239	184	423
75-79	214	160	374
80-84	149	151	300
85+	102	104	206
ΑΓΝΩΣΤΑ	32	18	50
ΟΛΙΚΟ	1452	1242	2694

* Αποκλεισμός των κανονικών περιπτώσεων.
 Αποκλείοντας τις περιπτώσεις μεταξύ των μη κατοίκων της ελεγχόμενης περιοχής από την Κυπριακή κυβέρνηση.
 Συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων που προσδιορίζονται από τα πιστοποιητικά θανάτου μόνο.

Πηγή: Αρχείο Υπουργείου Υγείας Κύπρου.

ΠΙΝΑΚΑΣ 3:
Περιστατικά Καρκίνου ορθού και κόλον
τα έτη 1998-2008

ΕΤΗ	ΠΕΡ/ΤΙΚΑ
1998.....	167
1999.....	184
2000.....	212
2001.....	195
2002.....	209
2003.....	215
2004.....	274
2005.....	278
2006.....	293
2007.....	355
2008.....	312
ΟΛΙΚΑ	2694

* Αποκλεισμός των κανονικών περιπτώσεων
Αποκλείοντας τις περιπτώσεις μεταξύ των μη κατοίκων της ελεγχόμενης περιοχής από την Κυπριακή κυβέρνηση.
Συμπεριλαμβανομένων των περιπτώσεων που προσδιορίζονται από τα πιστοποιητικά θανάτου μόνο.

Πηγή: Αρχείο Υπουργείου Υγείας Κύπρου.

Αυτός ο καρκίνος εμφανίζεται συχνότερα σε ηλικίες πέραν των πενήντα ετών και αρχίζει σαν μια μικρή καλοήθης αλλοίωση: Ένας μικρός καλοήθης πολύποδας, που, για να μετεξελιχθεί σε καρκίνο, χρειάζονται περίπου 5 με 10 χρόνια. Όμως, δεν εξελίσσονται όλοι οι πολύποδες σε καρκίνο, καθώς κάποιοι από αυτούς αποτελούν προκαρκινική κατάσταση. Με την έγκαιρη, ποιοτική και αξιόπιστη πρόληψη της προκαρκινικής αυτής κατάστασης με ενδοσκοπική επέμβαση, περιορίζονται στο ελάχιστο οι πιθανότητες να μετεξελιχθεί σε καρκίνο.

Το Υπουργείο Υγείας, γνωρίζοντας τη σημαντικότητα της πρόληψης αυτού του καρκίνου και με βάση τα επιδημιολογικά δεδομένα, προνόησε για την ανάπτυξη ενός προκλινικού πληθυσμιακού ελέγχου, ο οποίος καταγράφεται και στην Εθνική Στρατηγική Αντιμετώπισης του Καρκίνου. Η Εθνική Επιτροπή, σε συνεργασία με τη Γαστρεντερολογική Εταιρεία, προχωρούν τώρα σε σχέδιο δράσης για την εφαρμογή του πληθυσμιακού προγράμματος.

Σημαντική θεωρείται, επίσης, η εκστρατεία του ΠΑΣΥΚΑΦ «Μαζί στην πρόληψη, μαζί στη ζωή», που ξεκίνησε το Μάιο του 2007. Ο αριθμός κολonosκοπήσεων παρουσίασε αύξηση 31,6% συγκριτικά με την αντίστοιχη περίοδο το 2006 (1482). Συγκεκριμένα, κατά την περίοδο αυτή έγιναν 1951 κολonosκοπήσεις παγκύπρια και ανευρέθησαν 493 πολύποδες και 63 καρκίνοι.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

Οι Κωστογίολας και άλλοι (2008) υποστηρίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας πρέπει να ακολουθεί πρότυπα και μεθοδολογίες, οι οποίες είναι επιστημονικά τεκμηριωμένες. Συμπληρώνουν ότι ο σχεδιασμός της μεθοδολογίας ανάπτυξης συστήματος διερεύνησης της ικανοποίησης αφορά στις διακριτές ενέργειες και τις αποφάσεις ενός οργανισμού και διακρίνεται σε τέσσερις φάσεις: 1) Ορισμός Στόχων, 2) Σχεδιασμός Μεθοδολογίας της έρευνας, 3) Έλεγχος δυνατότητας υλοποίησης και η 4) Διεξαγωγή έρευνας.

3.1. ΤΟΠΟΣ, ΧΡΟΝΟΣ ΔΙΕΞΑΓΩΓΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ

3.1.1 Τμήμα Ενδοσκοπήσεων

Η έρευνα διεξάγεται στο Ενδοσκοπικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας για την περίοδο Σεπτέμβριος-Νοέμβριος, 2012. Το τμήμα των Ενδοσκοπήσεων περιλαμβάνει τέσσερις (4) αίθουσες για Ενδοσκοπήσεις (Γαστροσκοπήσεις, Κολonosκοπήσεις, Βρογχοσκοπήσεις) και έντεκα (11) Κλίνες Ανάνηψης. Συγκεκριμένα, απασχολείται η ειδικότητα της γαστρεντερολογίας και της πνευμονολογίας, που διεξάγουν διαγνωστικές και επεμβατικές ενδοσκοπήσεις για όλες τις ελεύθερες επαρχίες της Κύπρου.

3.1.2 Πληθυσμός

Ο πληθυσμός αναφοράς ήταν ενήλικες ασθενείς (Ελληνοκύπριοι ή ξένοι υπήκοοι γνώστες της ελληνικής γλώσσας) που υποβάλλονταν σε ενδοσκόπηση (κολonosκόπηση ή γαστροσκόπηση).

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα πληρούσαν τα ακόλουθα κριτήρια: είχαν ηλικία 18 και άνω, ήταν ελληνοκύπριοι ή ξένοι υπήκοοι με γνώση της ελληνικής γλώσσας, είχαν υποβληθεί σε κολonosκόπηση ή γαστροσκόπηση, ο υπεύθυνος γιατρός έκρινε ότι ήταν σε θέση να συμμετάσχουν στην έρευνα και είχαν δώσει ενυπόγραφη συγκατάθεση μετά την ενημέρωση που είχαν (Παρ. 1).

Από το δείγμα αποκλείστηκαν περιστατικά με πολύ ηλικιωμένους χρήστες και με νοητικά/ψυχολογικά προβλήματα, που κρινόταν ότι θα είχαν δυσκολίες κατανόησης και συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου.

Η συλλογή των στοιχείων έγινε με βάση την επιθυμία του ασθενή να συμμετέχει στην έρευνα με αυτοσυμπλήρωση ερωτηματολογίου.

Ο υπολογισμός του δείγματος έγινε με επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5% και ανάλυση ισχύος 80% - με τη μέθοδο της τυχαίας δειγματοληψίας.

3.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ

3.2.1 Ερωτηματολόγιο

Για τη διεξαγωγή της έρευνας χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο «Εκτίμηση του Βαθμού Ικανοποίησης των Ασθενών που Υποβάλλονται σε Ενδοσκόπηση». Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτελεί μετάφραση και πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου “Patient Satisfaction Survey: Endoscopy 2” που αναπτύχθηκε από το American Gastrointestinal Association το 2005 (Παρ. 2). Η χρησιμοποίηση και η μετάφρασή του έγινε μετά την εξασφάλιση άδειας από τον κατασκευαστή (Παρ. 3).

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τριάντα-μία (31) δηλώσεις, οι οποίες χωρίζονται σε έξι (6) υποκατηγορίες που μετρούν συγκεκριμένες πτυχές της εμπειρίας του χρήστη των υπηρεσιών του τμήματος των ενδοσκοπήσεων (διαδικασία προετοιμασίας για ενδοσκόπηση, διαδικασία εισαγωγής, νοσηλευτικό προσωπικό, ιατρικό προσωπικό, διαδικασία ενδοσκοπήσεως, εξιτήριο). Οι 29 δηλώσεις είναι κλειστού τύπου με προεπιλεγμένες απαντήσεις. Για κάθε δήλωση, ζητείται από τον χρήστη να αξιολογήσει την εμπειρία του σε μια κλίμακα με διαβάθμιση των πιθανών ανταποκρίσεων από 1 έως 5, όπου (1): πολύ κακή (2): κακή (3): μέτρια (4): καλή (5): πολύ καλή. Στην έκτη υποκατηγορία υπάρχουν ανοιχτές ερωτήσεις, όπου δίνεται η ευκαιρία στον ασθενή να αναφέρει αρνητικές ή θετικές εμπειρίες που είχε.

Για πολλούς ψυχολόγους, κοινωνιολόγους και άλλους επιστήμονες σε διάφορα άλλα ερευνητικά πεδία, η χρησιμοποίηση δομημένου ερωτηματολογίου με διαβαθμισμένη κλίμακα μέτρησης (Likert Scale) είναι μια πρακτική ευρέως διαδεδομένη για τη μέτρηση και εξακρίβωση των απόψεων. Μάλιστα, υποστηρίζεται ότι, όσο περισσότερες

είναι οι διαβαθμίσεις της, τόσο πιο αξιόπιστα είναι τα αποτελέσματα της έρευνας (Bowling, 2002).

Οι περισσότερες από τις ερωτήσεις διερευνούν την ικανοποίηση, την κρίση και την αντίληψη του ασθενή για μια σειρά από συνιστώσες και παραμέτρους των υπηρεσιών που έλαβαν στο Ενδοσκοπικό Τμήμα του Γ.Ν.Λ., όπως: Πρόσβαση, Ραντεβού (χρόνος αναμονής και διαδικασίες για το κλείσιμο του ραντεβού), Προετοιμασία Ενδοσκόπησης, Χώρος Υποδοχής (καθαριότητα, άνεση), Χρόνος Αναμονής για Ενδοσκόπηση, Διαδικασία Ενδοσκόπησης, Νοσηλευτικό Προσωπικό (επικοινωνία, συμπεριφορά, δεξιότητες), Ιατρικό Προσωπικό (επικοινωνία, συμπεριφορά, δεξιότητες), Αποτελέσματα, Εξιτήριο και Επαναεπίσκεψη στο Ενδοσκοπικό τμήμα.

3.2.2. Διαδικασία Μετάφρασης του Ερωτηματολογίου

Η διαδικασία μετάφρασης και η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου έγινε βασιζόμενη σε διεθνή πρότυπα (Medical Outcomes Trust Bulletin 1997, MAPI Research Institute 2002,). Η διαδικασία μετάφρασης συμπεριέλαβε την ανεξάρτητη μετάφραση του πρωτότυπου Αγγλικού Ερωτηματολογίου - την προς τα εμπρός μετάφραση (**forward translation**), την εναρμόνιση ή συμφιλίωση (**reconciliation report**), την προς τα πίσω μετάφραση (**backward translation**) και τη διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (**cognitive debriefing process**), που αφορούσε τον προ-έλεγχο (pre-test) του μεταφρασμένου ερωτηματολογίου σ' έναν μικρό αριθμό νοσηλευτών.

Σύμφωνα με τα πιο πάνω, δύο ανεξάρτητοι και δίγλωσσοι επαγγελματίες υγείας εργάστηκαν για την προς τα εμπρός μετάφραση. Στη συνέχεια, ακολούθησε η μέθοδος της αναφοράς «συμφιλίωσης», που είναι η διαδικασία εναρμόνισης των δύο μεταφράσεων από έναν δίγλωσσο επαγγελματία υγείας με μητρική γλώσσα τα Ελληνικά, κάτι που διευκολύνει τη διαδικασία της τελικής συμφωνηθείσας εκδοχής. Η τελευταία εκδοχή μεταφράστηκε εκ νέου στην αγγλική γλώσσα από ένα δίγλωσσο άτομο που είχε ως μητρική γλώσσα την Αγγλική και δεν γνώριζε την αυθεντική εκδοχή του ερωτηματολογίου. Το μεταφρασμένο στα Αγγλικά ερωτηματολόγιο στάλθηκε στους δημιουργούς του ερωτηματολογίου, αλλά δεν είχαμε καμιά απάντηση. Τελικά, θεωρήθηκε καλό, όπως η τελική μορφή του ερωτηματολογίου ξαναμεταφραστεί στην αγγλική γλώσσα από δίγλωσσο χειρουργό γιατρό, ειδικό στις ενδοσκοπικές γαστρο-

κολονοσκοπικές επεμβάσεις. Τα δύο αγγλόφωνα άτομα συμφώνησαν ως προς το αντίστοιχο τελικό αγγλικό ερωτηματολόγιο.

3.2.3 Πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου

Η πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου έλαβε χώρα με τη συμπλήρωσή του από ένα τυχαίο δείγμα δέκα επισκεπτών, με διαφορετικά δημογραφικά χαρακτηριστικά, στα Εξωτερικά Ιατρεία της Γαστρεντερολογίας που έχουν υποβληθεί σε κολονοσκόπηση/γαστροσκόπηση μέσα στο τρέχον έτος (2012). Οι επισκέπτες ήταν όλοι αυτόχθονες και φορείς της γλώσσας-στόχου, ώστε να καθοριστεί πιο εύκολα, αν η μετάφραση είναι αποδεκτή και κατανοητή και η γλώσσα απλή και κατάλληλη. Η διαδικασία που ακολουθήθηκε είναι αυτή που προτείνεται από τη διαδικασία γνωστικής ανασκόπησης (**cognitive debriefing process**) (Medical Outcomes Trust, 1997). Στη συνέχεια, οι επισκέπτες ρωτήθηκαν κατά πόσο κάθε ερώτηση χωριστά ήταν κατανοητή και αν χρειαζόταν να την αναδιατυπώσουν με δικά τους λόγια ή αν προτιμούσαν να γίνουν αλλαγές κάποιων συγκεκριμένων λέξεων σε κάποια ερώτηση, έτσι ώστε να γίνει πιο κατανοητή η ερώτηση (**γνωστική συνέντευξη αναφοράς - cognitive debriefing interview**).

Η γνωστική συνέντευξη αναφοράς χαρακτηρίζεται από τη διαδικασία τού «σκέφτομαι μεγάλωφωνα», στην οποία οι ερωτώμενοι καλούνται να περιγράψουν τον τρόπο με τον οποίο κατανοούν το περιεχόμενο κάθε ερώτησης του εργαλείου μέτρησης (Health Research Associates Inc., 2010). Σύμφωνα με τα σχόλια συμμετασχόντων, κατά τη διάρκεια της πολιτισμικής προσαρμογής, το ερωτηματολόγιο ήταν γενικά κατανοητό και δεν παρουσίαζε δυσκολίες.

Ακολούθησε το στάδιο κριτικής του περιεχομένου, με διανομή του ερωτηματολογίου σε δώδεκα νοσηλευτές, προκειμένου να εντοπιστούν δύσκολα ή δυσνόητα σημεία στις ερωτήσεις. Σκοπός της διαδικασίας αυτής, ήταν η βελτίωση του ερωτηματολογίου, στη βάση τροποποιήσεων που έγιναν κατόπιν εισηγήσεων και σχολίων που λήφθηκαν από τυχαίο δείγμα 10-15 ατόμων (Μερκούρης, 2009). Η επιλογή και ανάλογη προσαρμογή των ερωτήσεων έγινε λαμβάνοντας υπ' όψιν, εκτός από τα πιο πάνω, και τα κυπριακά δεδομένα.

3.2.4 Εγκρίσεις για χρησιμοποίηση του Ερωτηματολογίου

Η μελέτη προσαρμόστηκε σύμφωνα με τις διατάξεις των δηλώσεων του Ελσίνκι 1995 και, ως εκ τούτου, η χρησιμοποίηση και η διανομή του ερωτηματολογίου έγινε μετά την έγκρισή του από την Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου (Παρ. 4), από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας (Παρ. 5) και από το Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Παρ. 6).

3.2.5 Μέθοδος Συμπλήρωσης Ερωτηματολογίου

Η επεξήγηση του σκοπού της έρευνας, όπως και η διανομή των ερωτηματολογίων (Παρ. 7) γινόταν κατά την εισαγωγή του χρήστη. Συγκεκριμένα, οι χρήστες ενημερώθηκαν για τον σκοπό της έρευνας από το συνοδευτικό έγγραφο στη δεύτερη σελίδα του ερωτηματολογίου και από την ερευνήτρια. Στην πρώτη σελίδα του ερωτηματολογίου συμπεριλαμβανόταν το έντυπο συγκατάθεσης, διά του οποίου ζητήθηκε η ενυπόγραφη αποδοχή της συμμετοχής στην έρευνα. Για τη διασφάλιση της ανωνυμίας των χρηστών, όταν οι χρήστες αποδέχονταν τη συμμετοχή τους στην έρευνα, ζητείτο από αυτούς να υπογράψουν το συγκεκριμένο έντυπο και να το ρίξουν σε κλειδωμένη κάλη.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν στο σπίτι του χρήστη και το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο επιστρεφόταν στον χρήστη στο πρώτο ραντεβού του με τον γιατρό μετά την ενδοσκόπηση (περίπου έναν μήνα). Ο ερευνητής θεώρησε τη μέθοδο αυτή ως την καταλληλότερη, προς αποφυγήν τυχόν «επιρροών» (bias) που μπορούσε να δημιουργήσει το, βραχείας διάρκειας δράσης, υπνωτικό φάρμακο Μεδοζολάμη, αν η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν την ίδια μέρα με την ενδοσκόπηση. Η μέθοδος αυτή διασφαλίζει την αξιοπιστία του ερωτηματολογίου.

Η πιο πάνω μέθοδος συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου προτιμήθηκε από την ταχυδρομική αποστολή ή την τηλεφωνική επικοινωνία, οι οποίες απορρίφθηκαν, επειδή, αφενός, προαπαιτούν πρόσβαση σε προσωπικά δεδομένα και, αφετέρου, λόγω της αυξημένης πιθανότητας χαμηλής ανταπόκρισης των χρηστών των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, συμπεράσμα που εξήχθη βάσει παρόμοιων ερευνών.

3.2.6 Δυσχέρειες συλλογής των ερωτηματολογίων

Κατά τη διάρκεια της έρευνας, η συλλογή των ερωτηματολογίων ήταν χρονοβόρα και ιδιαίτερα επίπονη, διότι φάνηκε ότι οι χρήστες δεν είχαν την ψυχική διάθεση για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου, λόγω είτε της θετικής είτε της αρνητικής κατάστασης της υγείας τους. Το θετικό είναι ότι το ερωτηματολόγιο δεν αποτελείται από πολλές ερωτήσεις (31 συνολικά), άρα δε δημιουργούσε δυσανασχέτηση στους ερωτώμενους, εφόσον δεν απαιτούσε μεγάλο χρόνο για τη συμπλήρωσή του. Ο χρόνος συμπλήρωσης κυμαινόταν από 8 έως 15 λεπτά, ανάλογα με τα συμπληρωματικά σχόλια που έκαναν.

3.2.7 Εγκυρότητα και Αξιοπιστία

Το ερωτηματολόγιο είναι δοκιμασμένο σε έρευνες στην Αμερική και, ως εκ τούτου, έγκυρο και αξιόπιστο, κρίθηκε, όμως, αναγκαίο όπως δοκιμαστεί και στην Κύπρο, με Κύπριους χρήστες των κρατικών υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Σε αυτά τα ερωτηματολόγια έγινε υπολογισμός του δείκτη Εσωτερικής Συνέπειας (Cronbach's Alpha), που βρέθηκε 0.871, κάτι που υποδηλώνει την καλή εσωτερική συνέπεια του ερωτηματολογίου.

3.2.8 Στατιστική Ανάλυση

Η στατιστική ανάλυση των δεδομένων της έρευνας, σε περιγραφικό επίπεδο, περιλαμβάνει πίνακες κατανομής των συχνοτήτων των δημογραφικών στοιχείων. Η συχνότητα κατανομής αναφέρεται σε ποσοστό επί τοις εκατό και σε αριθμό συμμετεχόντων. Για την ανάλυση των υποκατηγοριών του ερωτηματολογίου δημιουργήθηκαν νέες μεταβλητές από τον μέσον όρο των επιμέρους ερωτήσεων της κάθε υποκατηγορίας. Επιπλέον, τυχόν διαφορές μελετήθηκαν με παραμετρικά τεστ και μη παραμετρικά τεστ, προκειμένου να ελεγχθεί η ύπαρξη ή μη σχέσεων μεταξύ των διαφόρων απαντήσεων των υποκειμένων με βάση τα ατομικά τους χαρακτηριστικά και τα δημογραφικά τους στοιχεία. Εφαρμόστηκε, για ανεξάρτητες μεταβλητές με δύο παραμέτρους το τεστ Κριτήριο «t» και για ανεξάρτητες μεταβλητές πέραν των δύο παραμέτρων, η Ανάλυση Διασποράς μονής κατεύθυνσης (one-way ANOVA) και η μη παραμετρική δοκιμασία Kruskal – Wallis. Στις περιπτώσεις που συγκρίνονταν περισσότερα από δύο ανεξάρτητα δείγματα και αναγνωριζόταν στατιστικά σημαντική επίδραση της ανεξάρτητης τιμής στην εξαρτημένη, εφαρμόστηκαν εκ των υστέρων κατά ζεύγη συγκρίσεις (post hoc). Τέλος, χρησιμοποιήθηκαν οι πίνακες συσχέτισης

προκειμένου να ελεγχθεί η συσχέτιση των επιμέρους διαστάσεων της οργανωτικής δέσμευσης και των παραγόντων παρακίνησης.

Όσον αφορά τη χρήση των παραμετρικών δοκιμασιών Κριτήριων «t» και την Ανάλυση Διασποράς, οι οποίες προϋποθέτουν συνεχείς μεταβλητές, σε μία πρόσφατη ανασκόπηση της διεθνούς βιβλιογραφίας για το θέμα αυτό, οι Jaccard και Wan αποφάνθηκαν ότι ακόμη και σοβαρή παραβίαση της προϋπόθεσης αυτής δεν φαίνεται να επηρεάζει δραματικά το p- value (Jaccard & Wan, 1996).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

4.1. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

Στην έρευνα συμμετείχαν 107 άτομα (πίνακας 4). Από αυτά, 56 ήταν άνδρες (52,3%) και 51 γυναίκες (47,7%). Η κατανομή των ατόμων ανά Τόπο Καταγωγής ήταν: 47 άτομα (45,6%) από αστικές περιοχές και 56 άτομα (54,4%) από αγροτικές περιοχές. Το 33,3% των ατόμων (n=36) είχαν ολοκληρώσει σπουδές μέχρι το Λύκειο. Η συντριπτική πλειοψηφία των ατόμων ήταν έγγαμοι (77,8%) και με παιδιά (89,5%).

ΠΙΝΑΚΑΣ 4: Δημογραφικά

Μεταβλητή	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο		
Ανδρας	56	52,3
Γυναίκα	51	47,7
Τόπος Καταγωγής		
Πόλη	47	45,6
Χωριό	56	54,4
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό και λιγότερο	22	20,4
Γυμνάσιο	21	19,4
Λύκειο	36	33,3
Πανεπιστήμιο	29	26,9
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	84	77,8
Άγαμος	8	7,4
Διαζευγμένος	7	6,5
Χήρος	9	8,3
Έχετε παιδιά;		
Ναι	94	89,5
Όχι	11	10,5

Στον πίνακα 5 παρατηρείται η συχνότητα των ατόμων που εργάζονται με ποσοστό 60%. Όσον αφορά την επαγγελματική τους ιδιότητα, το 75% είναι υπάλληλοι και το 69,6% (n=32) συνταξιούχοι. Τα περισσότερα άτομα 35,4% (n=35) δήλωσαν ότι το οικογενειακό τους εισόδημα ήταν μεταξύ 1000 και 2000 ευρώ μηνιαίως.

ΠΙΝΑΚΑΣ 5: Δημογραφικά

Μεταβλητή	Συχνότητα	Ποσοστό
Εργάζεστε;		
Ναι	63	60,0
Όχι	42	40,0
Αν Ναι		
Υπάλληλος	45	75,0
Ελεύθερος επαγγελματίας	15	25,0
Αν Όχι		
Άνεργος	3	6,5
Οικιακά	11	23,9
Συνταξιούχος	32	69,6
Μηνιαίο Εισόδημα		
<1000	34	34,3
1000-2000	35	35,4
>2000	30	30,3

Τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα είχαν μέσον όρο ηλικίας τα 59,30 έτη (ΤΑ=±13.58 έτη). Η ηλικιακή κατανομή ήταν ομοιόμορφη, αφού τα άτομα είχαν ηλικία από 27 έως 82 έτη (πίνακας 6). Όσον αφορά τον μέσον όρο των παιδιών που έχει η κάθε οικογένεια, ο αριθμός κυμαίνεται στο 2,43.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6: Μέσος Όρος και μέτρα διασποράς συνεχών μεταβλητών.

Μεταβλητή	Συχνότητα	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση	Διάμεσος
Ηλικία	105	27	82	59,30	13,58	61,00
Αριθμός Παιδιών	96	1	6	2,43	0,97	2,00

4.2. ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ ΔΗΛΩΣΕΩΝ

4.2.1 Μέρος Α' / Βαθμός Ικανοποίησης σε σχέση με τις Διαδικασίες-Υπηρεσίες Εισαγωγής

Η δήλωση για την εκτίμηση της ικανοποίησης με το βαθμό σεβασμού που επέδειξε το προσωπικό προς το άτομο και τον προσωπικό του χώρο φέρει τον πιο υψηλό μέσον όρο ικανοποίησης με 4,60, σε σχέση προς τις άλλες δηλώσεις. Ακολουθεί η δήλωση «με την

επαγγελματικότητα και την ευγένεια του προσωπικού κατά την προσέλευσή σας στο τμήμα ενδοσκοπήσεων» με μέσον όρο ικανοποίησης 4,52 (Πίνακας 8). Παράλληλα, η δήλωση «με το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη μέρα που προσπαθήσατε να κλείσετε ραντεβού για ενδοσκόπηση μέχρι την ημερομηνία που ορίστηκε το ραντεβού» παρουσιάζει το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης από τις άλλες δηλώσεις, με μέσον όρο ικανοποίησης 3,69. Ελαφρώς μεγαλύτερη ικανοποίηση καταγράφεται στη δήλωση «με την ευκολία της τηλεφωνικής σύνδεσής σας με το Τμήμα Ενδοσκοπήσεων», με μέσον όρο ικανοποίησης 3,73 (Πίνακας: 7).

ΠΙΝΑΚΑΣ 7:

Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ικανοποίησης σε σχέση με τις Υπηρεσίες του Τμήματος των Ενδοσκοπήσεων.

Παρακαλώ σημειώστε σε κάθε μίαν από τις πιο κάτω δηλώσεις πόσο ικανοποιημένος είστε:	Πολύ Δυσανεστημένος (%)	Δυσανεστημένος (%)	Ούτε Δυσανεστημένος Ούτε Ικανοποιημένος (%)	Ικανοποιημένος (%)	Πολύ Ικανοποιημένος (%)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Με την ευκολία της τηλεφωνικής σύνδεσής σας με το Τμήμα Ενδοσκοπήσεων	4,0	4,0	23,0	53,0	16,0	3,73	0,92
Με το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη μέρα που προσπαθήσατε να κλείσετε ραντεβού για ενδοσκόπηση μέχρι την ημερομηνία που ορίστηκε το ραντεβού	3,8	9,5	24,8	38,1	23,8	3,69	1,06
Με τον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου που προγραμμάτισε το ραντεβού σας	0,0	1,0	2,9	41,9	54,3	4,50	0,61
Με τη σαφήνεια των κατευθυντήριων οδηγιών για την εύκολη πρόσβασή σας στο τμήμα και την ώρα προσέλευσης στο ραντεβού σας	1,9	0,0	5,7	47,2	45,3	4,34	0,75
Με τις πληροφορίες που σας δόθηκαν σχετικά με την προετοιμασία σας γύρω από τη διαδικασία προετοιμασίας για την ενδοσκόπηση	1,0	1,0	4,8	46,7	46,7	4,37	0,71

ΠΙΝΑΚΑΣ 8:

Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων ικανοποίησης σε σχέση με τη Εγγραφή - Χώρο Υποδοχής.

Παρακαλώ σημειώστε σε κάθε μian από τις πιο κάτω δηλώσεις πόσο ικανοποιημένος είστε:	Πολύ δυσαρεστημένος (%)	Δυσάρεστημένος (%)	Ούτε δυσαρεστημένος ούτε ικανοποιημένος (%)	Ικανοποιημένος (%)	Πολύ ικανοποιημένος (%)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Με την άνεση στο χώρο υποδοχής	0,0	0,0	15,1	48,1	36,8	4,22	0,69
Με την καθαριότητα στο χώρο υποδοχής	0,0	0,0	6,7	46,7	46,7	4,40	0,61
Με την επαγγελματικότητα και την ευγένεια του προσωπικού κατά την προσέλευσή σας στο τμήμα ενδοσκοπήσεων	1,0	0,0	1,9	40,0	57,1	4,52	0,64
Με την ευκολία της διαδικασίας εγγραφής στο τμήμα ενδοσκοπήσεων	1,0	1,9	4,8	48,1	44,2	4,33	0,74
Με το χρόνο αναμονής στο τμήμα ενδοσκοπήσεων μέχρι την έναρξη της διαδικασίας της ενδοσκόπησης σας	,9	,9	21,7	44,3	32,1	4,06	0,81
Με το βαθμό σεβασμού που επέδειξε το προσωπικό προς το άτομό σας και τον προσωπικό σας χώρο	,9	0,0	1,9	32,1	65,1	4,60	0,63

4.2.2 Μέρος Β' /Ικανοποίηση της Προσφοράς Φροντίδας σε σχέση με το Προσωπικό

Στο Μέρος Β' ζητήθηκε η εκτίμηση της ικανοποίησης από την προσφερόμενη φροντίδα υγείας σε σχέση με το προσωπικό από τα άτομα που υποβλήθηκαν σε ενδοσκόπηση. Πολλοί από τους ερωτηθέντες (60,4%) έμειναν εξαιρετικά ικανοποιημένα με τις τεχνικές δεξιότητες του γιατρού (επιμέλεια, ακρίβεια, προσεκτικότητα, ικανότητα) με μέσον όρο ικανοποίησης 4,45. Με μέσον όρο ικανοποίησης 4,39 εκτιμήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης της συμπεριφοράς του γιατρού (ευγένεια, σεβασμός, ευαισθησία και φιλικότητα) απέναντι στα άτομα και με ένα 4,38 εκτιμήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού. Τα άτομα έμειναν λιγότερο ικανοποιημένα από την προσφερόμενη φροντίδα υγείας στη δήλωση που αναφέρεται για την ικανότητα του νοσηλευτικού

προσωπικού να ακούει προσεκτικά αυτά που του λένε (καλός ακροατής), με μέσον όρο ικανοποίησης 4,13 (πίνακας 9).

ΠΙΝΑΚΑΣ 9:

Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων προσφορά φροντίδας σε σχέση με το Προσωπικό

Παρακαλώ δώστε την άποψή σας για τις πιο κάτω δηλώσεις που σχετίζονται με την προσφορά φροντίδας προς εσάς:	Φτωχή (%)	Κάπως Καλή (%)	Καλή (%)	Πολύ Καλή (%)	Εξαιρετική (%)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Την ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να ακούει προσεκτικά αυτά που λέγατε (καλός ακροατής)	0,0	1,9	19,8	41,5	36,8	4,13	0,79
Τις εξηγήσεις που σας δόθηκαν από τον ιατρό για τη διαδικασία της ενδοσκοπησης	0,0	1,9	17,9	37,7	42,5	4,21	0,80
Τη συμπεριφορά του γιατρού (ευγένεια, σεβασμός, ευαισθησία και φιλικότητα)	0,0	1,9	15,0	25,2	57,9	4,39	0,81
Τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού (ευγένεια, σεβασμός, ευαισθησία και φιλικότητα)	0,0	0,0	14,3	33,3	52,4	4,38	0,73
Τις τεχνικές δεξιότητες του γιατρού (επιμέλεια, ακρίβεια, προσεκτικότητα, ικανότητα)	0,0	,9	13,2	25,5	60,4	4,45	0,76
Τις τεχνικές δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού (επιμέλεια, ακρίβεια, προσοχή, ικανότητα)	0,0	,9	15,1	31,1	52,8	4,36	0,77
Τις οδηγίες που σας δόθηκαν σχετικά με το εξιτήριό σας, μετά την εξέταση	0,0	,9	11,3	41,5	46,2	4,33	0,71

4.2.3 Μέρος Γ'/ Βαθμός άνεσης Κατά τη Διάρκεια και Μετά την Ενδοσκόπηση

Το 45,8% των ατόμων δήλωσαν «Άνετα» ως βαθμό άνεσής τους κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης και το 43,0% δήλωσαν «Άνετα» ως βαθμό άνεσής τους μετά την ενδοσκόπηση, με μέσον όρο ικανοποίησης 3,80 και 4,07 αντίστοιχα (πίνακας 10).

ΠΙΝΑΚΑΣ 10:

**Ποσοστιαία κατανομή απαντήσεων άνεσης
Κατά τη Διάρκεια και Μετά την Ενδοσκόπηση**

Παρακαλώ υποδείξτε πόσο άνετα νιώθατε κατά τη διάρκεια και μετά την ενδοσκόπηση	Καθόλου άνετα (%)	Κάπως άνετα (%)	Ουδέτερο (%)	Άνετα (%)	Πολύ άνετα (%)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης	8,4	6,5	10,3	45,8	29,0	3,80	1,18
Μετά την ενδοσκόπηση	1,9	10,3	5,6	43,0	39,3	4,07	1,02

Ο πιο κάτω πίνακας (πίνακας 11) απεικονίζει τα ποσοστά δυσκολίας που είχαν τα άτομα κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας τους για την ενδοσκόπηση. Το 86,7% των ατόμων έδειξε ότι δεν είχε δυσκολία κατά τη διάρκεια της προετοιμασίας και το 13,3% έδειξε ότι είχε κάποιες δυσκολίες. Όπως ανέφεραν τα άτομα στα σχόλιά τους, μερικές από τις δυσκολίες που είχαν να αντιμετωπίσουν ήταν ότι δεν μπορούσαν να επικοινωνήσουν τηλεφωνικά με τους λειτουργούς του τμήματος των Ενδοσκοπήσεων, για να αναφέρουν τη δυσκολία που αντιμετώπιζαν, αφού καλούσαν και δεν απαντούσε κανείς το τηλέφωνο, δεν κατάφεραν να επικοινωνήσουν με τον γιατρό τους, υπήρξε έλλειψη φαρμάκων και ανάγκη βοήθειας για σωστή χρήση του κλύσματος.

ΠΙΝΑΚΑΣ: 11

Ποσοστιαία κατανομή ερώτησης «Είχατε καμία δυσκολία κατά τη διάρκεια της προετοιμασία σας για την εξέταση;»

	Ναι (%)	Όχι (%)
Είχατε καμία δυσκολία κατά τη διάρκεια της προετοιμασία σας για την εξέταση;	13,3	86,7

4.2.4 Μέρος Δ' / Βαθμός Συμφωνίας ή Διαφωνίας

Το 73,8% των ατόμων δήλωσαν ότι «Συμφωνούν Απόλυτα» ότι ο χρόνος που τους δόθηκε για να συνέλθουν από τη διαδικασία της ενδοσκόπησης ήταν επαρκής, με μέσον όρο ικανοποίησης 4,66. Ακολουθεί ένα ποσοστό της τάξεως του 70,1% των ατόμων που δήλωσαν ότι «Συμφωνούν Απόλυτα» στις δηλώσεις «Οι υπηρεσίες / φροντίδα που μου παρασχέθηκαν ήταν σημαντικές για τη βελτίωση της υγείας μου» και «Θα ξαναπήγαινα να δω το συγκεκριμένο γιατρό για περαιτέρω φροντίδα», με μέσον όρο ικανοποίησης 4,61. Τα πιο λίγο ικανοποιημένα άτομα, με μέσον όρο ικανοποίησης 4,38, ήταν με τη δήλωση «Πληροφορήθηκα για τα αποτελέσματά μου σύντομα» (πίνακας 12).

ΠΙΝΑΚΑΣ 12:

Ποσοστιαία κατανομή Συμφωνίας ή Διαφωνίας

Παρακαλώ υποδείξτε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με κάθε μian από τις ακόλουθες δηλώσεις	Διαφωνώ απόλυτα (%)	Διαφωνώ κάπως (%)	Ουδέτερο (%)	Συμφωνώ απόλυτα (%)	Συμφωνώ κάπως (%)	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ο γιατρός διέθεσε αρκετό χρόνο για μένα.	1,9	0,9	13,1	24,3	59,8	4,39	0,89
Οι υπηρεσίες / φροντίδα που μου παρασχέθηκαν ήταν σημαντικές για τη βελτίωση της υγείας μου.	0,9	0,0	6,5	22,4	70,1	4,61	0,70
Ο χρόνος που μου δόθηκε για να συνέλθω από τη διαδικασία της ενδοσκόπησης ήταν επαρκής.	0,9	0,9	2,8	21,5	73,8	4,66	0,67

Πληροφορήθηκα για τα αποτελέσματά μου σύντομα.	2,0	4,9	6,9	25,5	60,8	4,38	0,95
Οι εξηγήσεις που μου δόθηκαν σχετικά με τα αποτελέσματα της εξέτασης ήταν ικανοποιητικές και τις κατανόησα πλήρως.	0,9	0,0	9,4	28,3	61,3	4,49	0,75
Θα ξαναπήγαινα να δω το συγκεκριμένο γιατρό για περαιτέρω φροντίδα.	0,9	0,0	6,5	22,4	70,1	4,61	0,70
Θα συνιστούσα το συγκεκριμένο ενδοσκοπικό τμήμα σε συγγενείς και φίλους.	1,9	0,0	11,2	15,9	71,0	4,54	0,84

4.2.5 Μέρος Ε'/ Ανοικτού Είδους Ερωτήσεις

Στο Μέρος Ε' έχουν γίνει ανοικτού είδους ερωτήσεις στα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα. Συγκεκριμένα, στην ερώτηση «Τι σας έκανε καλύτερη εντύπωση από τη φροντίδα που λάβατε;», τα άτομα έχουν μείνει ικανοποιημένα από τη φροντίδα των νοσηλευτών, από την άμεση εξυπηρέτηση, από την ευγένεια και σωστή συμπεριφορά του προσωπικού, και την επαγγελματική κατάρτιση του προσωπικού, σε αντίθεση με την ερώτηση «Τι σας έκανε χειρότερη εντύπωση από τη φροντίδα που λάβατε;», όπου ανέφεραν την απρόσωπη προσέγγιση, τις διαφωνίες και λογομαχίες μεταξύ του προσωπικού, την ταλαιπωρία στην εγγραφή, την έλλειψη συντονισμού και την έλλειψη εργαλείων.

4.3 ΚΡΙΤΗΡΙΑ “t” ΚΑΙ ΑΝΑΛΥΣΗ ΔΙΑΣΠΟΡΑΣ ΣΕ ΣΧΕΣΗ:

4.3.1 Ικανοποίηση

Ο πίνακας 13 απεικονίζει τις ανεξάρτητες μεταβλητές, σε σχέση με τα δημογραφικά στοιχεία. Στη μεταβλητή «Φύλο» το p value=,030, άρα τα δύο φύλα διαφέρουν στο βαθμό ικανοποίησης, με τους άντρες να ικανοποιούνται πιο πολύ, με μέσον όρο ικανοποίησης 47,42, σε σχέση με τις γυναίκες, με μέσον όρο ικανοποίησης 44,88. Επίσης, το μορφωτικό επίπεδο επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης των ατόμων με p value= 0,06. Όσο λιγότερη μόρφωση έχει κάποιος, τόσο πιο πολύ ικανοποιημένος μένει, ενώ όσο πιο πολύ μορφωμένος είναι, ο βαθμός ικανοποίησής του αυξάνεται. Οι μεταβλητές «Οικογενειακή Κατάσταση» και «Έχετε Παιδιά;» δεν επηρεάζουν το βαθμό

ικανοποίησης των ατόμων, αφού το p value παρουσιάστηκε 0,121 και 0,701 αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 13:
Κριτήριο “t” και Ανάλυση Διασποράς της Ικανοποίησης
σε σχέση με τα Δημογραφικά.

Μεταβλητή	Ικανοποίηση	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
Ανδρας	47,42	4,83
Γυναίκα	44,88	6,87
T	2,206	
p value	,030	
Τόπος Καταγωγής		
Πόλη	46,33	4,81
Χωριό	46,16	6,86
T	,143	
p value	,887	
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό και λιγότερο	48,95	4,67
Γυμνάσιο	48,24	4,89
Λύκειο	45,64	4,69
Πανεπιστήμιο	43,72	7,73
F	4,353	
p value	,006	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	46,22	6,10
Άγαμος	46,13	5,08
Διαζευγμένος	42,43	6,45
Χήρος	49,67	3,67
F	1,983	
p value	,121	
Έχετε παιδιά;		
Ναι	46,17	6,18
Όχι	45,40	4,14
T	,385	
p value	,701	

Η επαγγελματική κατάσταση των ατόμων, όπως και το μηνιαίο εισόδημα (πίνακα 14) επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησής τους που εκφράστηκε με p value= 0,03 και 0,07 αντίστοιχα.

ΠΙΝΑΚΑΣ 14:

Κριτήριο “t” και Ανάλυση Διασποράς της Ικανοποίησης σε σχέση με τα Δημογραφικά.

Μεταβλητή	Ικανοποίηση	
	Μέσος Όρος	Μέσος Όρος
Εργάζεστε;		
Ναι	44,86	6,26
Όχι	48,39	4,91
T	-3,053	
p value	,003	
Μηνιαίο Εισόδημα		
<1000	48,91	4,37
1000-2000	44,91	5,10
>2000	44,93	7,47
F	5,306	
p value	,007	

4.3.2 Προσφορά Φροντίδας

Οι υποκατηγορίες των ανεξάρτητων μεταβλητών δεν διαφέρουν μεταξύ τους. Δηλαδή, δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς την προσφορά φροντίδας και τον τόπο καταγωγής, με τους κατοίκους αστικών περιοχών να μη διαφέρουν από τους κατοίκους των αγροτικών περιοχών. Το ίδιο ισχύει για τις δύο υποκατηγορίες της μεταβλητής «μορφωτικό επίπεδο» ως προς την προσφορά φροντίδας, που παρουσιάζεται p value= 0,064 και με μέσον όρο 31,38 από δημοτικό και λιγότερο, και 28 από πανεπιστήμιο. Δεν έχουμε στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ούτε στη μεταβλητή φύλο, αφού έχουμε p value =0,618, άρα οι άντρες και οι γυναίκες δεν διαφέρουν ως προς την προσφορά φροντίδας. Επίσης, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα δεν έχουμε ούτε στις μεταβλητές «οικογενειακή κατάσταση» και «αριθμός παιδιών», αφού οι υποκατηγορίες τους δεν διαφέρουν (πίνακας 16).

ΠΙΝΑΚΑΣ 15:
Κριτήριο “t” και Ανάλυση Διασποράς της Προσφοράς Φροντίδας
σε σχέση με τα Δημογραφικά

Μεταβλητή	Προσφορά Φροντίδας	
Φύλο	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Ανδρας	30,16	4,56
Γυναίκα	29,68	5,26
T	0,500	
p value	0,618	
Τόπος Καταγωγής		
Πόλη	29,84	5,27
Χωριό	30	4,66
T	-0,154	
p value	0,878	
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό και λιγότερο	31,38	3,88
Γυμνάσιο	30,80	5,13
Λύκειο	30,25	4,27
Πανεπιστήμιο	28	5,65
F	2,499	
p value	0,064	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	30,02	4,97
Άγαμος	29,37	4,83
Διαζευγμένος	27,14	5,36
Χήρος	32,22	2,86
F	1,479	
p value	0,225	

ΠΙΝΑΚΑΣ 16:
Κριτήριο “t” και Ανάλυση Διασποράς της Προσφοράς Φροντίδας
σε σχέση με τα Δημογραφικά

Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	30,02	4,97
Άγαμος	29,37	4,83
Διαζευγμένος	27,14	5,36
Χήρος	32,22	2,86
F	1,479	
p value	0,225	
Έχετε παιδιά;		
Ναι	30,053	4,82
Όχι	28,09	5,46
F	1,259	
p value	0,211	

Επίσης, οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, επαγγελματική κατάσταση και μηνιαίο εισόδημα (πίνακα 17), με p value= 0,086 και 0,224 αντίστοιχα, δεν επηρεάζουν την προσφορά φροντίδας.

ΠΙΝΑΚΑΣ 17:

Κριτήριο “t” και Ανάλυση Διασποράς της Προσφοράς Φροντίδας σε σχέση με τα Δημογραφικά

Μεταβλητή	Προσφορά Φροντίδας	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε;		
<i>Ναι</i>	29,39	5,19
<i>Όχι</i>	31,07	4,19
<i>T</i>	-1,731	
<i>p value</i>	0,086	
Μηνιαίο Εισόδημα		
<i><1000</i>	31,24	4,37
<i>1000-2000</i>	29,22	5,04
<i>>2000</i>	29,93	4,98
<i>F</i>	1,521	
<i>p value</i>	0,224	

4.3.3 Βαθμός Συμφωνίας

Στη μεταβλητή «φύλο» (πίνακας 18) δε βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά μεταξύ των δύο υποκατηγοριών άντρας και γυναίκα ως προς το βαθμό συμφωνίας. Το ίδιο ισχύει και για τη μεταβλητή «τόπος καταγωγής».

Δηλαδή, δεν βρέθηκε στατιστικά σημαντική διαφορά ως προς το βαθμό συμφωνίας για τον τόπο καταγωγής, με τους κατοίκους σε πόλη να μη διαφέρουν από τους κατοίκους σε χωριό. Δεν υπάρχει στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα ούτε στην οικογενειακή κατάσταση, αφού το p value= 0,117 και ο μέσος όρος είναι 28,28 στους διαζευγμένους και 33,77 στους χήρους.

Η ανεξάρτητη μεταβλητή «μορφωτικό επίπεδο» επηρεάζει το βαθμό συμφωνίας με p value=0,022. Οι υποκατηγορίες «Δημοτικό και λιγότερο» έχει μέσον όρο 33,38 και το «Πανεπιστήμιο» 30,03, άρα, όσο λιγότερη είναι μόρφωση, τόσο χαμηλότερος ο βαθμός συμφωνίας. Οι άλλες μεταβλητές δεν επηρεάζουν το βαθμό συμφωνίας.

Επίσης, στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα δεν έχουμε στις μεταβλητές «οικογενειακή κατάσταση» και «αριθμός παιδιών», αφού οι υποκατηγορίες τους δεν διαφέρουν.

ΠΙΝΑΚΑΣ 18:

Κριτήριο “t” και Ανάλυση Διασποράς του Βαθμού Συμφωνίας σε σχέση με τα Δημογραφικά

Μεταβλητή	Βαθμός Συμφωνίας	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Φύλο		
Ανδρας	31,29	4,89
Γυναίκα	31,53	4,10
<i>t</i>	-0,271	
<i>p value</i>	0,787	
Τόπος Καταγωγής		
Πόλη	31,19	5,05
Χωριό	31,57	4,17
<i>t</i>	-0,411	
<i>p value</i>	0,682	
Μορφωτικό επίπεδο		
Δημοτικό και λιγότερο *	33,38	2,55
Γυμνάσιο	32,71	4,38
Λύκειο	30,69	5,51
Πανεπιστήμιο *	30,03	3,68
<i>f</i>	3,337	
<i>p value</i>	0,022	
Οικογενειακή Κατάσταση		
Έγγαμος	31,45	4,73
Άγαμος	31,37	2,55
Διαζευγμένος	28,28	4,68
Χήρος	33,77	1,56
<i>f</i>	2,009	
<i>p value</i>	0,117	
Έχετε παιδιά;		
Ναι	31,46	4,67
Όχι	30,36	3,10
<i>t</i>	0,758	
<i>p value</i>	0,450	

Οι δύο ανεξάρτητες μεταβλητές, «επαγγελματική κατάσταση» και «μηνιαίο εισόδημα», δεν επηρεάζουν το βαθμό συμφωνίας, αφού παρουσιάζονται με $p \text{ value} = 0,070$ και $0,069$ αντίστοιχα. Το $p > 0,05$ υποδουλώνει ότι έχουμε ένα μη στατιστικά σημαντικό

αποτέλεσμα, δηλαδή οι υποκατηγορίες της κάθε ανεξάρτητης μεταβλητής δεν διαφέρουν (πίνακας 19).

ΠΙΝΑΚΑΣ 19:

Κριτήριο “t” και Ανάλυση Διασποράς του Βαθμού Συμφωνίας σε σχέση με τα Δημογραφικά

Μεταβλητή	Βαθμός Συμφωνίας	
	Μέσος Όρος	Τυπική Απόκλιση
Εργάζεστε;		
<i>Ναι</i>	30,76	3,89
<i>Όχι</i>	32,41	5,31
<i>t</i>	-1,830	
<i>p value</i>	0,070	
Μηνιαίο Εισόδημα		
<i><1000</i>	32,84	3,52
<i>1000-2000</i>	30,37	5,55
<i>>2000</i>	31,16	3,76
<i>f</i>	2,755	
<i>p value</i>	0,069	

ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΕΙΣΗΓΗΣΕΙΣ

Στις προηγούμενες σελίδες παρουσιάστηκαν συνοπτικά τα σημαντικότερα ευρήματα της έρευνας κατά ερώτηση, τα οποία στη συνέχεια ταξινομήθηκαν σε τρεις κατηγορίες: της ικανοποίησης, προσφοράς φροντίδας και βαθμού συμφωνίας, κατά δημογραφικά στοιχεία. Στο κεφάλαιο αυτό, θα γίνει μια προσπάθεια σύγκρισης των ποσοστών και μεγεθών της ικανοποίησης στην παρούσα έρευνα με τις προαναφερθείσες διεθνείς έρευνες, για εξαγωγή καλύτερων αποτελεσμάτων. Οι Hall και Dornan (1988) τονίζουν ότι είναι δύσκολη η σύγκριση των δεδομένων μιας έρευνας με άλλες, λόγω της χρήσης διαφορετικών εργαλείων.

Το 2008, οι Sánchez Del Río A, και άλλοι., στην έρευνά τους «Ικανοποίηση του ασθενή», με 371 ασθενείς που υποβλήθηκαν σε γαστροσκόπηση, χρησιμοποίησαν ερωτηματολόγια μέσω τηλεφωνικής επικοινωνίας. Τα προβλήματα που εντοπίστηκαν ήταν η λίστα αναμονής και η ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της εξέτασης, σε αντίθεση με την παρούσα έρευνα, όπου ο μέσος όρος ικανοποίησης για τη λίστα αναμονής ήταν 3,69 και η ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της εξέτασης 3,80, που μπορεί να θεωρηθεί ως υψηλός βαθμός ικανοποίησης. Το ίδιο πρόβλημα εντοπίζουν και στην έρευνά τους οι Del Río AS και άλλοι που διεξήχθη το 2007, στην Ισπανία, με θέμα «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε γαστρο-κολonosκόπηση», όπου χρησιμοποιήθηκε το ερωτηματολόγιο mGHAA-9 σε 537 ασθενείς. Τα αποτελέσματα της έρευνας αφορούσαν το χρόνο αναμονής για το ραντεβού και για την ανεπάρκεια της πληροφόρησης σχετικά με τη διαδικασία της γαστρο-κολonosκόπησης.

Το 2010 διεξήχθη έρευνα με θέμα «Το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών που υποβλήθηκαν σε ενδοσκοπική διαδικασία και σχετικούς παράγοντες» από τους Trujillo-Benavides και άλλοι. Χρησιμοποίησαν mGHAA-9 ερωτηματολόγια σε 200 ασθενείς. Το αποτέλεσμα της έρευνας έδειξε ότι οι παράγοντες που επηρέασαν την ικανοποίηση των ασθενών ήταν ο χρόνος αναμονής για το ραντεβού, η ανεπαρκής πληροφόρηση και ο χρόνος αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας. Μερικοί παράγοντες που δεν επηρέασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών ήταν το φύλο - άντρας 58,1%, γυναίκα 62,4% ($p=0,63$), η ηλικία 52 vs. 50 έτη ($p=0,48$), και η νάρκωση 64,7% vs. 60,5% ($p=0,8$). Σε σύγκριση με την παρούσα έρευνα, παρατηρούμε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών επηρεάστηκε από το φύλο, άνδρας: 47,42 Μέσος Όρος Ικανοποίησης, και

γυναίκες: 44,88 με $p=,030$, το μορφωτικό επίπεδο, με $p=0,06$, την επαγγελματική κατάσταση των ατόμων και το μηνιαίο εισόδημα, που απεικονίζονται μ' ένα $p=0,03$ και $0,07$ αντίστοιχα.

Οι Azmi, Chan, Goh διεξήγαγαν το 2010-2011 μια έρευνα ασθενών που επισκέπτονταν τα Εξωτερικά Ιατρεία στο Πανεπιστήμιο του Ιατρικού Κέντρου της Μαλαισίας για να υποβληθούν σε γαστροσκόπηση μεταξύ Ιουλίου 2010 και Ιανουαρίου 2011. Χρησιμοποιήθηκε το mGHAA-9 σε 700 ασθενείς. Τα αποτελέσματα και αυτής της έρευνας έδειξαν ότι ο χρόνος αναμονής και η ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της γαστροσκόπησης ήταν οι κύριες αιτίες για τη «μη ικανοποίηση του ασθενή». Οι Chan και Goh συνέχισαν την έρευνά τους, αλλά αυτήν τη φορά για ασθενείς που υποβάλλονται σε κολonosκόπηση στα Εξωτερικά Ιατρεία του Πανεπιστημίου του Ιατρικού Κέντρου της Μαλαισίας μεταξύ 1^η Φεβρουαρίου και 31^η Ιουλίου 2010. Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε ήταν η συνέντευξη με τη χρήση ερωτηματολογίου mGHAA-9 σε 426 ασθενείς. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η προετοιμασία και ο χρόνος αναμονής ήταν οι κύριοι παράγοντες που προκαλούσαν τη «μη ικανοποίηση των ασθενών».

Οι Rasool και άλλοι του Γαστρεντερολογικού Τμήματος των Γιατρών του Aga Khan Πανεπιστημίου- Νοσοκομείου (Πακιστάν-2010) διεξήγαγαν άλλη έρευνα με θέμα «Η εκτίμηση της ποιότητας και η ικανοποίηση του ασθενή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας της ενδοσκόπησης». Η ικανοποίηση των ασθενών αξιολογήθηκε χρησιμοποιώντας ερωτηματολόγιο mGHAA-9 σε 323 ασθενείς, οι 251 εκ των οποίων υποβλήθηκαν σε γαστροσκοπήσεις και οι 72 σε κολonosκοπήσεις. Η δυσαρέσκεια των ασθενών που υπολογίστηκε στην έρευνα ήταν 3,6% αναφορικά με το χρόνο αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας της ενδοσκόπησης, με το χρόνο αναμονής για το ραντεβού για τη διαδικασία να συμβάλλουν στο 90% της δυσαρέσκειας του ασθενή. Συγκριτικά, στην παρούσα έρευνα, ο μέσος όρος ικανοποίησης των ασθενών αναφορικά με το χρόνο αναμονής για τη διεξαγωγή της διαδικασίας της ενδοσκόπησης ήταν 4,06.

Παρότι οι συγκεκριμένες έρευνες έχουν διεξαχθεί στην Ευρώπη και στην Ασία σε διαφορετική γλώσσα και σε διαφορετικά πολιτισμικά περιβάλλοντα, εντούτοις κάποια από τα αποτελέσματα συμφωνούν. Πάνω σε αυτό, και σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς τους, οι Rasool και άλλοι, (2010) συμπέραναν ότι η ποιότητα των

ενδοσκοπικών διαδικασιών σε Κέντρο Υγείας σε χώρα της Νότιας Ασίας είναι ισότιμη με τα διεθνή πρότυπα, όπως και ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή.

Δεδομένου ότι κάθε σύστημα υγείας είναι διαφορετικό, μπορεί να ποικίλλουν οι πτυχές όπου οι ασθενείς μένουν ανικανοποίητοι. Οι πτυχές αυτές πρέπει να εντοπιστούν, να αναλυθούν και να παρθούν μέτρα για βελτίωσή τους. Όπως διαφάνηκε στη στατιστική ανάλυση της έρευνας, εντοπίστηκαν τρεις βασικοί ανεξάρτητοι παράγοντες: το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη μέρα που οι ασθενείς προσπάθησαν να κλείσουν ραντεβού για ενδοσκόπηση μέχρι την ημερομηνία που ορίστηκε το ραντεβού τους, η ευκολία της τηλεφωνικής επικοινωνίας με το Τμήμα Ενδοσκοπήσεων, και η άνεση που ένιωθαν κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης.

Ο αυξανόμενος αριθμός ασθενών στα προγραμματισμένα ραντεβού για γαστροκολονοσκοπήσεις και οι περιορισμένοι πόροι έχουν οδηγήσει στη δημιουργία των μεγάλων λιστών αναμονής για ραντεβού ενδοσκόπησης, ενώ η παρατεταμένη αναμονή την ημέρα της διαδικασίας μπορεί να είναι το αποτέλεσμα του συνδυασμού διαφόρων παραγόντων. Ως εκ τούτου, η δημιουργία μεγάλων λιστών αναμονής ενδέχεται να μειώσει το κίνητρο των ασθενών να συνεργαστούν και να προετοιμαστούν για την ενδοσκόπηση, αυξάνοντας, παράλληλα, το ενδεχόμενο να απευθυνθούν σε άλλον οργανισμό υγείας για να υποβληθούν στη σχετική εξέταση. Στο σημείο αυτό βλέπουμε ότι απειλείται το κύρος και η οικονομία του οργανισμού.

Η ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της διαδικασίας εντοπίστηκε ως η κύρια αιτία της μη ικανοποίησης των ασθενών σε μερικές έρευνες (Zhang, et al. 2009), παρά το γεγονός ότι γίνεται χρησιμοποίηση προληπτικών μέτρων, προκειμένου να ελαχιστοποιηθεί η ταλαιπωρία κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης, συμπεριλαμβανομένων της τοπικής αναισθησίας του φάρυγγα (με ξυλοκαΐνη) και της ενδοφλέβιας νάρκωσης. Εκτός από τη νάρκωση, και άλλοι παράγοντες, όπως το επίπεδο εμπειρίας του γαστρεντερολόγου, μπορούν να επηρεάσουν το επίπεδο άνεσης του ασθενή κατά τη διάρκεια της διαδικασίας (Seip et al 2008).

Επίσης, η παρούσα έρευνα έδειξε ότι τα αποτελέσματα του βαθμού ικανοποίησης ήταν καλύτερα όσον αφορά το χρόνο που τους δόθηκε για να συνέλθουν από τη διαδικασία της ενδοσκόπησης, τις υπηρεσίες / φροντίδα που τους παρασχέθηκαν για τη βελτίωση

της υγείας τους και το βαθμό σεβασμού που επέδειξε το προσωπικό προς το άτομό τους και τον προσωπικό τους χώρο.

Όσον αφορά τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, όπως το φύλο, το επάγγελμα, την ηλικία, το εισόδημα και την εκπαίδευση, φαίνεται ότι επηρέασαν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Ο Straser (Ραφτόπουλος, 2002) συμπληρώνει ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων, όντως επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης από την προσφερόμενη φροντίδα υγείας και ότι υπάρχει μεγάλη συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής του ιατρού και των υπηρεσιών υγείας. Άρα, εάν η επιλογή των υπηρεσιών υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά θα σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής.

Προηγούμενες μελέτες έχουν δείξει ότι η μέθοδος συλλογής πληροφοριών σε μία έρευνα μπορεί να επηρεάσουν τις απαντήσεις των ερωτωμένων. Η μέθοδος τηλεφωνικής επικοινωνίας συνδέεται με περισσότερο ευνοϊκές απαντήσεις έναντι της μεθόδου με ταχυδρομική αποστολή (Burroughs et al, 2001), αν και μερικές άλλες μελέτες δεν βρήκαν οποιαδήποτε διαφορά μεταξύ των δύο μεθόδων.

Εν κατακλείδι, τα ερωτηματολόγια με θέμα την ικανοποίηση ή την ποιότητα με κύριο άξονα τον ασθενή επιτρέπουν ανίχνευση της δυσαρέσκειας του ασθενή. Τα κύρια προβλήματα που έχουν εντοπιστεί μέχρι τώρα είναι το χρονικό διάστημα που μεσολαβεί από τη μέρα που οι ασθενείς κλείνουν ραντεβού για ενδοσκόπηση μέχρι την ημερομηνία που ορίστηκε το ραντεβού τους, η ευκολία της τηλεφωνικής σύνδεσής τους με το Τμήμα Ενδοσκοπήσεων και ο βαθμός άνεσης που νιώθουν κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης. Μέτρο για να μειωθεί το πρόβλημα με το χρόνο αναμονής για το ραντεβού των γαστρο-κολοноσκοπήσεων και το χρόνο αναμονής για τη διεξαγωγή των διαδικασιών αυτών είναι η μείωση του χρόνου σε λιγότερο από ένα μήνα και μία ώρα αντίστοιχα.

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης του ασθενή και ο εντοπισμός των τομέων της δυσαρέσκειας και της μη ικανοποίησής τους είναι μια σημαντική πτυχή των υπηρεσιών υγείας για λήψη μέτρων βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Αυτή η διαδικασία έχει διαπιστωθεί ότι είναι χρήσιμη στη βελτίωση των προτύπων των τμημάτων ενδοσκόπησης, συμπεριλαμβανομένης της απόδοσης των

γαστρεντερολόγων και ενδεχομένως και της φήμης των τμημάτων αυτών (Larsen et al 2002). Επίσης, θεωρείται σημαντικό ότι η ικανοποίηση του ασθενή έχει σοβαρές επιπτώσεις στην αντίληψη του πληθυσμού, ευρέως, ως προς τις ενδοσκοπικές υπηρεσίες, η οποία μπορεί να ασκήσει σημαντική επίδραση ως προς την προθυμία του ασθενή να υποβληθεί σε ενδοσκοπικές διαδικασίες.

Ως εκ τούτου, η άμεση εφαρμογή του Γενικού Συστήματος Υγείας της Κύπρου είναι απαραίτητη, αφού είναι ένα σύγχρονο, ολοκληρωμένο και οικονομικά βιώσιμο σύστημα υγείας, με τη λειτουργία του οποίου θα διασφαλιστεί η ικανοποίηση των ασθενών. Σκοπός του ΓΕΣΥ είναι η διασφάλιση των αρχών της ισότιμης μεταχείρισης και της κατοχύρωσης του δικαιώματος της πρόσβασης όλων των ασθενών σε υψηλού επιπέδου υπηρεσίες φροντίδας υγείας.

Βιβλιογραφία

Ελληνική:

1. Αλετράς Β.Ο, Μπασιούρη Φ.Ν, Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ.Μ. Νιάκας Δ.Α(2009) «*Ανάπτυξη του Ελληνικού Ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων*» ΑΡΧΕΙΑ ΕΛΛΗΝΙΚΗΣ ΙΑΤΡΙΚΗΣ 26(1):79-89.
2. Αρχείο Καρκίνου, Υπουργείο Υγείας Κύπρου (2012).
3. Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία (1990) «*Διαγνωστικές και Θεραπευτικές Τεχνικές Ενδοσκοπήσεις*» Ενδοσκοπικό Τμήμα, Εκδόσεις: Σηπλιάδης- Αξιώτης, Αθήνα.
4. Θεοδώρου Μ., Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου (2009α) «*Ικανοποίηση Εσωτερικών Ασθενών στα Δημόσια Νοσοκομεία της Κύπρου. Παρουσίαση και σχολιασμός Ευρημάτων*». Αρχεία Υπουργείου Υγείας Λευκωσία.
5. Θεοδώρου Μ., Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου (2009β) «*Επαγγελματική Ικανοποίηση ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Έκθεση αποτελεσμάτων*». Αρχεία Υπουργείου Υγείας Λευκωσία.
6. Θεοδώρου Μ., Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου (2009β) «*«Ικανοποίηση Ασθενών από τις υπηρεσίες εξωτερικών ιατρείων των δημόσιων νοσοκομείων της Κύπρου. Έκθεση αποτελεσμάτων*». Αρχεία Υπουργείου Υγείας Λευκωσία.
7. Κρητικός Α. (2005) «*Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. Μία Θεωρητική Προσέγγιση*», Μεταπτυχιακή Εργασία, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Οικονομική Θεωρία και Πολιτική, Ιωάννινα.
8. Κωνσταντίνου Αιγ. (2011), «*Αποστολή Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας*», Εκτελεστικός Διευθυντής Νέου Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας.
9. Κωσταγιόλας, Κατελίδου, Χατζοπούλου, (2008) «*Βελτιώνοντας την Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*» Παπασωτηρίου Εκδόσεις, Αθήνα.
10. Λαδάς Σ, (2007) «*Γαστρεντερολογία, Διαφορική Διάγνωση*» Β' Έκδοση, Ιατρικές Εκδόσεις Λίτσας, Αθήνα.
11. Μερκούρης (2009) «*Μεθοδολογία Νοσηλευτικής Διοίκησης*» Εκδόσεις Έλλην, Αθήνα.
12. Ραφτόπουλος Β., (2002) «*Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας*», Διδακτορική

Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

13. Σαχίνη- Καρδάση, Α (1997) «*Μεθοδολογία της Έρευνας. Εφαρμογές στο χώρο της Υγείας*» Έκδοση Γ', Εκδόσεις ΒΗΤΑ, Αθήνα.
14. Οικονομοπούλου Χριστίνα (2002) «*Εκπαιδευτικές σημειώσεις, Ποιότητα*».
15. Τούντας Γ., «*Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας*», Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής (2003), 20(5):532-546.

Ξένη:

16. Abdellah F. G. & Levine E. (1957), “*Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. Nursing Research*”, 5(3):100-108.
17. Aletras V., Papadopoulos E., Niakas D., (2006) “*Development and preliminary validation of Greek-language outpatient satisfaction questionnaire with principal components and multi-trait analyses*”. BMC Health Services Research, 6:66.
18. Allen John I. (2010), “*Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America- Colonoscopy Quality*, Volume 20, Number 4, Εκδόσεις Saunders Company, USA.
19. Assaf A.F. Al, Schmele J. A. (1997) “*Total Quality in Healthcare*” CRC Press LLC, USA.
20. Assaf A.F. Al (1998), “*Managed Care Quality- A practical Guide*” CRC Press LLC, USA.
21. Assaf A.F. Al (2001) “*Health Care Quality-An International Perspective*”, World Health Organization, New Delhi.
22. Assaf A.F. Al (2004) “*Quality Improvement in primary health care- A practical guide*”, World Health Organization, Cairo.
23. Azmi N, Chan WK, Goh KL (2012) «*Evaluation of patient satisfaction of an outpatient gastroscopy service in an Asian tertiary care hospital*», PubMed 28; 12:96.
24. Bowling A. (2002) “*Research Methods in Health, Investigating health and health services*”. Open Press University.

25. Brink J P., (1986) *“Editorial: the patient’s perspective”*. Western Journal of Nursing Research, (2):133-134.
26. Chan WK, Goh KL (2012) *«Evaluation of patient satisfaction of an outpatient colonoscopy service in an Asian tertiary care hospital»*; PubMed, 2012:561893.
27. Committee on Quality of Health care in American (2000), *“Crossing the Quality Chasm”* National Academy Press, Washington, D.C.
28. Donabedian, A.K. (1980) *“Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment”*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press.
29. Donabedian A. (1981) *“Criteria, Norms and Standards of Quality: What do they mean?”* American Journal of Public Health, 71(4), pp 409-412
30. Donabedian A. (1986) *“The quality of Care. How to be assessed?”* Journal of American Medical Association, 260(12):174348.
31. Drian M., & Clark A.P. (2004), *“Measuring Experience from the patients’ perspective: implication of national initiatives”*, JHQ online, 26(4), pp. W4-6W4-16.
32. Eurostat (2008), Statistical Book, Europe in figures, Eurostat yearbook 2008. Available http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-07-001/EN/KS-CD-07-001-EN.PDF
33. Fitzpatrick, R (1991) *«Survey of Patient Satisfaction: I – Important General Consideration»*. BMJ, 302:887-9.
34. Gnardellis, C. Niakas, D. (2005), *‘Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on Greek National Health System’* International Journal of Healthcare Technology and Management, 6 (3).
35. Hall, J.A., Dornan, M.C. (1990) *“Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care”*. *Social Science and Medicine*. Vol 6, pp811-818.
36. Hendrinks, J A. A, Oort, J F, Vrieling, R. M, Smets, A.M.E., (2002) *«Reliability and Validity of the Satisfaction with Hospital Care Questionnaire»* International Journal of Quality Care, 14(6),pp.471-482.

37. Jaccard J. And Wan C.K (1996) “*Approaches to Interaction Effects in Multiple Regression (Quantitative Applications in the Social Sciences)*” Goodwill Books, Hillsboro, USA.
38. John I, Allen (2010), “*Gastrointestinal Endoscopy Clinics of North America-Colonoscopy Quality*” Volume 20, Number 4, Εκδόσεις Saunders Company, USA.
39. Johansson P, Oleni M. & Fridlund (2002) «*Patient Satisfaction with nursing care in the context of health care: literature study*» Scand J Caring Sci, 16(4), 337-344.
40. Ko HH, Zhang H, Telford JJ. Et al, «*Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedure*» Gastrointestinal Endosc. 2009; 69:883–891. doi: 10.1016/j.gie.2008.06.024. Quiz 91 e1. PubMed.
41. Larsen IK, Grotmol T, Bretthauer M. et al. (2002)“*Continuous evaluation of patient satisfaction in endoscopy centers*”, Scandinavian Journal Gastroenterology, PubMed, vol. 37, no. 7, pp850–855.
42. Lightdale Charles J (2000), “*Gastrointestinal Endoscopy-Clinics of North American*” Volume 10, Number 1, Εκδόσεις Saunders Company, USA.
43. Lin OS, Schembre DB, Ayub K. et al. *Patient satisfaction scores for endoscopic procedures: impact of a survey-collection method.* Gastrointest Endosc. 2007; 65:775–781. doi: 10.1016/j.gie.2006.11.032. [\[PubMed\]](#)
44. Mapi Research Institute (2002), Linguistic Validation of the CRQ Questionnaire, Mapi *Research Institute*, rue de la Villette, Lyon, France.
45. Medical Outcomes Trust (1997), Trust Introduces New Translation Criteria. Medical Outcomes Trust Bulletin, 5 (4), pp.1-4.
46. Merkouris A, Ifantopoulos J, Lemonidou C, (1999a) “*Patient Satisfaction: A key concept for evaluating and improvement nursing services*” Journal of Nursing Management, 7:19-29.
47. Meterko M, Rubin H.R, (1990) “*Patient Judgement of Hospital Quality: Report of a pilot study*” Medical Care.
48. O’connor Sj, Shewchuk RM, Carney LW. (1994) “*The great gap. Physicians’ perceptions of patient service quality expectations fall short of reality*”, Health Care Mark, 14:32–39.

49. Powell, L (2001) *'Patient Satisfaction Surveys for a critical Access Hospitals'* An initiative of National Rural Health Resource Center with partial funding from the federal office Rural Health Policy , Health Resource and Health Administration.
50. Roomi M.W, Ivanov V, Kalinovsky T, Niedzwiecki A, Rath M, «*Oncology Reports*» 2005, 12(3): 421-425.
51. Sánchez Del Río A, Campo R, Llach J, Pons V, Mreish G, Panadés A, Parra-Blanco A. (2008) «*Patient satisfaction in gastrointestinal endoscopy: results of a multicenter study*». PubMed, 31 (9):566-71.
52. Sánchez Del Río A, Campo R, Llach J., Pons V., Mreish G, Panadés A., Parra-Blanco A., (2007), «*Evaluation of patient satisfaction in gastrointestinal endoscopy*», PubMed, 19(10):896-900.
53. Seip B, Huppertz-Hauss G, Sauar J. et al (2008), «*Patients' satisfaction: an important factor in quality control of gastroscopies*» Scand J Gastroenterol.; 43:1004–1011. doi: 10.1080/00365520801958592.
54. Sitzia J, Wood N (1997) “*Response rate in patient satisfaction research: an analysis of 210 published studies*”. International Journal of Quality in Health Care, 10, pp.311-317.
55. Suchman E.A (1965) “*Social patterns of illness and medical care*” Journal of Health Human Behaviour, 106:2-16.
56. Vuori H, (1982), “*Quality Assurance of Health Services*” WHO, Regional Office for Europe.
57. Ware E, Snyder K, Wright R, Davies R, (1983) “*Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Planning*, 6:247-263.
58. Williams B, (1994) “*Patient Satisfaction: a valid concept?*” Social Science and Medicine, 38: 509-516.
59. Zhang H, Ko H, Telford J, Enns R. (2009) “*Factors influencing patient satisfaction when undergoing endoscopic procedures*”, *Gastrointestinal Endoscopy*, ScienceDirect.com. Volume 69, Issue 4, Απρίλιος 2009, 883-891.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 1

ΕΝΤΥΠΟ ΣΥΓΚΑΤΑΘΕΣΗΣ για συμμετοχή σε πρόγραμμα έρευνας

Καλείστε να συμμετάσχετε σ' ένα ερευνητικό πρόγραμμα. Πιο κάτω θα σας δοθούν εξηγήσεις σε απλή γλώσσα σχετικά με το τι θα ζητηθεί από εσάς και, εάν συμφωνήσετε, να συμμετάσχετε στο πρόγραμμα.

Θα σας εξηγηθεί με κάθε λεπτομέρεια τι θα ζητηθεί από εσάς και ποιος ή ποιοι θα έχουν πρόσβαση στις πληροφορίες που εθελοντικά θα δώσετε για το πρόγραμμα. Θα σας εξηγηθεί τι ελπίζουμε να μάθουμε από το πρόγραμμα, ως αποτέλεσμα και της δικής σας συμμετοχής. Επίσης, θα σας δοθεί μία εκτίμηση για το όφελος που μπορεί να υπάρξει για τους ερευνητές αυτού του προγράμματος.

Δεν πρέπει να συμμετάσχετε, εάν δεν επιθυμείτε ή εάν έχετε οποιουσδήποτε ενδοιασμούς που αφορούν τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα. Εάν αποφασίσετε να συμμετάσχετε, πρέπει να αναφέρετε εάν είχατε συμμετάσχει σε οποιοδήποτε άλλο πρόγραμμα έρευνας μέσα στους τελευταίους 12 μήνες. Εάν αποφασίσετε να μη συμμετάσχετε και είστε ασθενής, η θεραπεία σας δεν θα επηρεαστεί από την απόφασή σας. Είστε ελεύθεροι να αποσύρετε οποιαδήποτε στιγμή εσείς επιθυμείτε τη συγκατάθεση για τη συμμετοχή σας στο πρόγραμμα.

Εάν είστε ασθενής, η απόφασή σας να αποσύρετε τη συγκατάθεσή σας, δεν θα έχει οποιεσδήποτε επιπτώσεις στη θεραπεία σας. Έχετε το δικαίωμα να υποβάλετε τυχόν παράπονα ή καταγγελίες, που αφορούν το πρόγραμμα στο οποίο συμμετέχετε, προς την Επιτροπή Βιοηθικής που ενέκρινε το πρόγραμμα ή ακόμη και στην Εθνική Επιτροπή Βιοηθικής Κύπρου.

Σύντομος Τίτλος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε
Υπεύθυνος του Προγράμματος στο οποίο καλείστε να συμμετάσχετε

Επίθετο:	Όνομα:
Υπογραφή:		Ημερομηνία:	

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 2

Example Practice | Address 1 | Address 2 | City, State ZIP | Telephone | Fax

Patient Satisfaction Survey: Endoscopy¹

We want to be sure we are doing everything we can to serve you. Please take a minute to fill out this confidential survey. Just let us know what we are doing well and what we can do better!

Thank you.

Your physician/provider:

I saw:

- 1. Please indicate your level of satisfaction with the following items related to your appointment at the endoscopy unit. Use a scale of 1 to 5, with 5 being Very Satisfied and 1 being Not at all Satisfied. If an item is not related to your care, choose N/A.**

	Not at all Satisfied (1)	(2)	Neutral (3)	(4)	Very Satisfied (5)	N/A
Getting through to the endoscopy unit by phone.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The time between your call to schedule an appointment and your appointment date.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The manners of the person(s) who scheduled your appointment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Clarity of directions to the endoscopy unit and the time of your appointment.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The information provided to you about how to prepare for your procedure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The professionalism and helpfulness of your reception.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The ease of the registration and check-in process.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Your wait time in the endoscopy unit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The comfort, cleanliness and amenities of the reception area.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The extent to which staff respected your privacy.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

- 2. Please rate the following items related to the delivery of your care. Use a scale of 1 to 5, with 5 being Excellent and 1 being Poor. If an item is not related to your care, choose N/A.**

	Poor (1)	(2)	(3)	(4)	Excellent (5)	N/A
The nurse's listening skills.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The physician's explanation of the procedure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The physician's personal manner (courtesy, respect, sensitivity, friendliness).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The nursing staff's personal manner (courtesy, respect, sensitivity, friendliness).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technical skills (thoroughness, carefulness, competence) of the physician/practitioner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Technical skills (thoroughness, carefulness, competence) of the nursing staff.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The discharge instructions that were provided to you.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Example Practice | Address 1 | Address 2 | City, State ZIP | Telephone | Fax

¹ Adapted from Clinic and Endoscopy Patient Care Experience Questions 2005, Minnesota Gastroenterology, P.A.

3. Please indicate your level of comfort during and following the procedure. Use a scale of 1 to 5, with 5 being Very Comfortable Agree and 1 being Not at all Comfortable. If an item is not related to your care choose N/A.

	Not at all Comfortable (1)	(2)	Neutral (3)	(4)	Very Comfortable (5)	N/A
Comfort level during the procedure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comfort level the 24 hours following the procedure.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

4. a. Did you have difficulty during your preparation for the procedure? Yes No
- b. If yes, did you have a contact person or a way to contact someone regarding that difficulty? Yes No

5. Please indicate the extent to which you agree or disagree with each of the following statements. Use a scale of 1 to 5, with 5 being Strongly Agree and 1 being Strongly Disagree. If an item is not related to your care choose N/A.

	Strongly Disagree (1)	Somewhat Disagree (2)	Neutral (3)	Somewhat Agree (4)	Strongly Agree (5)	N/A
My physician/provider spent adequate time with me.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The service/care provided was valuable to improving my health.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
The time that was given to me in the endoscopy unit to recover from the procedure was adequate.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I received my results in a timely manner.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
My results were explained to me and I understood them.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I would return to see this physician for further care.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
I would recommend this endoscopy unit to family and friends.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. a. Did any specific staff member stand out? Yes No
- b. If yes, who and why?

7. a. Did any specific staff member stand out? Yes No
- b. If yes, please explain.

Example Practice | Address 1 | Address 2 | City, State ZIP | Telephone | Fax

Copyright © 2007 by the AGA Institute

8. Please tell us what you like best about the care you received.

9. Please tell us what you like least about the care you received.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 3

To: (["<nantiak@cytanet.com.cy>"](mailto:nantiak@cytanet.com.cy)) **Date:** Thu, 19 Jan 2012 16:24:45 +0200
Subject: FW: permission! **Status:** normal
CC: **From:** (["\AGAI" <Member@gastro.org>"](mailto:AGA@Member@gastro.org))
Reply-to: (["\AGAI" <Member@gastro.org>"](mailto:AGA@Member@gastro.org))

Dear Ms. Katsouri

Your permission has been granted and it is ok to use AGA patient satisfactions surveys.

Sincerely,

Jacqueline

AGA

Member Services

American Gastroenterological Association

4930 Del Ray Ave.

Bethesda, MD 20814

301-654-2055 phone

301-272-1774 fax

[\('Member@gastro.org'\)](mailto:Member@gastro.org)

<https://webmail.cytanet.com.cy/cgi-bin/webmail.cgi?cmd=url&xdata=~2-e643300782a2e12d4210cc2bb878a1bbf48da0f59cd2e3d096c4e700&url=http!3A!2F!2Fww.gastro.org>



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΕΘΝΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΒΙΟΗΘΙΚΗΣ ΚΥΠΡΟΥ

Αρ. Φακ.: ΕΕΒΚ ΕΠ 2012.01.11

Αρ. Τηλ.: 22809038/039

Αρ. Φαξ: 22353878

27 Μαρτίου 2012

Κυρία Κωνσταντία Κατσουρή
Κορνηλίου 5
Πολυκ. Ραφαέλα, Διαμ. 202
2028 Δασούπολη
Λευκωσία

Αξιότιμη κυρία Κατσουρή,

**Θέμα: «Δικανοποίηση του ασθενή στο Ενδοσκοπικό Τμήμα
του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας»**

Αναφέρομαι στην επιστολή σας ημερομηνίας 26 Μαρτίου 2012 για το πιο πάνω θέμα και επιθυμώ να σας πληροφορήσω τα ακόλουθα:

2. Από την μελέτη του περιεχομένου των εγγράφων που έχετε καταθέσει (καλυπτική επιστολή, έντυπο συγκατάθεσης, επιστολή ενημέρωσης και ερωτηματολόγιο στην ελληνική γλώσσα) που αφορούν την πιο πάνω έρευνα, έχω την γνώμη ότι η εν λόγω έρευνα σας δεν εμπίπτει στη σφαίρα αρμοδιοτήτων της Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου για βιοηθική αξιολόγηση.

3. Σας ευχόμαστε κάθε επιτυχία στη διεξαγωγή της έρευνας σας.

Με εκτίμηση

Δρ. Μιχάλης Βωνιάτης
Πρόεδρος
Εθνικής Επιτροπής Βιοηθικής Κύπρου



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ
1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Αρ. Φακ.: Υ.Υ. 5.34.01.7.6Ε
Αρ. Τηλ.: 22 605620
Αρ. Τηλεομ.: 22 605760
Ηλ. Διεύθυνση: xashikales@phs.moh.gov.cy

Λευκωσία, 27 Απριλίου 2012

Αρ. Πρωτοκόλλου: 0024/2012

κ. Κ. Κατσουρή
Κορνηλίου 5,
Πολ. Ραφαέλλα
Διαμ. 202
Δασούπολη
2028 Λευκωσία

Θέμα: Αίτημα για την Παραχώρηση Άδειας Διεξαγωγής Έρευνας

Έχω οδηγίες να αναφερθώ στο αίτημά σας για παραχώρηση άδειας διεξαγωγής της έρευνας με τίτλο "Η Εκτίμηση του Βαθμού Ικανοποίησης των Ασθενών που υποβάλλονται σε Ενδοσκόπηση στο Ενδοσκοπικό Τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Λευκωσίας" που υποβλήθηκε στη γραμματεία της Επιτροπής στις 23 Απριλίου, 2012 και να σας πληροφορήσω ότι η Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών του Υπουργείου Υγείας έχει εγκρίνει το αίτημά σας.

Επισημαίνεται ότι θα πρέπει να προβείτε σε ενημέρωση των προϊσταμένων των Τμημάτων/ Υπηρεσιών για τη διεξαγωγή της σχετικής έρευνας. Νοείται ότι σε καμία περίπτωση θα πρέπει να διαταράσσεται η ομαλή λειτουργία των Τμημάτων όπου θα διεξαχθεί η έρευνα.

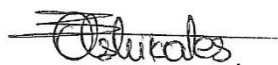
Παράκληση όπως σε κατοπινό στάδιο υποβάλετε ενδιάμεση Έκθεση συμπληρώνοντας κατάλληλα το επισυνημμένο έντυπο "Παρακολούθηση Έρευνας από την Επιστημονική Επιτροπή Προώθησης Ερευνών" στο οποίο να αναφέρεται η εξέλιξη και το στάδιο στο οποίο βρίσκεται η εργασία σας.

ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ, 1448 ΛΕΥΚΩΣΙΑ, Τηλ. 22 605300, <http://www.moh.gov.cy>



Επιπλέον, με την ολοκλήρωση της έρευνάς σας, θα πρέπει να παραδώσετε στη γραμματεία της Επιτροπής τα ακόλουθα:

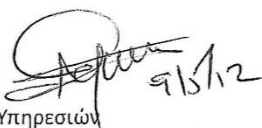
- Αντίγραφα ολοκληρωμένης έρευνας σε ηλεκτρονική και έντυπη μορφή
- Γραπτή συγκατάθεσή σας για τη διαχείριση των αποτελεσμάτων της έρευνας από το Υπουργείο Υγείας
- Περίληψη της έρευνας σε συγκεκριμένη μορφή, καθώς και τα στοιχεία επικοινωνίας σας, τα οποία θα αναρτηθούν στην ιστοσελίδα του Υπουργείου Υγείας



Με εκτίμηση,

(Ε. Ασιήκαλη)
Για Γενικό Διευθυντή
Υπουργείου Υγείας

Κοιν.: Διευθυντή
Νοσηλευτικών Υπηρεσιών





ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ 6



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ



ΓΡΑΦΕΙΟ ΕΠΙΤΡΟΠΟΥ ΠΡΟΣΤΑΣΙΑΣ
ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ
ΧΑΡΑΚΤΗΡΑ

Αρ. Φακ.: 3.28.41
Αρ. Τηλ. : 22818303

6 Απριλίου 2012

Κυρία Κωνσταντία Κατσουρή
Κορνηλίου 5
Πολυκ. Ραφαέλα, Διαμ. 202
2028 Δασούπολη
Λευκωσία

Γνωστοποίηση σύστασης και λειτουργίας Αρχείου μεταπτυχιακής μελέτης της φοιτήτριας κυρίας Κωνσταντίας Κατσουρή στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου με θέμα «Αξιολόγηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε ενδοσκοπηση στο τμήμα ενδοσκοπήσεων στο Γενικό Νοσοκομείο Λευκωσίας»

Αναφέρομαι στη Γνωστοποίηση που υποβάλατε στο Γραφείο Επιτρόπου Προστασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα με ημερομηνία 4.4.2012, που αφορά το πιο πάνω Αρχείο και σας πληροφορώ ότι φαίνεται να είναι σύμφωνη με τις διατάξεις του περί Επεξεργασίας Δεδομένων Προσωπικού Χαρακτήρα (Προστασία του Ατόμου) Νόμου του 2001 (Ν. 138(I)/2001 όπως τροποποιήθηκε με το Ν. 37(I)/2003, στο εξής «ο Νόμος»), και, ως εκ τούτου, έχει καταχωριστεί στο Μητρώο Αρχείων και Επεξεργασιών που τηρεί ο Επίτροπος δυνάμει των διατάξεων των άρθρων 7(4) και 24(1)(α) του Νόμου. Το πιο πάνω Μητρώο είναι προσβάσιμο στο κοινό, σύμφωνα με το άρθρο 24(2) του Νόμου.

(Μάριος Παπαχριστοδούλου)
για Επίτροπο Προστασίας Δεδομένων
Προσωπικού Χαρακτήρα

ΜΠαπ



Αποτύπωση και μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από τη Μονάδα Ενδοσκοπήσεων

Η μελέτη αυτή διεξάγεται στο πλαίσιο του μεταπτυχιακού προγράμματος του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» και έχει σκοπό να καταγράψει τις απόψεις σας γύρω από:

- (1) Τη διαδικασία του ραντεβού σας στο Τμήμα Ενδοσκόπησης,
- (2) την προσφορά φροντίδας υγείας από τους λειτουργούς υγείας, δηλαδή το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, και, τέλος,
- (3) το βαθμό άνεσης που νιώσατε κατά τη διάρκεια της διαδικασίας και μετά το τέλος της διαδικασίας της ενδοσκόπησης.

Οι απόψεις σας γύρω από τα πιο πάνω θέματα είναι σημαντικές για τη μελλοντική ποιοτική βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών φροντίδας υγείας στο Τμήμα Ενδοσκόπησης. Αφού διαβάσετε προσεκτικά όλες τις δηλώσεις που σχετίζονται με το κάθε ένα από τα πιο πάνω θέματα, παρακαλώ όπως αξιολογήσετε προσεκτικά την κάθε δήλωση και να τοποθετήσετε ένα Χ ή √ στο βαθμό ικανοποίησης που σας εκφράζει. Το ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει, εκτός από τις δηλώσεις που πρέπει να αξιολογήσετε, και κάποιες ερωτήσεις που θα πρέπει να απαντήσετε με δικά σας λόγια.

Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και οι απαντήσεις σας θα είναι απόλυτα εμπιστευτικές. Οι απαντήσεις που θα δώσετε δεν θα γνωστοποιηθούν στο ιατρικό προσωπικό που σας παρακολουθεί και δεν θα επηρεάσουν την ποιότητα της περίθαλψης που λαμβάνετε.

Δεν υπάρχουν σωστές ή λάθος απαντήσεις. Αυτό που ζητάμε από εσάς είναι την προσωπική σας άποψη. Μη σκέφτεστε πολύ για κάθε πρόταση. Απαντήστε αυθόρμητα. Είναι εξαιρετικά σημαντικό να απαντήσετε σε όλες τις ερωτήσεις.

Για οποιοδήποτε διευκρινίσεις σάς παρακαλούμε να επικοινωνήσετε με τη συντονίστρια της μελέτης, κ. Νάντια Κατσουρή, στο τηλέφωνο, 99593751.

Μέρος Α'

Παρακαλώ σημειώστε σε κάθε μίαν από τις πιο κάτω δηλώσεις πόσο ικανοποιημένος είστε: (Σημειώστε ένα X ή ένα √ στο τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει, δίπλα από την κάθε δήλωση)	Πολύ Δυσανεστημένος (1)	Δυσανεστημένος (2)	Ούτε Δυσανεστημένος Ούτε Ικανοποιημένος (3)	Ικανοποιημένος (4)	Πολύ Ικανοποιημένος (5)
1. Με την ευκολία της τηλεφωνικής σύνδεσής σας με τη Μονάδα Ενδοσκοπήσεων.					
2. Με το χρονικό διάστημα που μεσολάβησε από τη μέρα που προσπαθήσατε να κλείσετε ραντεβού για ενδοσκόπηση μέχρι την ημερομηνία που ορίστηκε το ραντεβού.					
3. Με τον τρόπο συμπεριφοράς του ατόμου που προγραμμάτισε το ραντεβού σας.					
4. Με τη σαφήνεια των κατευθυντήριων οδηγιών για την εύκολη πρόσβασή σας στο τμήμα και την ώρα προσέλευσης στο ραντεβού σας.					
5. Με τις πληροφορίες που σας δόθηκαν σχετικά με την προετοιμασία σας γύρω από τη διαδικασία προετοιμασίας για την ενδοσκόπηση.					
6. Με την άνεση στο χώρο υποδοχής.					
7. Με την καθαριότητα στο χώρο υποδοχής.					
8. Με την επαγγελματικότητα και την ευγένεια του προσωπικού κατά την προσέλευσή σας στο τμήμα ενδοσκοπήσεων.					
9. Με την ευκολία της διαδικασίας εγγραφής στο τμήμα ενδοσκοπήσεων.					
10. Με το χρόνο αναμονής στο τμήμα ενδοσκοπήσεων μέχρι την έναρξη της διαδικασίας της ενδοσκόπησής σας.					
11. Με το βαθμό σεβασμού που επέδειξε το προσωπικό προς το άτομό σας και τον προσωπικό σας χώρο.					

Μέρος Β'

Παρακαλώ δώστε την άποψή σας για τις πιο κάτω δηλώσεις που σχετίζονται με την προσφορά φροντίδας προς εσάς. (Σημειώστε ένα X ή ένα √ στο τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει, δίπλα από την κάθε δήλωση.	Φτωχή (1)	Κάπως καλή (2)	Καλή (3)	Πολύ καλή (4)	Εξαιρετική (5)
12. Την ικανότητα του νοσηλευτικού προσωπικού να ακούει προσεκτικά αυτά που λέγατε (καλός ακροατής).					
13. Τις εξηγήσεις που σας δόθηκαν από τον ιατρό για τη διαδικασία της ενδοσκόπησης.					
14. Τη συμπεριφορά του γιατρού (ευγένεια, σεβασμός, ευαισθησία και φιλικότητα).					
15. Τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού (ευγένεια, σεβασμός, ευαισθησία και φιλικότητα).					
16. Τις τεχνικές δεξιότητες του γιατρού (επιμέλεια, ακρίβεια, προσεκτικότητα, ικανότητα).					
17. Τις τεχνικές δεξιότητες του νοσηλευτικού προσωπικού (επιμέλεια, ακρίβεια, προσεκτικότητα, ικανότητα).					
18. Τις οδηγίες που σας δόθηκαν σχετικά με το εξιτήριο σας, μετά την εξέταση.					

Μέρος Γ'

Παρακαλώ υποδείξτε πόσο άνετα νιώθατε κατά τη διάρκεια και μετά την ενδοσκόπηση. Σημειώστε ένα X ή ένα √ στο τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει, δίπλα από την κάθε δήλωση.	Καθόλου άνετα (1)	Κάπως άνετα (2)	Ουδέτερο (3)	Άνετα (4)	Πολύ άνετα (5)
19. Κατά τη διάρκεια της ενδοσκόπησης					
20. Μετά την ενδοσκόπηση.					

Μέρος Δ'

21. α) Είχατε καμιά δυσκολία κατά τη διάρκεια της προετοιμασία σας για την εξέταση; Ναι Όχι

β) Εάν απαντήσατε ΝΑΙ στην πιο πάνω ερώτηση, σας είχε ανατεθεί κάποιο συγκεκριμένο άτομο ή είχατε τρόπο να επικοινωνήσετε με κάποιο άτομο, για να του μιλήσετε γι' αυτήν τη δυσκολία; Ναι Όχι

.....

.....

.....

.....

.....

Μέρος Ε'

Παρακαλώ υποδείξτε το βαθμό συμφωνίας ή διαφωνίας σας με κάθε μια από τις ακόλουθες δηλώσεις. Σημειώστε ένα X ή ένα √ στο τετραγωνάκι που σας αντιπροσωπεύει, δίπλα από την κάθε δήλωση.	Διαφωνώ απόλυτα (1)	Διαφωνώ κάπως (2)	Ουδέτερο (3)	Συμφωνώ κάπως (4)	Συμφωνώ απόλυτα (5)
22. Ο γιατρός διέθεσε αρκετό χρόνο για μένα.					
23. Οι υπηρεσίες / φροντίδα που μου παρασχέθηκαν ήταν σημαντικές για τη βελτίωση της υγείας μου.					
24. Ο χρόνος που μου δόθηκε για να συνέλθω από τη διαδικασία της ενδοσκόπησης ήταν επαρκής.					
25. Πληροφορήθηκα για τα αποτελέσματά μου σύντομα.					
26. Οι εξηγήσεις που μου δόθηκαν σχετικά με τα αποτελέσματα της εξέτασης ήταν ικανοποιητικές και τις κατανόησα πλήρως.					
27. Θα ξαναπήγαινα να δω το συγκεκριμένο γιατρό για περαιτέρω φροντίδα.					
28. Θα συνιστούσα το συγκεκριμένο ενδοσκοπικό τμήμα σε συγγενείς και φίλους.					

Μέρος Ζ'

28. α) Υπήρξε κάποιο μέλος του προσωπικού που ξεχώρισε;

Ναι Όχι

β) Εάν ΝΑΙ, ποιος ήταν και γιατί ξεχώρισε;

.....
.....

29. Παρακαλούμε αναφέρετε τι σας έκανε καλύτερη εντύπωση από τη φροντίδα που λάβατε;

.....
.....

30. Παρακαλούμε αναφέρετε τι σας έκανε τη χειρότερη εντύπωση από τη φροντίδα που λάβατε;

.....
.....

Ευχαριστούμε για τη συνεργασία