



**ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ  
ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

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

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

### **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Διερεύνηση και σύγκριση των απόψεων του υγειονομικού προσωπικού και των ασθενών σχετικά με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αττικής**

### **ΟΝΟΜΑΤΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ**

**Ιουλία Ανδρικοπούλου  
Ειρήνη – Μαργαρίτα Τουμπέκη**

### **ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

**Δρ. Όλγα Σίσκου**

**Αθήνα, Δεκέμβριος 2011**

## **ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

### **ΤΙΤΛΟΣ ΔΙΑΤΡΙΒΗΣ**

**Διερεύνηση και σύγκριση των απόψεων του  
υγειονομικού προσωπικού και των ασθενών σχετικά  
με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε  
δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αττικής**

**ΟΝΟΜΑΤΑ ΦΟΙΤΗΤΡΙΩΝ**

Ιουλία Ανδρικοπούλου

Ειρήνη – Μαργαρίτα Τουμπέκη

**ΕΠΙΒΛΕΠΟΥΣΑ ΚΑΘΗΓΗΤΡΙΑ**

Δρ. Όλγα Σίσκου

Αθήνα, Δεκέμβριος, 2011

## ΠΙΝΑΚΑΣ ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΩΝ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ .....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ .....	6
ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ .....	8
ΕΙΣΑΓΩΓΗ .....	9
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1 – ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.....	12
1.1. Έννοιες και ορισμοί.....	12
1.2. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας.....	15
1.3. Αναγκαιότητα και προβληματισμοί της χρησιμότητας μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών.....	18
1.4. Δικαιώματα – Υποχρεώσεις ασθενών.....	21
1.5. Γραφείο Υποστήριξης Πολιτών .....	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2 – ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ..	25
2.1. Ο ρόλος ιατρού και η σχέση του με τον ασθενή.....	25
2.1.1. Ενημέρωση, επικοινωνία και συναίνεση ιατρού και ασθενή.....	27
2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή.....	30
2.2.1. Σχέση και επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή .....	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3 – ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ .....	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4 – ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ.....	39
4.1. Ελληνικές Μελέτες.....	39
4.2. Διεθνείς Μελέτες.....	42
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5 – ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	45
5.1. Σκοπός της έρευνας.....	45
5.2. Ερευνητικά ερωτήματα .....	45
5.3. Σχεδιασμός μελέτης .....	46
5.4. Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου.....	46
5.5. Το Ερωτηματολόγιο .....	47
5.5.1. Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υγείας.....	48
5.5.2. Ερωτηματολόγιο πολιτών .....	49
5.6. Πιλοτική εφαρμογή .....	50
5.7. Ηθικές προεκτάσεις και αδυναμίες της έρευνας .....	51
5.8. Στατιστική Ανάλυση .....	52
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6 – ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	53
6.1. Περιγραφή των υπό έρευνα νοσοκομείων .....	53
6.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά .....	53
6.2.1. Κατανομή φύλου .....	53
6.2.2. Ηλικιακή Κατανομή .....	54
6.3. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος.....	55
6.3.1. Επαγγελματίες Υγείας.....	55
6.3.2. Ασθενείς.....	56

6.4. Επαγγελματική ικανοποίηση.....	57
6.5. Χαρακτηριστικά ατομικής υγείας ασθενών .....	70
6.6. Ικανοποίηση ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας .....	71
6.7. Επίπεδο νοσοκομειακής φροντίδας και ατομικά χαρακτηριστικά ασθενών.....	71
6.8. Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας .....	74
6.8.1. Πληροφόρηση σε θέματα νοσοκομειακής λειτουργίας .....	74
6.8.2. Ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας.....	77
6.8.3. Διερεύνηση προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο .....	78
6.8.4. Επαγγελματική συμπεριφορά και σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή .....	79
6.8.5. Ενημέρωση κατά την έξοδο του ασθενή.....	80
6.9. Σύγκριση απόψεων επαγγελματιών υγείας και ασθενών .....	82
ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ .....	86
ΕΠΙΛΟΓΟΣ.....	94
Ελληνική Βιβλιογραφία .....	97
Ξένη Βιβλιογραφία.....	103
Ηλεκτρονικές Πηγές.....	106
Π Α Ρ Α Ρ Τ Η Μ Α Τ Α.....	107
Παράρτημα 1 – Ερωτηματολόγια .....	108
Παράρτημα 2 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της επαγγελματικής ιδιότητας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων .....	126
Παράρτημα 3 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ του φύλου και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων .....	129
Παράρτημα 4 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της ηλικίας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων .....	132
Παράρτημα 5 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ των ετών υπηρεσίας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων .....	134
Παράρτημα 6 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής νοσοκομειακής φροντίδας και των ατομικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών ατομικής υγείας των ασθενών .	136
Παράρτημα 7 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής ιατρικής φροντίδας και των ατομικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών ατομικής υγείας των ασθενών. ....	140
Παράρτημα 8 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής νοσηλευτικής φροντίδας και των ατομικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών ατομικής υγείας των ασθενών .....	145
Παράρτημα 9 – Πληροφόρηση σε θέματα νοσοκομειακής λειτουργίας .....	149
Παράρτημα 10 – Ενημέρωση κατά την έξοδο του ασθενή σε σχέση με εκπαίδευση, επάγγελμα και ηλικία .....	150
Παράρτημα 11 – Έλεγχος καλής προσαρμογής των δεδομένων στην κανονική κατανομή..	153

## ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θέλουμε να ευχαριστήσουμε ιδιαίτερω την επιβλέπουσα καθηγήτρια μας κα. Όλγα Χρ. Σίσκου για τη σημαντική βοήθεια που μας προσέφερε κατά τη διάρκεια εκπόνησης της διατριβής, καθώς και για την συνεχή καθοδήγηση της όλο αυτό τον καιρό. Ένα μεγάλο ευχαριστώ στους διοικητές, στις διευθύντριες της νοσηλευτικής υπηρεσίας καθώς και στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό των τριών δημόσιων νοσοκομείων για την πολύτιμη βοήθεια τους και για την υποστήριξη που μας παρείχαν καθ' όλη τη διάρκεια της έρευνας μας. Επίσης, ευχαριστούμε τους ασθενείς των νοσοκομείων που είχαν όλη την καλή πρόθεση να διαθέσουν μέρος του χρόνου τους για να μας συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο. Τέλος, θα θέλαμε να ευχαριστήσουμε τις οικογένειές μας και ιδιαίτερα τους συζύγους και τα παιδιά μας που μας παρείχαν την απαραίτητη ηθική υποστήριξη και υπομονή κατά τη διάρκεια των σπουδών μας.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Στην σύγχρονη εποχή το ενδιαφέρον έχει επικεντρωθεί στη βελτίωση της ποιότητας της παρεχόμενης περίθαλψης. Η έννοια της ποιότητας είναι πολύπλοκη και δύσκολη να προσδιορισθεί ποσοτικά. Διαφορετικά αντιλαμβάνονται την ποιότητα οι επαγγελματίες υγείας και διαφορετικά οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Η μέτρηση της ικανοποίησης που αισθάνονται οι επαγγελματίες υγείας τόσο από το επάγγελμά τους όσο και από τις υπηρεσίες που προσφέρουν στους ασθενείς, ταυτόχρονα με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας.

Σκοπός της έρευνάς μας είναι η διερεύνηση της άποψης των επαγγελματιών υγείας και του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αττικής και τέλος, η σύγκριση των απόψεων τους.

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε με τη χρήση δύο δομημένων ερωτηματολογίων και με κλειστές ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής, τα οποία διανεμήθηκαν προσωπικά στους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγείας. Το υλικό αποτέλεσαν 313 ασθενείς και 278 επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλεύτές) από τρία δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αττικής.

Τα αποτελέσματα που προέκυψαν από την επεξεργασία των απαντήσεων δείχνουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα συνολικά τόσο από τους ασθενείς όσο και από τους επαγγελματίες υγείας. Ειδικότερα και οι δύο ομάδες του δείγματος εμφανίζουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας τους, την αξιολόγηση του πόνου και την αναζήτηση συγκατάθεσης για τις θεραπευτικές διαδικασίες. Διαπιστώθηκαν, όμως, και από τις δύο ομάδες χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης στη διερεύνηση των κοινωνικών, ψυχολογικών και θρησκευτικών αναγκών των ασθενών καθώς και στη δυνατότητα έκφρασης ικανοποίησης ή δυσαρέσκειας από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι η ικανοποίηση και στις δύο ομάδες του δείγματος είναι υψηλή, αλλά υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης σε επιμέρους τομείς, όπως αυτός της ενημέρωσης, του σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή και της έκφρασης ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα.

## ABSTRACT

In our days the interest has been focused on improving the quality of care. The concept of quality is complex and difficult to quantify. Health professionals perceive quality differently from the users of health services. Simultaneously, the measurement of health professionals' satisfaction from both their profession and the services they offer and the measurement of patient satisfaction from care provision aimed at assessing the quality and efficiency of health services.

The purpose of our survey is to study the view of healthcare professionals and the level of patients' satisfaction regarding the quality of provided health care in public general hospitals of Athens and the comparison of their views.

The research was carried out through two structured questionnaires with multi – choice questions, which were distributed personally to patients and health professionals. Participants were 313 patients and 278 healthcare professionals (doctors and nurses) from three public general hospitals of Athens.

The main findings showed great satisfaction from the provided health care had been expressed from the patients and the health professionals. Especially, both groups showed great level of satisfaction in relation to the information concerning the health status, the pain assessment and the consent requested for treatment procedures. We discovered that both groups were dissatisfied by the assessment of their social, psychological and religion needs, and were also dissatisfied by the possibility of expression their satisfaction or dissatisfaction from the quality of provided health care.

In conclusion, the results suggested that the level of satisfaction in both groups is high but there are possibilities of improvement in the fields of information, respect of the patients' personal life and in expressing their satisfaction from the provided care.

## ΑΚΡΩΝΥΜΙΑ

ΠΟΥ: Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας

ΜΕΘ: Μονάδα Εντατικής Θεραπείας

ΤΕΠ: Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

ΝΝΑ: Ναυτικό Νοσοκομείο Αθηνών

ΔΕ: Διάστημα Εμπιστοσύνης

SPSS: Statistical Package of Social Science



## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια είναι φανερή η αδυναμία των περισσότερων ελληνικών νοσοκομείων να εξασφαλίσουν την ενδεδειγμένη ποιότητα φροντίδας στους ασθενείς, ενώ αυτή αποτελεί βασική προσδοκία και απαίτηση των πολιτών. Διαστάσεις της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας πραγματεύεται και η παρούσα ερευνητική προσπάθεια. Ο στόχος της έρευνάς μας είναι διττός, εξετάζει τόσο την άποψη των ασθενών όσο και αυτή των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό να κατανοήσουμε μέσα από τα μάτια των δύο σημαντικότερων ομάδων τον τρόπο λειτουργίας της νοσοκομειακής περίθαλψης. Η έρευνά μας είχε ως επίκεντρο τρία δημόσια νοσοκομεία, καθώς η νοσοκομειακή περίθαλψη αποτελεί ακόμη και σήμερα το κέντρο βάρους του υγειονομικού συστήματος. Ως εργαζόμενοι του συστήματος αυτού διαπιστώσαμε ότι υπάρχει κενό στη διερεύνηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, ιδιαίτερα στην πληροφόρηση και στην ενημέρωση των ασθενών και θελήσαμε να μελετήσουμε την άποψη τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας στους παραπάνω τομείς με κοινά ερωτηματολόγια.

Η έννοια της ποιότητας παρουσιάζει αρκετές δυσκολίες στον προσδιορισμό της, καθώς αποτελεί ένα πολυδιάστατο μέγεθος, το οποίο μεταβάλλεται και προσαρμόζεται εξαιτίας των νέων αναγκών και προσδοκιών τόσο από την πλευρά του χρήστη όσο και από την πλευρά του παρόχου. Η γενική έννοια του όρου είναι κατανοητή από όλους, αλλά δεν μπορεί να ορισθεί με ακρίβεια. Αυτό γίνεται ακόμη πιο δύσκολο όταν θέλουμε να προσδιορίσουμε τα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά της παροχής υπηρεσιών και ειδικότερα των υπηρεσιών υγείας, αφού τα χαρακτηριστικά αυτών δεν σχετίζονται με αυτά άλλων καταναλωτικών προϊόντων.

Σύμφωνα με τις διεθνείς βιβλιογραφικές αναφορές τα στοιχεία τα οποία μεταβάλουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι η δυσκολία ορισμού της ποιότητας, μέτρησης και αξιολόγησης των αποτελεσμάτων σε σχέση με τον τελικό στόχο που δεν είναι άλλος από την αποθεραπεία του ασθενή. Οι υπηρεσίες υγείας δεν είναι ένα ομοιογενές σύνολο αλλά αποτελούνται από επιμέρους στοιχεία τα οποία όταν συνδυάζονται καταλήγουν στο επιθυμητό αποτέλεσμα την αποκατάσταση της υγείας του ασθενή. Τέλος, η συμμετοχή του ίδιου του ασθενή στην όλη διαδικασία τον καθιστά ταυτόχρονα και συντελεστή και αποδέκτη των υπηρεσιών (Σκαλκίδης και συν, 2010).

Ο πρώτος που όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και συνέβαλε στη βελτίωσή της ήταν

ο Donabedian (Αδαμαντίδου, 2004). Σύμφωνα με αυτόν, η ποιότητα καθορίζεται ως η αύξηση της ικανοποίησης του ασθενή συμπεριλαμβάνοντας τα κέρδη και τις ζημιές που αναπτύσσονται κατά τη διαδικασία περίθαλψης (Διλίντας και συν, 2006). Αποτελεί μια δυναμική κατάσταση που συσχετίζει τα προϊόντα, τις υπηρεσίες, τα άτομα, τις διαδικασίες και το εξωτερικό περιβάλλον και ανταποκρίνεται ή υπερβαίνει τις προσδοκίες των χρηστών (Μαλλιαρού και συν, 2009). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας πραγματεύεται τρεις συνιστώσες: τη διαχειριστική ποιότητα η οποία περιλαμβάνει όρους κόστους αποτελεσματικότητας των διαδικασιών, την επαγγελματική η οποία αφορά την εφαρμογή καθορισμένων πρωτοκόλλων εργασίας και τη διάσταση που απολαμβάνει ο ασθενής και η οποία αποτυπώνεται με τις έρευνες ικανοποίησης των ασθενών (Walsh, Walsh, 1999).

Όλα τα συστήματα υγείας έχουν ως άμεσο στόχο τη βελτίωση και διασφάλιση της ποιότητας στο χώρο της υγείας, ως μέσο καλύτερης και αποτελεσματικότερης αξιοποίησης και κατανομής των διαθέσιμων πόρων. Σήμερα το μεγαλύτερο ενδιαφέρον τόσο των υπεύθυνων αρχών παροχής υπηρεσιών υγείας, όπως είναι η Πολιτεία, τα ασφαλιστικά ταμεία, οι διοικητές των νοσοκομείων, οι επαγγελματίες υγείας, όσο και των ασθενών εστιάζεται στην ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Επομένως, είναι απαραίτητη η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Η ικανοποίηση των ασθενών – χρηστών ταυτόχρονα με την ικανοποίηση των επαγγελματιών υγείας θεωρείται ένας αξιόλογος δείκτης εφαρμογής των αρχών της ποιότητας στο χώρο της υγείας (Μερκούρης και συν, 2001).

Στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής, στην Ευρώπη και λιγότερο στην Ελλάδα έχουν πραγματοποιηθεί αρκετές έρευνες που αφορούν την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, οι οποίες θεωρούνται δείκτες αποτελεσματικότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας και αποτέλεσαν και συνεχίζουν να αποτελούν σημαντική πηγή ανατροφοδότησης και αξιολόγησης των υπηρεσιών (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Η παρούσα έρευνα περιέχει ένα στοιχείο πρωτοτυπίας, καθώς διαπιστώθηκε ότι δεν έχει διενεργηθεί παρόμοια έρευνα στο παρελθόν στην Ελλάδα. Η πρωτοτυπία στηρίζεται στο γεγονός ότι στρέφεται και αξιολογεί τόσο την ικανοποίηση των ασθενών όσο και επαγγελματιών υγείας και παράλληλα διερευνά την άποψη των τελευταίων για τις διαδικασίες της παρεχόμενης φροντίδας. Εστιάζει κυρίως στα δικαιώματα των ασθενών, στην ενημέρωσή τους από τους επαγγελματίες υγείας και στο σεβασμό της προσωπικότητας και

ατομικότητας του ασθενή. Όλα τα παραπάνω προσδιορίζουν τη σχέση των επαγγελματιών υγείας με τους ασθενείς, σχέση που καθορίζει σε σημαντικό βαθμό και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

### ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ

#### 1.1. Έννοιες και ορισμοί

Ο αιώνας που διανύουμε έχει ως επίκεντρο την ποιότητα σε όλες τις εκφάνσεις της ανθρώπινης καθημερινής δραστηριότητας και στα προϊόντα και στις υπηρεσίες. Το νοσοκομείο, το οποίο αποτελεί τον κύριο τόπο διεξαγωγής της έρευνάς μας, είναι μια παράλληλη διάσταση της ίδιας της κοινωνίας μας, το οποίο μεταβάλλεται με γοργούς ρυθμούς, όπως τα περισσότερα συστήματα υγειονομικής περίθαλψης στις δυτικές κοινωνίες. Ζούμε σε μια εποχή που κύριο χαρακτηριστικό της είναι η παγκόσμια επικοινωνία. Η επικοινωνία αποτελεί την αρχή και το τέλος κάθε επαφής μέσα στο σύστημα της νοσοκομειακής περίθαλψης και μαζί με το δικαίωμα του ασθενούς στην πληροφόρηση συνιστά δύο από τις πιο σημαντικές διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας.

Στη σημερινή πραγματικότητα, η ανάγκη για ποιότητα αποτελεί το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής και επιχειρηματικής δραστηριότητας, για όλα τα αγαθά και τις υπηρεσίες που διατίθενται στην αγορά. Η ποιότητα αποτελεί όρο ο οποίος συνδέεται στενά με απαιτήσεις και προδιαγραφές που απευθύνονται στους καταναλωτές ή στους χρήστες υπηρεσιών, πρόκειται για σύστημα μεθόδων που σκοπό έχει την παραγωγή προϊόντων ή την παροχή υπηρεσιών σε προσιτή τιμή και με ταυτόχρονη ικανοποίηση των απαιτήσεων των πελατών (Μποστανίτης, Τσαλίδου, 2010). Η έννοια, όμως, της ποιότητας είναι πολυδιάστατη, εξαρτάται από αυτόν που την επεξηγεί και σίγουρα σχετίζεται με την τελειότητα του προϊόντος ή της υπηρεσίας, οι οποίες είναι έννοιες σύνθετες για να εκτιμηθούν (Σιγάλας, 1999). Οι βασικές διαστάσεις της ποιότητας στις υπηρεσίες είναι η αξιοπιστία<sup>1</sup>, η ανταπόκριση<sup>2</sup>, η ασφάλεια<sup>3</sup>, η ακρίβεια<sup>4</sup> και η μοναδικότητα<sup>5</sup> (Parasuraman et al, 1985).

Στις μέρες μας δίνεται όλο και μεγαλύτερη σημασία στην εξασφάλιση ποιότητας στις υπηρεσίες οι οποίες απευθύνονται στην ικανοποίηση των ανθρώπινων ζωτικών αναγκών. Η

---

<sup>1</sup> Η ικανότητα να παρέχεται ακριβώς η υποσχόμενη υπηρεσία (Parasuraman et al, 1985).

<sup>2</sup> Η προθυμία και θέληση της υπηρεσίας να εξυπηρετήσει πλήρως τον πελάτη (Parasuraman et al, 1985).

<sup>3</sup> Η κατάρτιση και η προθυμία που εμφανίζουν οι εργαζόμενοι με στόχο την ικανοποίηση του πελάτη (Parasuraman et al, 1985).

<sup>4</sup> Η εκτέλεση της υπηρεσίας ορθά με την πρώτη φορά (Parasuraman et al, 1985).

<sup>5</sup> Η παραγωγή διαφορετικής υπηρεσίας για κάθε πελάτη (Parasuraman et al, 1985).

αρχική προσδοκία του ατόμου ήταν η φροντίδα υγείας, η οποία εξελίχθηκε με την πάροδο των χρόνων σε απαίτηση για αποτελεσματική αντιμετώπιση και τα τελευταία χρόνια επεκτάθηκε σε ανάγκη για ολιστική και ποιοτική φροντίδα και αντιμετώπιση (Σιγάλας, 1999). Στην κατεύθυνση αυτή μεγάλη σημασία διαδραμάτισε ο στόχος 31 της πολιτικής «Υγεία για όλους ως το 2000» που υιοθέτησε ο Π.Ο.Υ το 1980, σύμφωνα με τον οποίο όλα τα κράτη μέλη θα έπρεπε να εγκαταστήσουν μέχρι το 1990 αποτελεσματικούς μηχανισμούς για την εξασφάλιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας (Διλίντας και συν, 2006).

Πρώτος που καθιέρωσε τον ορισμό της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι ο Donabedian, ο οποίος προχώρησε σε μια εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και κατέγραψε μια σειρά από παραμέτρους που την προσδιορίζουν. Επισημάνε ότι «η έννοια της ποιότητας στην φροντίδα είναι εντυπωσιακά δύσκολο να οριστεί ... ο καθορισμός των κριτηρίων είναι αξιολογικός ... Υπό αυτή την μορφή ως ποιότητα μπορεί να οριστεί οτιδήποτε και καθετί, αν και είναι, συνήθως, απλά μια αντιπροσώπευση των αξιών και στόχων που επικρατούν σε κάθε σύστημα υγείας» Ο Donabedian πρότεινε για την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών της ποιότητας τρεις παραμέτρους: δομή, διεργασία και έκβαση (Donabedian, 1966). Η επίτευξη της ποιότητας και στους τρεις αυτούς τομείς αποσκοπεί στο μεγαλύτερο όφελος με το μικρότερο κόστος για τον ασθενή (Τούντας, 2008).

Ο ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας παρουσιάζει δυσκολίες, οι οποίες οφείλονται κυρίως στην ιδιομορφία των υπηρεσιών αυτών. Σύμφωνα με τον Donabedian ο διαφορετικός ορισμός της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας είναι απόλυτα δικαιολογημένος καθώς εξαρτάται τόσο από την σχέση που έχει αυτός που τον διατυπώνει με το σύστημα υγειονομικής φροντίδας όσο και από το είδος και την ένταση των ευθυνών του (Σιγάλας, 1999). Ο καταναλωτής – χρήστης των υπηρεσιών υγείας προσδοκά περισσότερα από οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Είναι αυστηρά προσωπική και εξειδικευμένη καθώς σε κάθε ασθενή παρέχεται και διαφορετική υπηρεσία υγείας, λόγω της μοναδικότητας του ατόμου και των δυνατοτήτων θεραπείας του. Η ικανοποίησή του δεν μπορεί να εκτιμηθεί με βάση την συχνότητα με την οποία θα ξαναχρησιμοποιήσει την υπηρεσία, αλλά με βάση την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτήν, την καταλληλότητα, την αξιοπιστία, τη φιλικότητα και την επαρκή υποστήριξη μετά τη διάθεσή της.

Ο Maxwell πρότεινε έξι παραμέτρους για την ταξινόμηση των χαρακτηριστικών: πρόσβαση, σχετικότητα, αποτελεσματικότητα, δικαιοσύνη, κοινωνική αποδοχή και αποδοτικότητα

(Maxwell, 1984). Όλα όμως τα παραπάνω δεν είναι αρκετά. Η έγκαιρη και σωστή διάγνωση, η άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, η υψηλή τεχνολογία, η εμπειρία, η λογική και ψύχραιμη αντιμετώπιση κρίσιμων περιπτώσεων και ο επαγγελματισμός έχουν ιδιαίτερη βαρύτητα και αποτελούν αναγκαιότητα. Τα κριτήρια της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι ρητά καθορισμένα και προσδιορίζουν το επιθυμητό επίπεδο ποιότητας το οποίο μπορεί να είναι:

- Το ελάχιστο επίπεδο. Η ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης δεν επιτρέπεται να πέσει κάτω από το επίπεδο αυτό.
- Το μέσο επίπεδο. Η βελτίωση της ποιότητας των υγειονομικών φροντίδων είναι δυνατή με την ανεύρεση εκείνων των στοιχείων που βρίσκονται κάτω του μέσου επιπέδου, καθώς και με τη λήψη μέτρων για τη βελτίωση μόνο αυτών.
- Το ιδανικό επίπεδο. Αυτό το επίπεδο ουσιαστικά αποτελεί τον στόχο του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας (Σιγάλας, 1999).

Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον της επιστημονικής κοινότητας, της πολιτείας, των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών καθώς το νοσοκομείο αποτελεί το κέντρο βάρους του υγειονομικού συστήματος, απορροφά τις υψηλότερες δαπάνες από οποιονδήποτε άλλο τομέα του συστήματος υγείας και είναι ο τόπος που προσφεύγουν οι ασθενείς για την αντιμετώπιση των προβλημάτων υγείας τους. Η ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης είναι εύκολα μετρήσιμη<sup>6</sup> καθώς τα αποτελέσματα (θετικά ή αρνητικά) των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι άμεσα και εμφανή (Διλίντας και συν, 2006) Αυτό που πρέπει να τονιστεί είναι η σημαντική διαφοροποίηση στην ερμηνεία που δίνεται από τους επαγγελματίες υγείας<sup>7</sup> σε σχέση με τους χρήστες των υπηρεσιών υγείας για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας (Πολύζος και συν, 2005).

Τις τελευταίες δεκαετίες στις αναπτυγμένες χώρες παρατηρείται συνεχής και ανεξέλεγκτη αύξηση των δαπανών υγείας, χωρίς να συνοδεύεται πάντα από τα αναμενόμενα υγειονομικά αποτελέσματα. Η παραπάνω διαπίστωση και οι δυσμενείς οικονομικές συγκυρίες οδήγησαν τους διεθνείς οργανισμούς και τις κυβερνήσεις των χωρών στην υιοθέτηση πρωτοβουλιών με σκοπό τον έλεγχο των δαπανών για την υγεία και γενικότερα των κοινωνικών δαπανών

---

<sup>6</sup> Η μέτρηση της ποιότητας στην υγεία ξεκίνησε το 1918 στην Αμερική και τον Καναδά και αυτό είχε ως αποτέλεσμα τη δημιουργία οργανισμών υπεύθυνων για την έρευνα, την πιστοποίηση και τον έλεγχο των ποιοτικών εφαρμογών υγείας, με κύριο εκπρόσωπο τον Αμερικάνικο Οργανισμό JHACO. Στην Αγγλία ανάλογο τμήμα δημιουργήθηκε το 1980 και στην Γαλλία το 1996 δημιουργήθηκε το Haute Autorite de Sante (Μαλλιαρού και συν, 2009).

<sup>7</sup> Γιατροί, νοσηλευτές.

(Σιγάλας, 1999). Κοινός στόχος της πολιτικής υγείας στο δυτικό κόσμο είναι ο εκσυγχρονισμός, το χαμηλό κόστος και η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Το τρίπτυχο αυτό φανερώνει τις αδυναμίες των συστημάτων υγείας και αναδεικνύει την ανάγκη νέων πλαισίων παροχής υπηρεσιών υγείας που θα ανταποκρίνονται στη δυναμική και στις απαιτήσεις του παρόντος καθώς και στις προκλήσεις του μέλλοντος (Διλίντας και συν, 2006).

Θέλοντας να συμβάλλουμε στον παραπάνω στόχο μελετήσαμε την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας σε δημόσια νοσοκομεία εξετάζοντας και συγκρίνοντας τη γνώμη των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών μέσα από συγκεκριμένες και όμοιες παραμέτρους. Τέθηκε στο επίκεντρο της έρευνας τόσο ο καταναλωτής – ασθενής όσο και το προσωπικό – επαγγελματίες υγείας καθώς και οι δύο αποτελούν τον καθοριστικό παράγοντα αποτυχίας ή επιτυχίας ενός οργανισμού. Μέσα από την έρευνά μας θα προσπαθήσουμε να αποκομίσουμε πληροφορίες και να αναδείξουμε τις αδυναμίες του συστήματος για να γίνουν προσαρμογές με σκοπό το υγειονομικό σύστημα να γίνει περισσότερο βιώσιμο και οικονομικά αποδοτικό.

## 1.2. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών ως δείκτης ποιότητας

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύ σημαντική για τον προσδιορισμό της έννοιας της ποιότητας στην υγειονομική φροντίδα, ειδικά μέσα στα πλαίσια της επικρατούσας αντίληψης που θεωρεί τον ασθενή ως πελάτη και καταναλωτή μέσα στο υγειονομικό σύστημα. Αξίζει να αναφερθεί ό α η Florence Nightingale ήταν η πρώτη που ασχολήθηκε με την καταγραφή των αποτελεσμάτων από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας<sup>8</sup>. Σημαντικές προσπάθειες αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας έγιναν το 1956 στις Η.Π.Α από το χώρο της νοσηλευτικής. Σήμερα, στις Η.Π.Α και τη Μεγάλη Βρετανία η μέτρησή της είναι νομικά κατοχυρωμένη και αποτελεί απαραίτητη προϋπόθεση για τη χορήγηση άδειας λειτουργίας νοσοκομείων (Μερκούρης και συν, 2001).

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας, αν και είναι εύκολα αντιληπτή έννοια, δεν έχει διερευνηθεί τόσο ώστε να διατυπωθεί ένας κοινά αποδεκτός ορισμός (Merkouris, 1999a). Η ικανοποίηση του ασθενή, σύμφωνα με τον Donabedian, είναι μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας και αντιπροσωπεύει τη σύγκλιση μεταξύ της προσδοκίας του ασθενή

---

<sup>8</sup> Κατά τη διάρκεια του Κριμαϊκού Πολέμου (1850) κατέγραψε τη θνησιμότητα των τραυματιών σε τρεις περιπτώσεις: (α) κατά τη διάρκεια της μεταφοράς των ασθενών στο νοσοκομείο, (β) κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και (γ) κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο και μετά από χειρουργική επέμβαση. Με βάση αυτά τα δεδομένα επιχείρησε την αποτίμηση και αξιολόγηση των προσφερόμενων υγειονομικών υπηρεσιών (Μερκούρης και συν, 2001).

για την ιδανική φροντίδα και της αντίληψης για το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας (Μποστανίτης, Τσαλίδου, 2010).

Ο Vuori (1999) υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση του ασθενή αποτελεί: α) Ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας και ένα αναγνωρισμένο και επιθυμητό αποτέλεσμα, β) δείκτη της ποιότητας της φροντίδας, ο οποίος εκφράζει την άποψη των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα και γ) προαπαιτούμενη και αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Κοτσαγιώργη, Γκέκα, 2010).

Είναι ανάγκη να τονισθεί ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι ένα βασικό και αναφαίρετο δικαίωμά του που βασίζεται τόσο στην αρχή της δημοκρατίας<sup>9</sup> όσο και στο ιπποκρατικό ιδεώδες<sup>10</sup> (Brink, 1986). Αρκετοί ερευνητές θεωρούν την ικανοποίηση των ασθενών ως θεραπευτική παρέμβαση, ενώ άλλοι υποστηρίζουν ότι η μέτρηση της μπορεί να χρησιμοποιηθεί στη διοίκηση προσωπικού, στη λήψη αποφάσεων, στην αξιολόγηση οργανωτικών αλλαγών και στην προώθηση των υπηρεσιών υγείας ύστερα από μελέτη των συνθηκών της αγοράς (Merkouris, 1999a).

Στη σημερινή εποχή η γνώμη των καταναλωτών αναζητείται και δημοσιοποιείται συνεχώς για ένα μεγάλο αριθμό αγαθών και υπηρεσιών, με σκοπό τη βελτίωσή τους (Μερκούρης και συν, 2001). Είναι λοιπόν αναγκαίο να αναζητείται η γνώμη του πολυπληθέστερου και σοβαρότερου καταναλωτή υπηρεσιών, δηλαδή του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας. Συνεπώς οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής (Κοτσαγιώργη, Γκέκα, 2010).

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενή εξαρτάται από τρεις παράγοντες οι οποίοι σχετίζονται με: α) Τις προσδοκίες του από την υπηρεσία και σε ποιο βαθμό αυτές επαληθεύονται, β) τα κοινωνικό – οικονομικά χαρακτηριστικά<sup>11</sup> του και γ) την επίδραση των ψυχο – κοινωνικών παραγόντων, οι οποίοι μπορεί να επιφέρουν αλλοίωση του βαθμού ικανοποίησης του ασθενή. Συγκεκριμένα, μεγάλο ποσοστό ασθενών δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο απ' ότι πραγματικά αισθάνεται, με σκοπό την ευνοϊκότερη μεταχείριση από τους επαγγελματίες

---

<sup>9</sup> Στις δημοκρατικές κοινωνίες αυτοί που επηρεάζονται από τις αποφάσεις που τους αφορούν πρέπει να έχουν άποψη για αυτές τις αποφάσεις (Μερκούρης και συν, 2001).

<sup>10</sup> Είναι η πλήρης ευεξία του ασθενή (Μερκούρης και συν, 2001).

<sup>11</sup> Το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη, ο τόπος κατοικίας (Παπαγιαννοπούλου και συν, 2008).



υγείας, ενώ ένα άλλο ποσοστό ασθενών εκφράζει αδιαφορία για τη συμμετοχή του στη διαδικασία αξιολόγησης των υπηρεσιών καθώς θεωρεί ότι δεν θα επιφέρει η συμμετοχή του καμία αλλαγή στην κατάσταση της υγείας του (Παπαγιαννοπούλου και συν, 2008).

Διατυπώθηκαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους, παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους:

- Η πρώτη θεωρία υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει αντιμετωπίσει δυσκολίες, στην περίπτωση που οι προσδοκίες του βρίσκονται εκτός καθήκοντος του επαγγελματία υγείας.
- Η δεύτερη θεωρία υποστηρίζει ότι ακόμη και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά τη φροντίδα που του παρέχεται, αν αποδειχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές καταστάσεις. (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Ένα άλλο σημείο το οποίο χρειάζεται να τονισθεί είναι ότι αν ζητήσουμε από τον ασθενή να αξιολογήσει την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας κατά τις πρώτες ημέρες νοσηλείας του θα επικεντρωθεί στην τεχνική διάστασή της (Technical Care), αφού δέχεται περισσότερη φροντίδα. Αν την ίδια ερώτηση την επαναλάβουμε κατά την έξοδό του θα επικεντρωθεί περισσότερο στην τέχνη της φροντίδας (Art of Care) στη διαπροσωπική δηλαδή διάσταση της φροντίδας, όπου κυριαρχεί περισσότερο το συναίσθημα και λιγότερο η λογική κριτική (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Τέλος, η συμμετοχή των ασθενών είναι κάτι που θεωρείται αναγκαίο στα σύγχρονα συστήματα υγείας και αυτό γιατί με την εμπλοκή του ο ασθενής αισθάνεται περισσότερο ασφαλής και υπεύθυνος. Ο ασθενής επιδιώκει τις περισσότερες φορές να είναι συμμετέχων σε ολόκληρη τη διαδικασία που αφορά την υγείας του και όχι παθητικός αποδέκτης αποφάσεων που άλλοι έχουν λάβει για αυτόν. Με τη συμμετοχή του αναπτύσσεται η συνεργασία με τους επαγγελματίες υγείας, περιορίζεται το άγχος και καλλιεργείται η εμπιστοσύνη προς τον ιατρό και το νοσηλευτή (Say, Thomson, 2003). Η γνώμη του ασθενή πρέπει να εκτιμάται όταν σχεδιάζεται η φροντίδα του από τους επαγγελματίες υγείας. Η έλλειψη της εκτίμησης είναι δυνατόν να οδηγήσει σε χαμηλά επίπεδα ικανοποίησης, καθώς ο ασθενής θεωρεί ότι τα πρότυπά του δεν εκπληρώνονται. Ταυτόχρονα στην εποχή μας η απαίτηση του ασθενή για συμμετοχή του στις διαδικασίες για τη φροντίδα της υγείας του έχει αυξηθεί και για έναν

ακόμη λόγο που έχει σχέση με τη διασπορά των πληροφοριών. Οι ιατρικές και οι νοσηλευτικές πληροφορίες από τα μέσα μαζικής ενημέρωσης και από το διαδίκτυο έχουν δημιουργήσει ένα πιο ενημερωμένο αλλά και πιο απαιτητικό ασθενή.

Η μέτρηση της ικανοποίησης και η διαχείριση των παραπόνων των ασθενών με αποδοτικό τρόπο οδηγεί στον επανασχεδιασμό των διαδικασιών. Είναι επίσης, η έμπρακτη εφαρμογή της κοινωνικής ευθύνης, καθώς συνιστά μια δημόσια δήλωση των οργανισμών για τον έλεγχο και τον απολογισμό μέσω της διαμόρφωσης κατάλληλων δεικτών που είναι απαραίτητοι για την ποσοτικοποίηση του απολογισμού τους. Η ανατροφοδότηση από τους ασθενείς μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ερέθισμα για καλύτερη πρακτική και διαχείριση από τους επαγγελματίες υγείας (Λαζάρου, 2004).

Λαμβάνοντας υπόψη ότι η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών είναι δυνατόν να ποσοτικοποιηθεί με εργαλεία όπως είναι τα ερωτηματολόγια, στην έρευνά μας διανεμήθηκαν ερωτηματολόγια στους ασθενείς. Τα ερωτηματολόγια προσπαθούν με ένα δομημένο τρόπο να εκφράσουν την άποψη των ασθενών για διαδοχικές εκδοχές της φροντίδας που απολαμβάνουν ως χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

### 1.3. Αναγκαιότητα και προβληματισμοί της χρησιμότητας μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Η δύναμη του εργαλείου της μέτρησης αυξάνεται με το χρόνο και με την αξιοποίηση που λαμβάνουν τα αποτελέσματα της έρευνας. Οι μετρήσεις ικανοποίησης αποτελούν μια στατική εικόνα μέσα σε ένα πολύπλευρο δυναμικό και σε εξέλιξη φαινόμενο. Αυτό το φαινόμενο είναι δυναμικό και εξαιτίας της μεταβολής του οργανισμού, με την υιοθέτηση διορθωτικών ενεργειών, και εξαιτίας της μεταβολής των προσδοκιών και εκτιμήσεων των ασθενών. Οι μετρήσεις, λοιπόν, χρειάζεται να είναι συστηματικές και να ανατροφοδοτούνται. Πρέπει να πληρείται το αίσθημα στους ασθενείς ότι η γνώμη τους ακούγεται και λαμβάνεται υπόψη και ότι δεν μένει απλά καταγεγραμμένη σε ερωτηματολόγια και εκθέσεις, αλλά αποτελεί τον κινητήριο μοχλό για αλλαγές (Λαζάρου, 2009).

Σήμερα οι ασθενείς είναι υψηλότερου επιπέδου εκπαίδευσης, έχουν περισσότερες γνώσεις και είναι ενημερωμένοι αρκετά σε θέματα υγείας, σε σχέση με το παρελθόν. Επιθυμούν να συμμετέχουν στο σχεδιασμό της φροντίδας τους, στη διαδικασία λήψης αποφάσεων για τη

θεραπεία τους και στην κατανόηση της διάγνωσης του νοσήματος από το οποίο πάσχουν (Λαζάρου, 2000). Η ικανοποίηση αποτελεί σημαντικό αποτέλεσμα της φροντίδας, γιατί οι ικανοποιημένοι ασθενείς ακολουθούν τη θεραπευτική αγωγή, επανέρχονται συστηματικά για επανεκτίμηση της κατάστασής τους και καλλιεργούν μια διαχρονική σχέση επικοινωνίας με τους επαγγελματίες υγείας (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002). Η ικανοποίηση του ασθενή δεν είναι μόνο ένα μέσο για να εκτιμηθεί η ποιότητα αλλά είναι ο στόχος κάθε υπηρεσίας υγείας (Λαζάρου, 2000).

Παρά το γεγονός ότι έχει αναγνωριστεί η χρησιμότητα της μέτρησης της ικανοποίησης, υπάρχουν ορισμένοι που την αμφισβητούν προβάλλοντας τα παρακάτω επιχειρήματα (Λαζάρου, 2000):

- α)** Οι ασθενείς δεν έχουν τις κατάλληλες γνώσεις για να αξιολογήσουν τις τεχνικές δεξιότητες των επαγγελματιών υγείας, ειδικότερα όταν βρίσκονται σε τέτοια ψυχολογική και σωματική κατάσταση που επηρεάζει σημαντικά την κρίση τους.
- β)** Οι ασθενείς επηρεάζονται από τις διαπροσωπικές σχέσεις με τους επαγγελματίες υγείας. Μια ανθρώπινη προσέγγιση κατά τη νοσηλεία του από τον επαγγελματία υγείας είναι δυνατόν να καλύψει μια ανεπαρκή τεχνική δεξιότητα.
- γ)** Οι ασθενείς είναι απρόθυμοι να διατυπώσουν τη γνώμη τους, γιατί αισθάνονται ότι είναι εξαρτημένοι από τους επαγγελματίες υγείας.
- δ)** Οι ασθενείς δεν είναι σε θέση να εκτιμήσουν με ακρίβεια όλες τις πλευρές της διαδικασίας παροχής φροντίδας υγείας.

Οι ασθενείς, ως μη ειδικοί, είναι σε θέση να κρίνουν καλύτερα τις διαπροσωπικές διαστάσεις της προσφερόμενης φροντίδας, δηλαδή την ευγένεια, το ενδιαφέρον, τη φροντίδα και την ανταπόκριση των επαγγελματιών υγείας (Σκαλκίδης και συν, 2010).

Κατά τη διενέργεια ερευνών σχετικών με τη μέτρηση της ικανοποίησης θα πρέπει να λαμβάνεται υπόψη ότι η εκτίμηση του ασθενή για την παροχή της φροντίδας επηρεάζεται από μια σειρά γεγονότων γενικότερης αμφισβήτησης της υπηρεσίας<sup>12</sup>. Στο δημόσιο νοσοκομείο η αμφισβήτηση αυτή στηρίζεται στην έλλειψη εμπιστοσύνης, ενώ στο ιδιωτικό στη συσχέτιση με το κέρδος. Ο ασθενής βιώνει ακόμη και σήμερα την απόλυτη ψυχολογική κυριαρχία των επαγγελματιών υγείας. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αναστέλλεται η ειλικρινής και αβίαστη

---

<sup>12</sup> Φαινόμενο της χιονοστιβάδας ή Domino effect (Λαζάρου, 2004).

διατύπωση των απόψεών του. Ειδικότερα, ο δυσαρεστημένος ασθενής δυσφημεί και αλλοιώνει την εικόνα της υπηρεσίας και θα αναζητήσει άλλο νοσοκομείο για την αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του (Λαζάρου, 2000, 2004).

Επιπρόσθετοι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή είναι ο τρόπος συμπεριφοράς, η στάση και οι εκφράσεις των επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, ο ασθενής δεν επιθυμεί να ακούει την έκφραση: «Δεν ξέρουμε», καθώς προσμένει από τους επαγγελματίες υγείας να έχουν απάντηση σε όλες τις αγωνίες του, «μη μας ενοχλείτε», «κάνε γρήγορα» ή «περίμενε», καθώς όλα δείχνουν αδιαφορία. Η γλώσσα του σώματος, η χροιά της φωνής και οι εκφράσεις του προσώπου των επαγγελματιών υγείας στέλνουν μηνύματα στον ασθενή για την αποδοχή και την εκτίμησή τους (Λαζάρου, 2000).

Η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενή, την οποία οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν να δουν ως πραγματικότητα και όχι ως μέσο καταγγελίας, ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι. Το σημαντικότερο είναι τα συναισθήματα των ασθενών, ακόμη και αν οι αντιλήψεις των επαγγελματιών υγείας είναι διαφορετικές, γιατί η αξιολόγηση της ικανοποίησης τους συνδέεται με τη συμπεριφορά τους και είναι δυνατόν να χρησιμοποιηθεί στη βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Μερκούρης και συν, 2001).

Παράλληλα οι μετρήσεις της ικανοποίησης πρέπει να τυγχάνουν της αποδοχής από τους επαγγελματίες υγείας, αφού σε αυτές συμπεριλαμβάνεται και η αξιολόγηση της εργασίας τους. Πρέπει να τις θεωρούν ως μια ευκαιρία για συνεχή βελτίωση της εργασίας και των συνολικών λειτουργιών του νοσοκομείου (Λαζάρου, 2004). Τα οφέλη από την μέτρηση της ικανοποίησης οδηγούν στη βελτίωση και αύξηση της παραγωγικότητας των εργαζομένων, καθώς αντιλαμβάνονται ότι τα αποτελέσματα της εργασίας τους είναι μετρήσιμα. Η μέτρησή της κυρίως χρησιμοποιείται στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών και τα αποτελέσματα αυτής της μέτρησης μπορούν να αξιοποιηθούν σωστά και να συμβάλλουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας (Κοτσαγιώργη, Γκέκα, 2010).

Οι σύγχρονες προκλήσεις στη φροντίδα είναι προσανατολισμένες στις ανάγκες, επιθυμίες και προσδοκίες του ασθενή. Σκοπός ύπαρξης των νοσοκομείων και γενικότερα των υπηρεσιών υγείας είναι ο ασθενής, ο οποίος δεν πρέπει να αγνοείται. Οι απόψεις των ασθενών θα πρέπει να ακούγονται και να μη μένουν απλά καταγεγραμμένες σε σωρούς ερωτηματολογίων

(Λαζάρου, 2004). Η γνώμη του ασθενή πρέπει να αποτελεί το βαρόμετρο των ενεργειών που λαμβάνουν χώρα στον ευαίσθητο χώρο της υγείας.

#### 1.4. Δικαιώματα – Υποχρεώσεις ασθενών

Η Πολιτεία εφαρμόζει όλα τα απαραίτητα μέτρα για την προστασία των δικαιωμάτων των πολιτών. Ηθικές, οικονομικές, πολιτιστικές, κοινωνικές και πολιτικές εξελίξεις, έδωσαν ώθηση σε ένα ευρωπαϊκό κίνημα με στόχο τον απόλυτο σεβασμό στα δικαιώματα των ασθενών. Οι εξελίξεις μέσα στα συστήματα υγείας, όπως η αυξανόμενη πολυπλοκότητα τους, το γεγονός ότι η ιατρική πρακτική έχει καταστεί πιο επικίνδυνη, συχνά απρόσωπη, απάνθρωπη και γραφειοκρατική, χωρίς όμως να αγνοείται η πρόοδος στην ιατρική επιστήμη και τεχνολογία, έχουν δώσει έμφαση στη σημασία της αναγνώρισης των ατομικών δικαιωμάτων και στην ανάγκη να επαναδιατυπωθούν εγγυήσεις για τα δικαιώματα του ασθενή (WHO<sup>13</sup>, 1994).

Ο ιδιαίτερα ευαίσθητος τομέας της υγείας κρίθηκε σκόπιμο να καλυφθεί μέσα από ένα πλαίσιο αρχών, το οποίο αποτελεί τον καταστατικό χάρτη των δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενή. Παλαιότερα το κενό που υπήρχε στην προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή προσπαθούσε η Πολιτεία να το καλύψει μέσα από τους κανονισμούς λειτουργίας του προσωπικού των υπηρεσιών υγείας (Active Citizenship Network, 2002). Η έλλειψη της προστασίας των δικαιωμάτων του προκαλούσε στις υπηρεσίες υγείας σοβαρή δυσλειτουργία, καθώς ο ασθενής έθετε τους προβληματισμούς του πάνω σε καίρια ζητήματα που τον αφορούσαν, οι υπηρεσίες, όμως, δεν μπορούσαν να αντιμετωπίσουν αυτά τα προβλήματα εξαιτίας της έλλειψης ενός ειδικού νομικού πλαισίου δικαιωμάτων και υποχρεώσεων. Αποτέλεσμα αυτής της κατάστασης ήταν οι διαρκείς τριβές και συγκρούσεις στο χώρο της υγείας και η δημιουργία κλίματος ανασφάλειας για τους ασθενείς (Αλεξιάδης, 2000).

Με την πάροδο των χρόνων όλα τα εθνικά συστήματα υγείας των ευρωπαϊκών χωρών διακήρυξαν το σεβασμό απέναντι στα δικαιώματα του ασθενή μέσω ειδικών κεφαλαίων, συγκεκριμένων νόμων και διοικητικών κανονισμών. Στην Ελλάδα θεσπίστηκε νομικό πλαίσιο<sup>14</sup> προστασίας των δικαιωμάτων του ασθενή, ώστε να μπορεί να διευθετήσει τις

---

<sup>13</sup> World Health Organization.

<sup>14</sup> Σύμφωνα με το άρθρο 21 παράγραφος 3 του Ελληνικού Συντάγματος ορίζεται: «το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και λαμβάνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας ...». Το 1983, ο Ν. 1397 άρθρο 1 ενισχύει το κοινωνικό δικαίωμα του πολίτη στην υγεία, ορίζοντας ότι όλοι οι Έλληνες πολίτες έχουν το ίδιο δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας ανεξάρτητα από την οικονομική, κοινωνική ή επαγγελματική

δυσκολίες που ανακύπτουν κατά τη νοσηλεία του (Αλεξιάδης, 2000). Η προστασία των δικαιωμάτων του ασθενή αποτελεί ουσιαστικό παράγοντα διασφάλισης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας.

Ο ασθενής χρησιμοποιεί τις υπηρεσίες υγείας επειδή πρέπει και όχι επειδή τις επιλέγει. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να μην είναι ενημερωμένος για το τι μπορεί να του προσφέρει ή τι δικαιούται από τη χρήση αυτής της υπηρεσίας (Λαζάρου, 2004). Σύμφωνα με την υπάρχουσα νομοθεσία (Ν.2071/1992) τα σημαντικότερα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή συνοψίζονται στα παρακάτω:

1. Να απολαμβάνει την ίδια ιατρική, νοσηλευτική και άλλη φροντίδα.
2. Να προσεγγίζει τις πλέον κατάλληλες υπηρεσίες για τη φύση της ασθένειάς του.
3. Να του παρέχεται φροντίδα με τον απαιτούμενο σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπειά του.
4. Να συναινεί ή να αρνείται<sup>15</sup> διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη που πρόκειται να διενεργηθεί σε αυτόν. Η συναίνεση εξαρτάται από τρία στοιχεία: 1) την παροχή της απαραίτητης πληροφορίας από τον ιατρό και την κατανόησή της από τον άρρωστο, 2) την ικανότητα αντίληψης και εκτίμησης των συνεπειών ή επιπτώσεων της απόφασής του και 3) την ελεύθερη επιλογή και απόφαση, χωρίς καμία χειραγώγησή του (Σαρρής, 2001).
5. Να ενημερώνεται για ότι αφορά την κατάσταση της υγείας του. Το συμφέρον του ασθενή εξαρτάται από την πληρότητα και την ακρίβεια των πληροφοριών που του παρέχονται. Η ενημέρωσή του πρέπει να τον αφήνει να σχηματίσει σαφή εικόνα των ιατρικών, οικονομικών και κοινωνικών παραμέτρων της κατάστασής του, ώστε να μπορεί ο ίδιος να παίρνει αποφάσεις ή να συμμετέχει στη λήψη αυτών οι οποίες θα καθορίσουν την μετέπειτα ζωή του. Η πληροφόρηση, λοιπόν, αποτελεί βασικό συστατικό για την προστασία της αυτονομίας του ασθενή, ενώ η έλλειψή της τον οδηγεί σε παθητικό ρόλο (Λεμονίδου και συν, 2004). Η πληροφορημένη συναίνεση έχει ως επακόλουθο την ικανοποίηση του ασθενή και θετικά κλινικά αποτελέσματα, δηλαδή τη συμμόρφωση με

---

τους κατάσταση και τον τόπο διαμονής του. (Αλεξιάδης, 2000). Ο Ν. 2071/1992 στο άρθρο 47 καθιέρωσε για πρώτη φορά τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή. Στο άρθρο 1 του ίδιου νόμου αναφέρεται ότι το Κράτος έχει την υποχρέωση να εξασφαλίσει το δικαίωμα και την δυνατότητα του κάθε πολίτη να επιλύει προληπτικά ή θεραπευτικά το πρόβλημα της υγείας του μέσα από διαδικασίες που θα σέβονται την ελεύθερη επιλογή του και την ανθρώπινη αξιοπρέπεια (Ν.2071/1992). Η σημαντικότερη εξέλιξη, όσον αφορά τα δικαιώματα, έγινε το 2005 με την εφαρμογή του νέου Κώδικα Ιατρικής Δεοντολογίας (Ν. 3418/2005), ο οποίος αντικατέστησε τον Κώδικα του 1939 (European patients' forum, 2009) και προσδιορίζει έννοιες και ορισμούς που αναφέρονται στην υγεία καθώς και στη σχέση ιατρού και ασθενή (Ν. 3418/2005).

<sup>15</sup> Σε περίπτωση άρνησης, ο ασθενής έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί και να ενημερωθεί για τις επιπτώσεις από την άρνηση της θεραπευτικής ή διαγνωστικής πράξης (Σαρρής, 2001).

τη θεραπευτική αγωγή, το μειωμένο άγχος, την καλύτερη αντιμετώπιση των συμπτωμάτων και τη γρήγορη ανάνηψη μετά τη χειρουργική επέμβαση (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

6. Να πληροφορείται εκ των προτέρων τους κινδύνους που μπορεί να παρουσιαστούν από την εφαρμογή ασυνήθιστων ή πειραματικών διαγνωστικών και θεραπευτικών πράξεων.
7. Να προστατεύεται η ιδιωτική ζωή του ασθενή. Οι πληροφορίες, το περιεχόμενο των εγγράφων που τον αφορούν και ο ιατρικός του φάκελος, πρέπει να είναι απόρρητα. Μια εμπιστευτική πληροφορία μπορεί να αποκαλυφθεί μόνο όταν ο ίδιος ο ασθενής συναινέσει ή αν ο Νόμος το επιβάλει. Οι ιατρικές παρεμβάσεις πρέπει να πραγματοποιούνται με σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ατόμου. Αυτό σημαίνει ότι σε αυτές παρίστανται εκείνα μόνο τα άτομα τα οποία είναι αρμόδια για την αποκατάσταση της υγείας του, εκτός αν ο ασθενής συναινεί ή απαιτεί κάτι άλλο. Ο ασθενής έχει το δικαίωμα πρόσβασης στα ιατρικά του αρχεία και σε οποιοδήποτε άλλο έγγραφο περιέχει πληροφορίες για τη διάγνωση, τη θεραπεία και τη φροντίδα του (Αλεξιάδης, 2000).
8. Να αναγνωρίζονται οι θρησκευτικές, ιδεολογικές και πολιτικές του πεποιθήσεις.
9. Να μπορεί να διαμαρτυρηθεί προφορικά ή εγγράφως και στη συνέχεια να λάβει γνώση των ενεργειών και των αποτελεσμάτων της διαμαρτυρία του.

Τα παραπάνω είναι τα σημαντικότερα αλλά όχι τα μόνα δικαιώματα που απολαμβάνει ο ασθενής και είναι αυτά που κυρίως εξετάσαμε μέσα από το ερωτηματολόγιο που διανεμήθηκε κατά την έρευνά μας.

Εκτός από τα δικαιώματα ο νοσοκομειακός ασθενής έχει και υποχρεώσεις (Ν.2071/1992), οι οποίες είναι:

1. Να πειθαρχεί και να εφαρμόζει τον κανονισμό<sup>16</sup> του νοσοκομείου στο οποίο νοσηλεύεται.
2. Να παραμένει εντός του νοσοκομείου σε όλη την διάρκεια της νοσηλείας του<sup>17</sup>.
3. Να δηλώνει στο Γραφείο Κίνησης Ασθενών τον ασφαλιστικό του φορέα<sup>18</sup>.
4. Να εφαρμόζει τις ιατρικές εντολές και να εκτελεί πιστά τη φαρμακευτική αγωγή.
5. Να πληροφορεί τον υπεύθυνο ιατρό για το πλήρες ιατρικό του ιστορικό.

---

<sup>16</sup> Όπως απαγόρευση του καπνίσματος και της χρήσης οινοπνευματωδών ποτών, τήρηση της κοινής ησυχίας, ευπρεπή συμπεριφορά προς τους επαγγελματίες υγείας κ.ά. (Αλεξιάδης, 2000).

<sup>17</sup> Μόνο αν συντρέχουν ειδικοί λόγοι μπορεί να ζητήσει άδεια από τον διευθυντή ιατρό της κλινικής, για προσωρινή έξοδο του από το νοσοκομείο (Αλεξιάδης, 2000).

<sup>18</sup> Αν δεν είναι ασφαλισμένος να καταβάλλει ο ίδιος όλες τις δαπάνες μετά το πέρας της νοσηλείας του (Αλεξιάδης, 2000).

6. Να υπογράψει γραπτή δήλωση συγκατάθεσης σε περίπτωση που του χορηγηθεί γενική ή μερική νάρκωση για την πραγματοποίηση χειρουργικής επέμβασης.

Η προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών είναι ο σημαντικότερος παράγοντας για τη διασφάλιση του επιπέδου φροντίδας υγείας των πολιτών. Τα δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενή ισοδυναμούν με τα βασικά ανθρώπινα δικαιώματα και ειδικότερα με το δικαίωμα στη ζωή, στη σωματική ή ψυχική ακεραιότητα, στο σεβασμό της ιδιωτικής ζωής και στο δικαίωμα προστασίας της υγείας με τα κατάλληλα προληπτικά μέτρα (Υπουργείο Υγείας, 2011).

### 1.5. Γραφείο Υποστήριξης Πολιτών

Τα νοσοκομεία πρέπει να προστατεύουν τα δικαιώματα των πολιτών παρέχοντας υπηρεσίες υψηλού ποιοτικού επιπέδου, βασιζόμενες στο σεβασμό της ανθρώπινης αξιοπρέπειας και αυτό μπορεί να επιτευχθεί με την ύπαρξη Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη. Αρκετά είναι τα νοσοκομεία, όπως ο Ευαγγελισμός και το Ιπποκράτειο στα οποία λειτουργούν Γραφεία Υποστήριξης του Πολίτη (N.3868/10).

Το Γραφείο Υποστήριξης του Πολίτη παρέχει τη δυνατότητα στους ασθενείς, συγγενείς και συνοδούς αυτών, ενημέρωσης για θέματα που αφορούν την εξυπηρέτησή τους από τις υπηρεσίες του νοσοκομείου, την υποβολή καταγγελιών – παραπόνων τα οποία σχετίζονται με τον τρόπο και την ποιότητα περίθαλψης, την παραπομπή τους για εξέταση στα αρμόδια όργανα, την υποβολή προτάσεων βελτίωσης της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά κυρίως την προστασία και διαφύλαξη του υπέρτατου αγαθού της υγείας. Η ύπαρξη ενός τέτοιου γραφείου συμβάλλει στην αντιμετώπιση θεμάτων που προκύπτουν από την άσκηση του δικαιώματος του ασθενή – χρήστη για την υγεία του, στοχεύοντας στην επίλυση προβλημάτων που θέτουν εμπόδια τόσο στη φροντίδα του όσο και στο έργο των επαγγελματιών υγείας. Το πλαίσιο λειτουργίας του Γραφείου Υποστήριξης του Πολίτη διέπεται από ένα αριθμό διατάξεων<sup>19</sup> που ρυθμίζουν θέματα σχετικά με την προστασία των δικαιωμάτων των ασθενών – χρηστών (N.3868/10).

---

<sup>19</sup> N.2071/92 (Α' 123/14.07.1992), Άρθρα 47 & 94-100, N.2716/99 (Α' 96/17.05.1999), Άρθρα 1 & 2, N.2519/97 (Α' 165/21.08.1997), Άρθρο 1, N.2619/98 (Α' 132/19.06.1998), Άρθρο 1, N.3418/05 (Α' 287/28.11.2005), Π.Δ.216/01 (Α' 167/25.07.2001).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

### ΑΛΛΗΛΕΠΙΔΡΑΣΕΙΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 2.1. Ο ρόλος ιατρού και η σχέση του με τον ασθενή

Τα νοσοκομεία σε όλο τον κόσμο, είναι οι χώροι με την πιο εντατική εργασία παροχής φροντίδας (Μαλλίδου, 2004). Η περιπλοκότητα του νοσοκομειακού συστήματος και η πολλαπλότητα των γνωστικών πεδίων του, συνέβαλλαν στη δημιουργία δύο βασικών κέντρων εξουσίας κατά την παροχή φροντίδας υγείας, το ιατρικό και το νοσηλευτικό σώμα. Μεταξύ τους καταγράφεται μια μεγάλη απόσταση ως προς το μέγεθος και την ένταση ισχύος καθενός από αυτά, όπως αυτή αποτυπώνεται από την άσκηση των αντίστοιχων ρόλων. Η ιατρική και η νοσηλευτική κουλτούρα δεν έχουν αναπροσαρμοστεί στις σύγχρονες εξελίξεις και απαιτήσεις του εσωτερικού και εξωτερικού περιβάλλοντος των υπηρεσιών υγείας και συνεχίζουν να συντηρούν τους παραδοσιακούς τους ρόλους (Σαρρής, 2001).

Η θεραπευτική σχέση είναι μια ιδιόμορφη κοινωνική σχέση που διαμορφώνεται από δύο άτομα: **α)** τον ασθενή με την ασθένειά του και **β)** τον επαγγελματία υγείας με τις ειδικές γνώσεις και τεχνικές που κατέχει. Ειδικότερα, όσον αφορά τον ιατρό, η εκπαίδευσή του έχει διαμορφώσει μια ορισμένη εικόνα για την κοινωνία και τον ασθενή. Η εικόνα αυτή συνδέεται με αξίες όπως γνώση, ισχύς, κύρος και κοινωνική αναγνώριση. Κατέχει υψηλή θέση στην κοινωνικό – επαγγελματική ιεραρχία, η οποία προέρχεται τόσο από την οικονομική του κατάσταση αλλά κυρίως από την εξουσία, το κύρος και την αίγλη που διαθέτει. Ο ιατρός παρεμβαίνει σε μια κατάσταση κρίσης, αναλαμβάνοντας ταυτόχρονα την ευθύνη της αποτελεσματικής επίλυσής της. Ο ασθενής προσφεύγει σε αυτόν γιατί προσδοκά την θεραπεία του. Είναι ανάγκη να τονισθεί ο δισυπόστατος χαρακτήρας του ιατρού σε σχέση με την εξουσία και την κοινωνική ισχύ, καθώς έχει τη δυνατότητα να θεραπεύει την ασθένεια, αλλά και να πιστοποιεί ή να ορίζει το θάνατο (Σαρρής, 2001).

Η επαφή μεταξύ ασθενή και ιατρού χαρακτηρίζεται από μια δυναμική αλληλεπίδραση. Ο ασθενής δε θεωρείται υπεύθυνος για την αδυναμία του, αναζητά τη βοήθεια του ιατρού, συνεργάζεται μαζί του και δικαιούται απαλλαγή από τις συνηθισμένες του υποχρεώσεις. Ο ιατρός από την άλλη, πρέπει να ενεργεί προς όφελος του ασθενή, να είναι αντικειμενικός,

συναισθηματικά αμέτοχος και να κινείται μέσα στα πλαίσια της ιατρικής δεοντολογίας<sup>20</sup>. Σε αντιστάθμισμα των παραπάνω, ο ιατρός απολαμβάνει αυτονομία στην ιατρική πράξη, είναι σε θέση υπεροχής απέναντι στον ασθενή, έχει το δικαίωμα να τον εξετάζει σωματικά και να συλλέγει πληροφορίες για την προσωπική του ζωή. Η ασυμμετρία που παρατηρείται στη σχέση ιατρού – ασθενή δεν εμποδίζει τη σωστή υποστήριξη του ασθενή, εφόσον τηρούνται τρεις κοινωνικοί κανόνες: α) προσανατολισμός στο σύνολο, β) γενικότητα και γ) συναισθηματική ουδετερότητα. Η παραπάνω θεωρία αποτελεί τη σχέση συναίνεσης, σύμφωνα με τον Parson (Μάτης και συν, 2009).

Ο Freidson, αναφέρει τη σχέση συγκρούσεων, όπου διαφορετικά συμφέροντα, γνώσεις και προσδοκίες μεταξύ ασθενή και ιατρού είναι δυνατόν να την προκαλέσουν. Ο ασθενής ενδιαφέρεται μόνο για την δική του περίπτωση και επιθυμεί από τον ιατρό να του διαθέσει το μέγιστο χρόνο κατά την εξέταση, ενώ ο ιατρός από την άλλη πλευρά προσπαθεί να εξυπηρετήσει όλους τους ασθενείς. Μπορεί ακόμη να προτείνει εξειδικευμένες εξετάσεις που να μην ωφελούν άμεσα τον ασθενή, αλλά να βοηθούν τον ιατρό να αποκτήσει περισσότερες γνώσεις. Τέλος, αναφέρεται η σχέση διαπραγμάτευσης, η οποία αφορά την επαφή μεταξύ ασθενή και ιατρού, είναι πιο προσωπική και παρατεταμένη και παρατηρείται ανάμεσα σε ψυχιατρικούς ασθενείς, αλκοολικούς και γονείς άρρωστων παιδιών (Μάτης και συν, 2009).

Κατά τους Emanuel et al διακρίνονται τέσσερα πρότυπα σχέσης ιατρού – ασθενή (Μάτης και συν, 2009):

- Πατερναλιστικό: ο ασθενής δεν επιθυμεί να αποφασίζει ο ίδιος καθώς θεωρεί ότι ο ιατρός του θα πράξει το σωστό για αυτόν. Ο ιατρός λειτουργεί ως κηδεμόνας.
- Πληροφοριακό: ο ιατρός επικεντρώνεται στα δεδομένα και ως τεχνοκράτης προτείνει παρεμβάσεις. Ο ασθενής πρέπει να επιλέξει μια από αυτές.
- Διερμηνευτικό: η αυτονομία<sup>21</sup> του ασθενή είναι συνώνυμη της κατανόησης. Ο ιατρός προσαρμόζει τις πληροφορίες ανάλογα με τις ιδιαίτερες αξίες του ασθενή.
- Διασκεπτικό: ο ιατρός θεωρεί ότι κάποιες αξίες σχετικές με την υγεία του ασθενή έχουν

---

<sup>20</sup> Η ιατρική δεοντολογία είναι ένα οργανωμένο σύνολο κανόνων, που αφορά τις σχέσεις του ιατρού με τον άρρωστο, το περιβάλλον του και την κοινωνία γενικότερα, καθώς και αρχές που διέπουν την συνεργασία του με τους συναδέλφους του (Παπασταματίου, Νικολόπουλος, 2009).

<sup>21</sup> Αυτόνομο είναι το πρόσωπο που έχει την ικανότητα να θέτει ελευθέρως τους δικούς του νόμους ανεξάρτητα από εξωτερικές αιτίες, όπως κοινωνικές παραδόσεις, θρησκεία, καθώς και να συμπεριφέρεται σύμφωνα με τους κανόνες και τις αξίες του ορθού λόγου (Μητροσύλη, 1999). Σύμφωνα με τον Σαρρή, αυτόνομο άτομο θεωρείται αυτό που έχει την δυνατότητα κρίσης και λήψης αποφάσεων, σχεδιασμού και εφαρμογής των επιλογών του μετά από λογική σκέψη και ανάλυση των παραμέτρων του υπό εξέταση θέματος. Συστατικά στοιχεία της αυτονομίας είναι η ελευθερία και ο λόγος (Σαρρής, 2001).

μεγαλύτερη σημασία από κάποιες άλλες.

Η σχέση μεταξύ ιατρού – ασθενή μεταβάλλεται, λόγω της ταχείας εξέλιξης της Ιατρικής επιστήμης, της Γενετικής και της Βιοτεχνολογίας, προκαλώντας νέα ζητήματα και διλλήματα βιοηθικής. Μέσα από τον κώδικα ιατρικής δεοντολογίας<sup>22</sup> οριοθετούνται τα δικαιώματα των ασθενών. Εμφανίζονται όμως δυσκολίες στην εφαρμογή της, οι οποίες οφείλονται στην πολλαπλότητα των ιατρικών λειτουργιών και ρόλων και στην αναντιστοιχία ανάμεσα στο ρυθμό εξέλιξης της ιατρικής επιστήμης και στο ρυθμό ανταπόκρισης της κοινωνίας απέναντι σε αυτές τις εξελίξεις (Σαρρής, 2001).

### **2.1.1. Ενημέρωση, επικοινωνία και συναίνεση ιατρού και ασθενή**

Τα διλλήματα δεοντολογίας που εμφανίζονται συνήθως και επηρεάζουν άμεσα την ποιότητα της θεραπευτικής σχέσης ιατρού και ασθενή, αφορούν κυρίως την ιατρική ενημέρωση, τη συναίνεση, τη λήψη αποφάσεων, την αποκάλυψη της αλήθειας στον ασθενή, την εμπιστευτικότητα και το ιατρικό απόρρητο (Σαρρής, 2001).

Σύμφωνα με το Νόμο 3418/2005, που αναφέρεται στην ιατρική δεοντολογία:

1. Η συμπεριφορά του ιατρού απέναντι στον ασθενή πρέπει να αρμόζει στην επιστήμη και στο λειτούργημά του. Φροντίζει να αναπτυχθεί μια σχέση αμοιβαίας εμπιστοσύνης και σεβασμού, ακούει τον ασθενή, κατανοεί και σέβεται τις απόψεις του και την αξιοπρέπειά του. Σέβεται τις θρησκευτικές, φιλοσοφικές, ηθικές και πολιτικές αντιλήψεις του ασθενή. Δεν παρεμβαίνει στην προσωπική και οικογενειακή του ζωή και δεν αποκαλύπτει εμπιστευτικές πληροφορίες. Δεν πρέπει να ασκεί οικονομικές ή άλλες πιέσεις στον ασθενή.
2. Ο ιατρός οφείλει να ενημερώνει<sup>23</sup> πλήρως και κατανοητά τον ασθενή για την πραγματική κατάσταση της υγείας του, για τα αποτελέσματα της προτεινόμενης ιατρικής πράξης, τους ενδεχόμενους κινδύνους και επιπλοκές, τις εναλλακτικές προτάσεις καθώς και τον πιθανό χρόνο αποκατάστασης. Η ενημέρωση του αρρώστου διασφαλίζει τη συμμετοχή του στις διαδικασίες λήψης απόφασης για τα ενδεικνύόμενα θεραπευτικά μέτρα και συμβάλλει στην διαμόρφωση σχέσης εμπιστοσύνης μεταξύ ιατρού και ασθενή.

---

<sup>22</sup> Ο Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας βασίζεται στον πρόσφατο Νόμο 3418/2005, ο οποίος και αντικατέστησε το βασιλικό διάταγμα του 1955 (Σαρρής 2001).

<sup>23</sup> Ο ιατρός οφείλει να σεβαστεί την επιθυμία του ασθενή να μην ενημερωθεί. Σε αυτή την περίπτωση ο ασθενής υποδεικνύει ο ίδιος το πρόσωπο που θα ενημερωθεί για την κατάσταση της υγείας του (Νόμος 3418/2005).

Μερικές φορές ο ιατρός δεν παρέχει τις πληροφορίες εκείνες που θεωρεί ότι θα προκαλέσουν επιπλέον προβλήματα στον ασθενή, περιορίζοντας με αυτόν τον τρόπο την ενημέρωση, με σκοπό να μην επιδεινωθεί η κατάσταση υγείας του (Σαρρής, 2001). Επίσης, παρατηρείται το φαινόμενο πολλοί ασθενείς να μην κατανοούν τις πληροφορίες που λαμβάνουν από τον ιατρό (Μάτης και συν, 2009). Η διαδικασία της ενημέρωσης πρέπει να διαμορφώνεται ανάλογα με το κοινωνικό – πολιτιστικό υπόστρωμα του αρρώστου και της οικογένειάς του. Ο ιατρός πρέπει να ενθαρρύνει τον ασθενή στη διατύπωση ερωτήσεων καθώς και στην έκφραση αμφιβολιών προκειμένου να κατανοήσει την πρόσληψη της πληροφορίας από τον ασθενή. Με αυτόν τον τρόπο επιτυγχάνεται η ποιότητα στην επικοινωνία (Σαρρής, 2001). Η επιτυχής επικοινωνία μεταξύ ασθενή και ιατρού αποτελεί την αποτελεσματικότερη προληπτική δράση έναντι της εκδήλωσης δυσαρέσκειας από τον ασθενή (Μποστανίτης, Τσαλίδου, 2010).

3. Ο ιατρός ζητά τη συναίνεση<sup>24</sup> του ενημερωμένου ασθενή. Δεν επιτρέπεται να εκτελέσει καμία ιατρική πράξη χωρίς την προηγούμενη συναίνεση του ασθενή. Η έννοια της συναίνεσης στηρίζεται στις ηθικές αρχές της αυτονομίας και του σεβασμού του ατόμου (Σαρρής, 2001). Αφορά τόσο τη νομική σχέση που δημιουργείται μεταξύ του επαγγελματία και του ασθενή, όσο και το δικαίωμα αυτοδιάθεσης του ασθενή, καθώς ο ιατρός διενεργεί στο σώμα του πράξεις κατά την διαγνωστική και θεραπευτική αγωγή. Δεν πρέπει να είναι αποτέλεσμα πλάνης, απάτης ή απειλής (Μητροσύλη, 1999).

Η εξασφάλιση της συναίνεσης έχει μεγάλη σημασία καθώς αποτελεί βασικό στοιχείο μίας επιτυχούς και αποτελεσματικής σχέσης ιατρού – ασθενή. Σύμφωνα με έρευνες, η ορθή επικοινωνία μεταξύ τους βελτιώνει την ψυχοσυναισθηματική υγεία, μειώνει τα συμπτώματα και βελτιώνει τη σωματική λειτουργικότητα του ασθενή. Ακόμη, μειώνει τα αρνητικά συναισθήματα, τον πόνο και το άγχος και βελτιώνει την ικανοποίηση του ασθενή και την ανταπόκρισή του στη θεραπεία (Σαρρής, 2001).

Διακρίνουμε δύο τύπους συναίνεσης, τη ρητή εκφρασμένη και την εικαζόμενη

---

<sup>24</sup> Συναίνεση είναι η ολοκληρωτική έγκριση και αποδοχή μιας διαγνωστικής ή θεραπευτικής ιατρικής πράξης από την πλευρά ενός ατόμου, το οποίο θεωρείται ασθενής και αναζητά την ιατρική φροντίδα υγείας (Σαρρής, 2001).

συναίνεση<sup>25</sup> και δύο μορφές, τη γραπτή και την προφορική. Στην καθημερινή ιατρική πρακτική δεν υπάρχουν θεσμοθετημένοι κανόνες όπου να απαιτείται γραπτή ή προφορική, ρητή εκφρασμένη ή εικαζόμενη συναίνεση. Σε ορισμένα νοσοκομεία έχει καθιερωθεί ως υποχρεωτική η συμπλήρωση ειδικού έντυπου συναίνεσης σε ότι αφορά χειρουργικές πράξεις, αλλά δεν υπάρχει αντίστοιχο έντυπο για τους πιθανούς κινδύνους όσον αφορά γενικά τις θεραπευτικές παρεμβάσεις (Σαρρής, 2001).

4. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί το ιατρικό απόρρητο<sup>26</sup>, ακόμη και μετά τον θάνατο του ασθενή. Αυτό βασίζεται στην αρχή του σεβασμού της προσωπικότητας του ατόμου και της αυτονομίας, οικοδομώντας μια σχέση εμπιστοσύνης με τον ασθενή. Αυτή η σχέση εμπιστοσύνης έχει ως αποτέλεσμα ο ασθενής να παρέχει τις απαραίτητες πληροφορίες για την προσωπική του ζωή, με σκοπό την ομαλή θεραπευτική διεργασία. Αν όμως ο ασθενής πιστεύει ότι δεν διασφαλίζεται το ιατρικό απόρρητο θα αποκρύψει προσωπικές πληροφορίες, οι οποίες θεωρεί ότι τον καθιστούν ευάλωτο σε τρίτα πρόσωπα. Η απόκρυψη αυτή θα έχει συνέπειες στη θεραπευτική διεργασία. Σε μερικές περιπτώσεις η άρση του απορρήτου<sup>27</sup> επιβάλλεται ηθικά και κοινωνικά (Σαρρής, 2001).
5. Ο ιατρός οφείλει να τηρεί ιατρικό αρχείο<sup>28</sup> σε ηλεκτρονική ή μη μορφή, το οποίο περιέχει δεδομένα για την ασθένεια ή την υγεία του ασθενή. Μόνο ο ασθενής έχει δικαίωμα πρόσβασης στα δεδομένα αυτά και μπορεί να λάβει αντίγραφο του φακέλου του μετά από αίτηση. Σήμερα με την εξέλιξη της πληροφορικής δημιουργούνται νέα προβλήματα όσον αφορά το ιατρικό απόρρητο και την πρόσβαση στην πληροφορία, καθώς αυτή μπορεί να διακινηθεί και να αποκαλυφθεί με μεγαλύτερη ευκολία (Μητροσύλη, 1999).

Η ιατρική ως επιστήμη ασχολείται με το υπέρτατο αγαθό της ανθρώπινης ζωής και υγείας, για αυτό και είναι αναγκαία η τήρηση ενός δεοντολογικού πλαισίου. Το πλαίσιο αυτό αναδεικνύει τη σχέση ιατρού και ασθενή, τη συναίσθηση της κοινωνικής αποστολής, την αμοιβαία εμπιστοσύνη, την αγάπη προς το συνάνθρωπο, το σεβασμό στην ανθρώπινη ζωή και

---

<sup>25</sup> Η εικαζόμενη συναίνεση αφορά τις περιπτώσεις κατά τις οποίες η αποδοχή ή η άρνηση μιας ιατρικής πράξης στοιχειοθετείται και συμπεραίνεται ως άμεσο ή έμμεσο αποτέλεσμα της συμπεριφοράς, της στάσης, των πεποιθήσεων και αξιών του ασθενή (Σαρρής, 2001).

<sup>26</sup> Το ιατρικό απόρρητο αποτελεί το πρώτο επαγγελματικό μυστικό, το οποίο και εμφανίζεται καταγεγραμμένο στον υποκράτειο κώδικα (Μητροσύλη, 1999).

<sup>27</sup> Αφορά περιπτώσεις όπου η τήρηση του ιατρικού απορρήτου μπορεί να προκαλέσει ζημία σε τρίτους ή στο κοινωνικό σύνολο (Σαρρής, 2001).

<sup>28</sup> Τα νοσοκομεία και οι κλινικές κρατούν αρχεία και αποτελέσματα όλων των κλινικών και παρακλινικών αποτελεσμάτων (Ν.3418/2005).

στην ελεύθερη βούληση (Χατζητόλιος, 2007). Ο ασθενής πρέπει να τίθεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος και να επιχειρείται η ενδυνάμωση του. Αυτή η προσέγγιση προτιμάται για ανθρωπιστικούς, ηθικούς και νομικούς λόγους, κυρίως όμως διότι προσφέρει θεραπευτικά αποτελέσματα (Μάτης και συν, 2009).

Τα τελευταία χρόνια, όπως φαίνεται, η ποιότητα δεν αποσκοπεί μόνο στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά επεκτείνεται σε όλους τους «πελάτες» των υπηρεσιών υγείας, συγγενείς, επισκέπτες καθώς και στους ίδιους τους εργαζόμενους, οι οποίοι πρέπει να θεωρούνται ως «εσωτερικοί πελάτες» (Τούντας, 2003). Για αυτό και στην παρούσα έρευνα μελετάμε ταυτόχρονα την άποψη των ιατρών και των νοσηλευτών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

## 2.2. Ο ρόλος του νοσηλευτή

Η νοσηλευτική είναι επάγγελμα φροντίδας και η άσκησή της απαιτεί σωματική, διανοητική και συναισθηματική προσπάθεια. Στόχος της είναι η ικανοποίηση των αναγκών του ασθενή, η οργανική φροντίδα και η ψυχολογική του υποστήριξη (Δημητριάδου – Παντέκα και συν, 2009). Οι δραστηριότητες της νοσηλευτικής σε σχέση με τη φροντίδα του ασθενή έχουν αλλάξει σημαντικά τον 21<sup>ο</sup> αιώνα. Στο παρελθόν η νοσηλευτική φροντίδα εφαρμοζόταν με ένα τυπολατρικό και μηχανικό τρόπο, καθώς ο νοσηλευτής εκτελούσε τις ιατρικές οδηγίες. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα να παρακάμπτεται ο καθορισμός των αντικειμενικών σκοπών και η μέτρηση των αποτελεσμάτων όσον αφορά την πρόοδο της υγείας των ασθενών.

Σύμφωνα με τους πρώτους νοσηλευτικούς κώδικες και τη βιβλιογραφία, η ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας ήταν συνδεδεμένη με τον χαρακτήρα των νοσηλευτών<sup>29</sup> (Κοτσαγιώργη, Γκέκα, 2010). Αυτός ο εξαρτώμενος ρόλος έχει αλλάξει τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της προόδου στην τεχνολογία, της αξιολόγησης της ιατρικής φροντίδας, των απαιτήσεων του πληθυσμού για ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, της βελτίωσης του επιπέδου εκπαίδευσης των νοσηλευτών, της ανάπτυξης της νοσηλευτικής έρευνας και της αναγνώρισης των νοσηλευτών ως άρτια ενημερωμένων επαγγελματιών (Lemone, Burke, 2004).

Σήμερα, ο ρόλος του νοσηλευτή είναι ταυτόχρονα ανεξάρτητος και συνεργατικός. Έχει τη

---

<sup>29</sup> Ειδικότερα την υποτακτικότητα και την καρτερικότητα (Κοτσαγιώργη, Γκέκα, 2010).

δυνατότητα να εκτιμά αυτοβούλως, να σχεδιάζει και να εφαρμόζει τη φροντίδα για τον ασθενή βασιζόμενος στα προσόντα και στις γνώσεις του. Ταυτόχρονα συνεργάζεται με όλα τα μέλη της ιατρονοσηλευτικής ομάδας, με σκοπό την επίτευξη της ολιστικής νοσηλευτικής φροντίδας<sup>30</sup>. Παρέχει πλήρη και εξατομικευμένη φροντίδα, χρησιμοποιώντας την ικανότητα κριτικής σκέψης για την ανάλυση και τη σύνθεση της γνώσης που προέρχεται από την νοσηλευτική έρευνα, θεωρία και επιστήμη. Η κριτική σκέψη του νοσηλευτή παρεμβαίνει ώστε να καλύψει όχι μόνο τις οργανικές ανάγκες του ασθενή αλλά και τις ψυχοκοινωνικές, πνευματικές και πολιτισμικές ανάγκες του ίδιου και της οικογένειάς του (Lemone, Burke, 2004).

Σύμφωνα με πρόσφατη έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα ο νοσηλευτής πέρα από την επαγγελματική του ικανότητα, πρέπει να έχει χαρακτηριστικά στην προσωπικότητά του όπως αυτά του ανθρωπισμού, της ανιδιοτέλειας, της ιδεολογίας, της αλληλεγγύης, της αυταπάρνησης και της ευσυνειδησίας. Επιπρόσθετα, πρέπει να έχει υψηλό επίπεδο γνώσεων και δεξιοτήτων καθώς και υψηλό επίπεδο σωματικής και συναισθηματικής δύναμης (Δημητριάδου – Παντέκα και συν, 2009).

Η παροχή φροντίδας είναι το μέσο με το οποίο ο νοσηλευτής συνδέεται με τον ασθενή και ενδιαφέρεται για αυτόν. Το νοσηλευτικό προσωπικό αποτελεί την πλειοψηφία των επαγγελματιών υγείας και βρίσκεται συνεχώς στο πλευρό του ασθενή (Μερκούρης και συν, 2001). Ο νοσηλευτής ασκεί το ρόλο του ενδιάμεσου μεταξύ ιατρού και ασθενή, χρησιμοποιώντας αφενός τη γλώσσα της νόσου<sup>31</sup> και αφετέρου τη γλώσσα της αρρώστιας<sup>32</sup>, μεταβιβάζει εικόνες και νοήματα αντίστοιχα. Λόγω του διαπραγματευτικού του ρόλου στη θεραπευτική διαδικασία, προσδιορίζει τα προβλήματα του ασθενή και όχι τη νόσο του, στοχεύοντας στην καλύτερη θεραπευτική αντιμετώπιση της νόσου από τον ιατρό (Σαρρής, 2001).

### **2.2.1. Σχέση και επικοινωνία νοσηλευτή – ασθενή**

Αναπτύσσονται και ασκούνται διαφορετικές σχέσεις μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή ανάλογα με τον τύπο και το χώρο που εκτελείται η νοσηλευτική φροντίδα, οι οποίοι χαρακτηρίζονται

---

<sup>30</sup> Η ολιστική νοσηλευτική φροντίδα δίνει έμφαση στην μοναδικότητα του κάθε ατόμου (Lemone, Burke, 2004).

<sup>31</sup> Ιατρική ορολογία (Σαρρής, 2001).

<sup>32</sup> Υποκειμενική έκφραση και εμπειρία του αρρώστου (Σαρρής, 2001).

από: α) ενεργητικότητα και παθητικότητα του νοσηλευτή ή του ασθενή<sup>33</sup>, β) καθοδήγηση και συνεργασία<sup>34</sup>, γ) αμοιβαία συμμετοχή νοσηλευτή – ασθενή<sup>35</sup> (Σαρρής, 2001). Η σχέση μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή επηρεάζεται από το είδος της ασθένειας και την κατάσταση της υγείας του. Αν για παράδειγμα, η ασθένεια είναι χρόνια και σταθερή, ο ασθενής μπορεί να ενημερώνεται και να δημιουργεί καινούργιες γνώσεις, με αποτέλεσμα να υπερβαίνει την επάρκεια του νοσηλευτή, να γίνεται αυτός ο ειδικός και να μπορεί να αναγνωρίζει τα συμπτώματα της ασθένειάς του. Με αυτόν τον τρόπο αναλαμβάνει ηγετικό ρόλο. Ένας ακόμη σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει την παραπάνω σχέση είναι ο χώρος στον οποίο παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα. Όταν ο ασθενής νοσηλεύεται στο νοσοκομείο ο νοσηλευτής ασκεί τον έλεγχο έχοντας μεγαλύτερη ισχύ και εξουσία από τον ασθενή (Σαρρής, 2001).

Επίσης σημαντικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τη σχέση νοσηλευτή – ασθενή είναι οι αντιλήψεις που έχει ο νοσηλευτής και γενικότερα οι επαγγελματίες υγείας για τον ασθενή και την ασθένειά του, τα στοιχεία προσωπικότητας του ασθενή και οι κοινωνικοί προσδιοριστές που επηρεάζουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, ενώ δεν θα έπρεπε. Μερικοί από τους κοινωνικούς παράγοντες είναι: α) η ηλικία, οι ηλικιωμένοι ασθενείς αγνοούνται ή παραμελούνται, β) η κοινωνική θέση, ασθενείς από χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις τυγχάνουν λιγότερης προσοχής ή εξυπηρέτησης, γ) το φύλο, οι άντρες ενημερώνονται καλύτερα και δέχονται με διαφορετικό τρόπο την παρεχόμενη νοσηλευτική φροντίδα και δ) η φυλετική καταγωγή, παρατηρούνται διακρίσεις σε ασθενείς με διαφορετική φυλετική καταγωγή (Σαρρής, 2001).

Τέλος η σχέση νοσηλευτή – ασθενή επηρεάζεται από το βαθμό και την ποιότητα της ενημέρωσης και της επικοινωνίας, καθώς η ενημέρωση αποτελεί ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του ασθενή. Ο νοσηλευτής μπορεί να μην είναι εκπαιδευμένος στην επικοινωνία ή αν πρόκειται για «δυσάρεστα» νέα να επιθυμεί να διατηρήσει τον έλεγχο πάνω στον ασθενή, περιορίζοντας την ενημέρωση ή αποκρύπτοντας στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία και τη ζωή του (Σαρρής, 2001). Συχνά παρατηρείται έλλειψη συνοχής και αντιφάσεις στις πληροφορίες που δίνονται στους ασθενείς από τους ιατρούς και από το νοσηλευτή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία σύγχυσης και άγχους στους

---

<sup>33</sup> Νοσηλευτική φροντίδα σε μονάδες στεφανιαίας νόσου (Σαρρής, 2001).

<sup>34</sup> Νοσηλευτική φροντίδα κατ' οίκον σε χρόνιες παθήσεις (Σαρρής, 2001).

<sup>35</sup> Πρωτοβάθμια νοσηλευτική φροντίδα στην κοινότητα σε χρόνιες παθήσεις (Σαρρής, 2001).



ασθενείς. Αυτή η περιορισμένου τύπου ενημέρωση και η απουσία πραγματικής επικοινωνίας μεταξύ νοσηλευτή και ασθενή έχει ως αποτέλεσμα τη δημιουργία εντάσεων και αντιπαραθέσεων, οι οποίες στη συνέχεια επηρεάζουν αρνητικά τη νοσηλευτική φροντίδα (Σαρρής, 2001).

Ο νοσηλευτής μπορεί να ενημερώνει τον ασθενή, όπως ήδη αναφέραμε, αλλά δεν υποχρεούται να ζητήσει τη συναίνεσή του για να προβεί σε οποιαδήποτε νοσηλευτική παρέμβαση. Το γεγονός αυτό διευκολύνει την εκτέλεση του νοσηλευτικού έργου και δεν εμφανίζει την πολυπλοκότητα και την επικινδυνότητα μιας ιατρικής παρέμβασης για την οποία η συναίνεση είναι απαραίτητη (Ομπέση, 2011). Ο νοσηλευτής πρέπει να εκτιμά τις αξίες του ασθενή κάθε φορά που σχεδιάζει τη νοσηλευτική φροντίδα. Η έλλειψη αυτής της εκτίμησης επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης του ασθενή. Ιδανική λύση αποτελεί ο σχεδιασμός της νοσηλευτικής φροντίδας μαζί με τον ασθενή και την οικογένειά του. Τα παραπάνω προϋποθέτουν διάθεση χρόνου από το νοσηλευτή, ώστε να ακούει, να συμβουλεύει και να διδάσκει τον ασθενή και την οικογένειά του (Μπακάλης, Θεοδωρακοπούλου, 2006).

Σήμερα, ο νοσηλευτής έρχεται αντιμέτωπος με περίπλοκα θέματα ανθρωπίνων δικαιωμάτων, ως αποτέλεσμα των εμπόλεμων συγκρούσεων και των πολιτικών αναταραχών που συμβαίνουν γύρω μας. Η προστασία των ανθρωπίνων δικαιωμάτων δημιουργεί στο νοσηλευτή ευθύνες οι οποίες αφορούν την προάσπιση της ελευθερίας και της αυτονομίας του ατόμου καθώς και του σεβασμού της ανθρώπινης αξιοπρέπειας. Χρειάζεται, λοιπόν, να εφαρμόζει τη φροντίδα υγείας ως βασικό δικαίωμα των ατόμων και να αναγνωρίζει το δικαίωμα του ασθενή όσον αφορά την επιλογή ή απόρριψη της φροντίδας του. Ο νοσηλευτής οφείλει να περιφρουρεί τα ανθρώπινα δικαιώματα, όπως τη διασφάλιση της φροντίδας με επάρκεια και με μέσα σύμφωνα με τη νοσηλευτική ηθική και δεοντολογία και ταυτόχρονα να επαγρυπνά ώστε να μην παραβιάζονται αυτά κατά την εφαρμογή νέων τεχνολογιών ή την διενέργεια πειραμάτων (Χρυσοσπάθη, Γκαρανή – Παπαδάτου, 2006).

Ο νοσηλευτής διαθέτει μικρότερη ισχύ και εξουσία από τον ιατρό, όμως η εργασία του είναι προσανατολισμένη και επικεντρωμένη στον ασθενή. Η εκπαίδευση, η κατάρτισή του καθώς και οι κανόνες δεοντολογίας του επαγγέλματός του, έχουν ως στόχο την βοήθεια των ανθρώπων στη δυσκολότερη στιγμή της ζωής τους (Σαρρής, 2001).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

### ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΚΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ

Το μεγαλύτερο μέρος του χρόνου κάθε ατόμου καταλαμβάνει η επαγγελματική του δραστηριότητα, πολλές φορές σε βάρος των υπόλοιπων πτυχών της ζωής του, όπως για παράδειγμα ο ελεύθερος χρόνος του, με αποτέλεσμα το επάγγελμα να επηρεάζει και να καθορίζει σημαντικά την πορεία της ζωής του ατόμου (Μπόρου και συν, 2010). Καθοριστική είναι η γνώση της ανθρώπινης συμπεριφοράς στο χώρο της εργασίας καθώς και των κινήτρων και αντικινήτρων που τη διαμορφώνουν και την τροποποιούν (Ποζουκίδου και συν, 2007).

Σήμερα, η προσοχή στρέφεται στις συνθήκες εργασίας και στην ικανοποίηση που λαμβάνει ο εργαζόμενος από αυτήν. Η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των εργαζομένων τίθεται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος καθώς συνδέεται με την ποιότητα τόσο των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και με την αποτελεσματικότητα του ίδιου του οργανισμού. Το γεγονός αυτό γίνεται ακόμα πιο επιτακτικό σε οργανισμούς οι οποίοι απευθύνονται στον άνθρωπο και τις ανάγκες υγείας του, για αυτό και το μοντέλο διοίκησης καθώς και οι συνθήκες εργασίας χρειάζεται να συνεισφέρουν και στην επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων (Ποζουκίδου και συν, 2007).

Στην επαγγελματική ικανοποίηση αναφέρθηκε ο Locke το 1969, χαρακτηρίζοντάς την ως μια ευχάριστη συναισθηματική κατάσταση προερχόμενη από τις εργασιακές εμπειρίες του ατόμου (Locke, 1969). Αποτελεί μια πολυδιάστατη έννοια, η οποία εκφράζει τη συνολική στάση του ατόμου και των συναισθημάτων του για συγκεκριμένες πτυχές του επαγγέλματός του (Kohler, 1988). Αντιπροσωπεύει τη θετική στάση του ατόμου απέναντι στο επαγγελματικό του έργο. Είναι αποτέλεσμα της εκπλήρωσης των προσωπικών εργασιακών προσδοκιών του και της ταύτισης της προσωπικότητας του εργαζομένου με το περιβάλλον εργασίας του. Οι διαπιστώσεις αυτές ερμηνεύουν τις διαφορετικές εκτιμήσεις που παρουσιάζουν διαφορετικά άτομα για την ίδια εργασία (Χαραλαμπίδου, 1996).

Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι σημαντική γιατί συνδέεται τόσο με την ψυχική υγεία του εργαζόμενου ατόμου όσο και με την ανάγκη των επιχειρήσεων να παρουσιάζουν υψηλή αποδοτικότητα και ικανοποιημένο προσωπικό (Καντάς, 2008). Αρχικά ο εργαζόμενος εξέφραζε μια συνολική αίσθηση επαγγελματικής ικανοποίησης, σήμερα όμως είναι φανερό

ότι μπορεί να εκφράσει διαφορετικά συναισθήματα για διάφορες πλευρές της εργασίας του, όπως η φύση της εργασίας, η αμοιβή, η συνεργασία με τους συναδέλφους κ.ά. (Judge, 2002). Τα κίνητρα, οι αξίες και οι στάσεις του εργαζομένου έχουν συσχετιστεί με την επαγγελματική ικανοποίηση. Ταυτόχρονα έχει διαπιστωθεί ότι επηρεάζεται και από το ίδιο το περιβάλλον εργασίας και τα ατομικά χαρακτηριστικά του εργαζομένου (Μακρής και συν, 2011).

Συγκεκριμένα, το ατομικό επίπεδο ικανοποίησης από την εργασία επηρεάζεται από ένα πλήθος παραγόντων. Οι οικονομικές απολαβές, η δικαιοσύνη στο σύστημα προαγωγής, η ηγεσία, οι διαπροσωπικές σχέσεις μεταξύ των εργαζομένων, ο εμπλουτισμός της εργασίας, η συμμετοχή στη διοίκηση, οι συνθήκες και τα χαρακτηριστικά της εργασίας, δηλαδή τα καθήκοντα, οι ευκαιρίες και οι απαιτήσεις προάγουν την εργασιακή ικανοποίηση και την απόδοση του εργαζομένου. Χρειάζεται να τονισθεί ότι η έννοια της επαγγελματικής ικανοποίησης δεν είναι ταυτόσημη με αυτή της υποκίνησης<sup>36</sup>, αν και οι δύο αυτές έννοιες είναι στενά συνδεδεμένες. Η υποκίνηση προσπαθεί να δημιουργήσει κατάλληλα κίνητρα και ερεθίσματα τα οποία θα κινητοποιήσουν τις δυνατότητες των εργαζομένων, για να υπάρχει συνεργασία, εξέλιξη και πραγματοποίηση των στόχων του οργανισμού. Οι θεωρίες της υποκίνησης πρέπει να λαμβάνονται υπόψη με σκοπό τη δημιουργία υποστηρικτικού περιβάλλοντος εργασίας και βελτίωσης του βαθμού ικανοποίησης από το χώρο εργασίας (Χατζηπαντελής, Σιγάλας, 2011).

Κυριότερος σκοπός της εργασίας είναι η παραγωγικότητα, αλλά είναι εξίσου σημαντικό για τον εργαζόμενο να λαμβάνει ικανοποίηση από την εργασία του και να την εκτελεί με ευχαρίστηση. Σε αντίθετη περίπτωση, όταν ο εργαζόμενος είναι δυσαρεστημένος, εμφανίζεται μείωση της αποτελεσματικότητάς του (Πετρίλη, 2007). Η επαγγελματική ικανοποίηση είναι συνδεδεμένη με την ψυχολογική και σωματική ευημερία, με το φαινόμενο της επαγγελματικής εξουθένωσης, τις απουσίες από το χώρο της εργασίας, την αύξηση ή μείωση της παραγωγικότητας, την ικανοποίηση των χρηστών, τις οικογενειακές σχέσεις και γενικότερα την ικανοποίηση από τη ζωή (Μακρής και συν, 2011).

Τα τελευταία χρόνια έχουν διενεργηθεί πολλές έρευνες σε σχέση με την επαγγελματική ικανοποίηση. Στις μέρες μας το ενδιαφέρον επικεντρώθηκε στη σύνδεση της επαγγελματικής

---

<sup>36</sup> Ο Pinder το 1984 έδωσε τον εξής ορισμό για την υποκίνηση «ένα σύνολο από ενεργητικές δυνάμεις, οι οποίες μπορεί να προέρχονται από το ίδιο το άτομο ή από το περιβάλλον του και καθορίζουν την στάση του απέναντι στην εργασία» (Κουτούζης, 1999).

ικανοποίησης με την αυξανόμενη ανησυχία για την ποιότητα ζωής σε διάφορες χώρες. Η επαγγελματική ικανοποίηση αποτελεί ένα μέτρο της ποιότητας ζωής μέσα στους οργανισμούς, για αυτό χρειάζεται να την κατανοήσει και να την αυξήσει κάποιος, ακόμη και αν δεν συνδέεται με την παραγωγικότητα (Πετρίλη, 2007). Ακόμη υφίσταται δυσκολία στην κατανόηση των συσχετίσεων και των συνεπειών της επαγγελματικής ικανοποίησης. Τα εργαλεία μέτρησής της δεν είναι αξιόπιστα, καθώς δεν προβλέπουν τη διάθεση των εργαζομένων να εγκαταλείψουν το συγκεκριμένο επάγγελμα, το επαγγελματικό στρες και την επαγγελματική εξουθένωση, γεγονότα που συνδέονται με αυτή. Παλαιότερες μελέτες εξέταζαν την επαγγελματική ικανοποίηση σε σχέση με την ικανοποίηση των αναγκών, ενώ οι νεότερες μελέτες δίνουν έμφαση στις γνωστικές διαδικασίες. Υπάρχουν δύο διαφορετικές προσεγγίσεις στον τρόπο μέτρησης της επαγγελματικής ικανοποίησης:

- Η γενική προσέγγιση, η οποία έχει ως αντικείμενο μελέτης την ολική ή τη μέση στάση των εργαζομένων, δηλαδή αν τους αρέσει η εργασία τους γενικά. Κλίμακες αυτού του τύπου είναι οι Job General Scale και Michigan Organizational Assessment Questionnaire.
- Η επιμέρους προσέγγιση, η οποία εστιάζεται στις διαστάσεις της εργασίας που προσφέρουν ικανοποίηση ή δυσαρέσκεια. Τέτοιες κλίμακες είναι οι Job Satisfaction Satisfaction Survey (JSS), Job Diagnostic Survey, Job Description Index (JDI), Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ) (Μουσαάκη, 2006).

Η υψηλή ικανοποίηση συνδέεται με χαμηλούς δείκτες απουσίας από την εργασία και μείωση της συχνότητας εργατικών ατυχημάτων. Παράλληλα αποτελεί αιτία για υιοθέτηση θετικών συμπεριφορών, όπως η συνεργασία, το αυξημένο ενδιαφέρον των εργαζομένων για τον οργανισμό, η ισχυρή δέσμευση και ταύτιση με τους στόχους του και η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Έρευνες έχουν αναδείξει ότι η ικανοποίηση είναι υψηλή στα πρώτα χρόνια της επαγγελματικής πορείας του εργαζόμενου, στη συνέχεια μειώνεται με αποκορύφωμα τα 20 χρόνια εργασίας, ενώ στα 30 χρόνια και μέχρι το τέλος της εργασίας αυξάνεται και πάλι. Αντίθετα, το χαμηλό επίπεδο ικανοποίησης αυξάνει την εμφάνιση του συνδρόμου της επαγγελματικής εξουθένωσης, μειώνει το αίσθημα της αυτοεκτίμησης, μειώνει την αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα του εργαζόμενου και αυξάνει το άγχος και την κατάθλιψη (Ποζουκίδου, 2007).

Στο χώρο της υγείας η μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης έχει μεγάλη σημασία για την ομαλή λειτουργία του οργανισμού, την αποτελεσματική και αποδοτική διαχείριση των πόρων, την ποιοτική παροχή φροντίδας και την ικανοποίηση τόσο των ασθενών – χρηστών

όσο και των επαγγελματιών υγείας (Μακρής και συν, 2011). Η μέτρηση εστιάζεται στους επαγγελματίες υγείας καθώς τα νοσοκομεία αποτελούν χώρους επίπονης εργασίας και βίωσης δυσαρέσκειας (Μαρνέρας και συν, 2010). Η φύση της εργασίας του επαγγελματία υγείας, η καθημερινή επαφή με τον πόνο και οι αντίξοες συνθήκες εργασίας οδηγούν στη μείωση της επαγγελματικής ικανοποίησης (Αλεξιάς και συν, 2010). Ειδικότερα, σε συγκεκριμένα τμήματα του νοσοκομείου, όπως είναι οι ΜΕΘ και τα ΤΕΠ, οι επαγγελματίες υγείας βιώνουν εντονότερο στρες καθώς υπάρχουν αυξημένες ανάγκες για παροχή φροντίδας (Μαρνέρας και συν, 2010).

Τα τελευταία χρόνια έχουν διενεργηθεί αρκετές έρευνες γύρω από το βαθμό ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας. Σύμφωνα με διεθνείς έρευνες η αυξημένη επαγγελματική ικανοποίηση στο ιατρικό προσωπικό συνδέεται με καλύτερη αντιμετώπιση του φαινομένου της επαγγελματικής εξουθένωσης. Όμοια αποτελέσματα εμφανίστηκαν και σε μελέτες που έγιναν τόσο σε δημόσια ελληνικά νοσοκομεία, όσο και σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. Οι ιατροί εμφανίζουν τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης στο χώρο της υγείας, αφού θεωρούνται εργαζόμενοι με υψηλό κοινωνικό γόητρο, αισθάνονται ότι προσφέρουν σημαντικό έργο και επέλεξαν οι ίδιοι κατά κανόνα τον χώρο εργασίας τους (Αλεξιάς και συν, 2010).

Επίσης, πολλές έρευνες έχουν πραγματοποιηθεί για την ικανοποίηση του νοσηλευτικού προσωπικού. Οι νοσηλευτές έχουν αναλάβει ένα πολύ σημαντικό ρόλο, καθώς συμβάλουν στην αποδοτικότητα των νοσοκομείων (Μαρνέρας και συν, 2010). Η διερεύνηση της επαγγελματικής τους ικανοποίησης είναι επίσης σημαντική καθώς αποτελεί μία αναγνώριση του δύσκολου και επίπονου νοσηλευτικού έργου, φανερώνει την επίδραση της ικανοποίησης των νοσηλευτών στη φροντίδα των ασθενών και αποτυπώνει την αιτιώδη σχέση μεταξύ της επαγγελματικής ικανοποίησης και της επαγγελματικής κινητικότητας στο νοσηλευτικό επάγγελμα (Χαραλαμπίδου, 1996). Το 1995 η Αμερικάνικη Ένωση Νοσηλευτών πρότεινε την μέτρηση της επαγγελματικής ικανοποίησης των νοσηλευτών και την καθιέρωσή της ως ευαίσθητο νοσηλευτικό δείκτη, ο οποίος αντικατοπτρίζει την προσφορά των νοσηλευτών στην ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας.

Είναι ανάγκη οι νοσηλευτές να αισθάνονται επαγγελματική ικανοποίηση, ώστε να μπορούν να ασκούν αποτελεσματικά και ποιοτικά την εργασία τους, καθώς οι συνθήκες εργασίας που βιώνουν είναι πολύ δύσκολες, τόσο εξαιτίας της έλλειψης νοσηλευτικού προσωπικού και της

αύξησης των αναγκών των υπηρεσιών υγείας, όσο και του κόστους σε χρόνο και χρήμα για την πρόσληψη ή αντικατάσταση του νοσηλευτικού προσωπικού (Μαρνέρας και συν, 2010). Τα αποτελέσματα πολλών ερευνών τόσο στο διεθνή χώρο όσο και στην Ελλάδα δείχνουν ότι σημαντικό ποσοστό δηλώνει μέτρια ή καθόλου ικανοποιημένο από τη εργασία του. Σε έρευνα που πραγματοποιήθηκε σε δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου έγινε φανερό ότι η ικανοποίηση των νοσηλευτών υστερούσε έναντι των ιατρών, ιδιαίτερα σε ορισμένες παραμέτρους, όπως οι αποδοχές, η αναγνώριση, η επιβράβευση και η παροχή κινήτρων (Μακρής, 2011). Έρευνες αναδεικνύουν ότι το περιβάλλον και οι συνθήκες εργασίας είναι δυνατόν να απειλήσουν την ασφάλεια της φροντίδας των ασθενών, ταυτόχρονα με την υγεία και την ευημερία του νοσηλευτικού προσωπικού (Δημητριάδου, 2009).

Οι αλλαγές που παρατηρούνται σήμερα στον εργασιακό χώρο είναι πολλές, με θετικές και αρνητικές επιπτώσεις. Η εργασία αλλάζει μορφή εξαιτίας των νέων κοινωνικών δεδομένων, της εντατικοποίησης, των ευέλικτων μορφών, της μοναχικότητας της εργασίας και των νέων τεχνολογιών. Αυτές οι νέες τάσεις είναι δυνατόν να μειώνουν την ικανοποίηση των εργαζομένων και να τους προκαλούν αισθήματα μεγάλης πίεσης, με συνέπεια την εμφάνιση «των επαγγελματικών ασθενειών», του εργασιακού άγχους, της χρόνιας κόπωσης και της ψυχολογικής εξουθένωσης (Ποζουκίδου και συν., 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

### ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ

Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενή από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας, χρησιμοποιείται ως κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Για το λόγο αυτό σε παγκόσμιο επίπεδο διενεργούνται σε τακτά χρονικά διαστήματα διάφορες έρευνες που αναφέρονται στην ικανοποίηση τόσο των ασθενών όσο και των επαγγελματιών υγείας, καλύπτοντας ένα ευρύ φάσμα γύρω από τη νοσοκομειακή περίθαλψη. Στην παρούσα βιβλιογραφική ανασκόπηση παρουσιάζονται πρόσφατες και ορισμένες πολυκεντρικές και πολυεθνικές μελέτες από το 2001 μέχρι και σήμερα, με ικανοποιητικό αριθμό δείγματος (άνω των 200 ατόμων). Έμφαση δόθηκε στον εντοπισμό ερευνών που ασχολούνται με την ικανοποίηση των ασθενών από την πληροφόρηση σε θέματα που άπτονται της νόσου, της θεραπείας, των διαγνωστικών και παρεμβατικών πράξεων και την επικοινωνία που είχαν οι ασθενείς με τους επαγγελματίες υγείας, η οποία αποτελεί αναπόσπαστο τμήμα της κλινικής πρακτικής, θέμα ανάλογο με αυτό που διερευνάται στο ειδικό μέρος της παρούσας εργασίας.

#### 4.1. Ελληνικές Μελέτες

Το 2004 πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα έρευνα, η οποία αποτελούσε μέρος μιας πολυκεντρικής συγκριτικής έρευνας που διενεργήθηκε σε πέντε ακόμη Ευρωπαϊκές χώρες. Μελετούσε τις απόψεις ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την αυτονομία των πρώτων στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις, σε μαιευτικά, χειρουργικά και τμήματα χρονίως πασχόντων ηλικιωμένων. Το δείγμα περιελάμβανε 678 ασθενείς και 587 νοσηλευτές και μαίες. Κεντρικό ερώτημα της μελέτης αποτέλεσε η ικανοποιητική παροχή πληροφοριών στους ασθενείς από το προσωπικό και η δυνατότητα που τους παρεχόταν να λάβουν μέρος στη λήψη αποφάσεων για την υγεία τους. Τα δεδομένα έδειξαν ότι οι απόψεις των ασθενών διέφεραν σε σχέση με αυτές του υγειονομικού προσωπικού. Οι ασθενείς πίστευαν ότι τους δόθηκε περιορισμένη πληροφόρηση και ευκαιρίες για να αποφασίσουν για την ικανοποίηση των αναγκών τους. Και οι δύο πλευρές υποστήριξαν ότι λιγότερο συχνά δίνονταν πληροφορίες σχετικά με τη θεραπεία<sup>37</sup> και τη διάρκεια παραμονής τους στο νοσοκομείο, ενώ δίνονταν περισσότερες σε θέματα σίτισης και φροντίδας του δέρματος. Το ίδιο ισχύει και για

---

<sup>37</sup> Πιθανούς κινδύνους, διάρκεια θεραπείας, φάρμακα (Λεμονίδου και συν, 2004).

τις ευκαιρίες συμμετοχής καθώς είναι μεγαλύτερη στη φροντίδα της ατομικής υγιεινής από ότι στη θεραπεία (Λεμονίδου και συν, 2004).

Το 2008 πραγματοποιήθηκε έρευνα στην Κρήτη από τους σπουδαστές Α.Τ.Ε.Ι. Κρήτης, με σκοπό τη σύγκριση των απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και των ασθενών για την ποιότητα της προσφερόμενης νοσηλευτικής φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης. Τον πληθυσμό του δείγματος αποτέλεσαν 233 ασθενείς των παθολογικών τμημάτων και το σύνολο του νοσηλευτικού προσωπικού όλων των βαθμίδων. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι οι νοσηλευτές ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από την τεχνική πλευρά της φροντίδας, τις διαπροσωπικές σχέσεις, την πληροφόρηση<sup>38</sup> και λιγότερο ικανοποιημένοι από τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου. Οι ασθενείς παρουσίασαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης για την νοσηλεία – επιδεξιότητα, για το σεβασμό και την ευγένεια, για τη συνέχεια της φροντίδας, για την εξυπηρέτηση και περιποίηση, για την ανταπόκριση στην ικανοποίηση των αναγκών, για το ενδιαφέρον και την επικοινωνία. Εμφανιστήκαν λιγότερο ικανοποιημένοι όσον αφορά τις γενικές οδηγίες, την εκπαίδευση, την πληροφόρηση και τον προσανατολισμό (Αποστόλα και συν, 2008).

Στην ελληνική βιβλιογραφία δεν γίνεται αναφορά για άλλες μελέτες που να ερευνούν ταυτόχρονα την ικανοποίηση των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας. Για το λόγο αυτό οι παρακάτω έρευνες που παρουσιάζονται έχουν κοινά στοιχεία με ορισμένες παραμέτρους που ερευνούμε στην εργασία μας.

Το 2005 διεξήχθη ερευνητική εργασία με σκοπό την παρακολούθηση και τον έλεγχο των αποτελεσμάτων από την εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, ώστε να δοθεί μια σαφής εικόνα των παρεχομένων υπηρεσιών προς τους ασθενείς. Η έρευνα έγινε σε δύο νοσοκομεία: ένα εξειδικευμένο μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα νοσοκομείο (378 ερωτηματολόγια) και ένα πρόσφατα ιδρυμένο δημόσιο νοσοκομείο (520 ερωτηματολόγια). Από την ανάλυση των στοιχείων προέκυψε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία ήταν υψηλός και ειδικότερα στο εξειδικευμένο νοσοκομείο. Εμφανίστηκαν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης από την ιατρική ενημέρωση για την πορεία της νόσου και για την φαρμακευτική αγωγή, από την πληροφόρηση για τον τρόπο ζωής που θα ακολουθήσει ο

---

<sup>38</sup> Πληροφόρηση για εξετάσεις και θεραπεία (Αποστόλα και συν, 2008).



ασθενής, καθώς και από την ευγένεια και την κατανόηση του ιατρικού προσωπικού. Τα ίδια υψηλά ποσοστά ικανοποίησης παρουσιάστηκαν και για τη νοσηλευτική φροντίδα, ιδιαίτερα όσον αφορά την περιποίηση, την ευγένεια, την κατανόηση και την εξυπηρέτηση (Πολύζος και συν, 2005).

Το 2008 στα πλαίσια διπλωματικής εργασίας πραγματοποιήθηκε στα Ιωάννινα έρευνα σχετικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας στο Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων (Π.Γ.Ν.Ι) και στο Νοσοκομείο «Χατζηκώστα». Σκοπός της εργασίας ήταν η μέτρηση και η σύγκριση του βαθμού ικανοποίησης των νοσηλευθέντων ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, την ικανοποίηση από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και την ξενοδοχειακή υποδομή. Το δείγμα της εργασίας ήταν 500 νοσηλευόμενοι ασθενείς. Τα αποτελέσματα από την ανάλυση των πληροφοριών έδειξαν ότι η συνολική ικανοποίηση των ασθενών και στα δύο νοσοκομεία του δείγματος ήταν αρκετά υψηλή. Οι ασθενείς ήταν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από την ιατρική φροντίδα στα ΤΕΠ, από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα, την ενημέρωση, τη συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού και συνολικά από την ποιότητα του ιατρικού και νοσηλευτικού έργου (Λιακοπούλου, 2008).

Το 2009 πραγματοποιήθηκε έρευνα με μέριμνα του Ναυτικού Νοσοκομείου Αθηνών (NNA) για την καταγραφή του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στα νοσηλευτικά τμήματα, στα Εξωτερικά Ιατρεία και στο Ιατρείο Επειγόντων Περιστατικών. Η έρευνα σχεδιάστηκε με βασικό σκοπό την έναρξη εφαρμογής συστήματος ελέγχου και διαχείρισης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει το Νοσοκομείο σε διαχρονική βάση. Το δείγμα αποτελούνταν από 589 άτομα. Τα αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών από τις ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες του NNA ήταν υψηλός. Πάνω από το 80% των ασθενών ήταν πολύ ικανοποιημένοι από την ενημέρωση για τη νόσο τους, από τις οδηγίες που έλαβαν, από την ευγένεια, το ενδιαφέρον και την κατανόηση (Πολεμικό Ναυτικό, 2010).

Ακόμη μια έρευνα πραγματοποιήθηκε το 2010 σε τρία περιφερειακά νοσοκομεία της Βόρειας Ελλάδας και αντανάκλωσε την ικανοποίηση των ασθενών (δείγμα 286). Ταυτοποιήθηκαν τέσσερα κριτήρια ποιότητας παροχής υπηρεσιών υγείας, που αναφέρονται στο επίπεδο ποιότητας του ιατρικού και του νοσηλευτικού προσωπικού, στο επίπεδο οργάνωσης των διαδικασιών του νοσοκομείου και στις συνθήκες νοσηλείας των ασθενών. Τη μεγαλύτερη

βαρύτητα εμφάνισε η ποιότητα των υπηρεσιών του ιατρικού προσωπικού, ακολουθούσε αυτή του νοσηλευτικού προσωπικού, η ποιότητα στην οργάνωση υποδομής και τέλος οι συνθήκες διαβίωσης των ασθενών στο νοσοκομείο. Ως κριτήρια ποιότητας εξετάστηκαν η συχνότητα και η διαθεσιμότητα των ιατρών, το ενδιαφέρον τους για τα προβλήματα και τις δυσκολίες των ασθενών, η συμπεριφορά απέναντι τους, η ενημέρωση για την πορεία της νόσου και η πληροφόρηση πριν από το εξιτήριο. Η ποιότητα του νοσηλευτικού έργου αξιολογήθηκε μέσα από την προθυμία για εξυπηρέτηση και φροντίδα των ασθενών, από το γενικότερο ενδιαφέρον του νοσηλευτικού προσωπικού και από τη νοσηλευτική ενημέρωση για τις διαδικασίες της θεραπείας (Τσιριντάνη και συν, 2010).

#### 4.2. Διεθνείς Μελέτες

Παγκοσμίως διενεργούνται και δημοσιεύονται συνεχώς νέες έρευνες για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας. Το 2001 διενεργήθηκε στο Παρίσι έρευνα σε δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία. Αντικείμενό της αποτελούσε η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας τόσο από την πλευρά των επαγγελματιών (δείγμα 359) όσο και από αυτή των ασθενών (δείγμα 939). Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποίησαν οι ερευνητές ήταν ίδιο με αυτό της έρευνάς μας, για αυτό και τα αποτελέσματα της συγκεκριμένης έρευνας μπορεί να συγκριθούν με τα αποτελέσματα της παρούσας. Τα σημαντικότερα ευρήματα έδειξαν ότι οι επαγγελματίες και οι ασθενείς συμφωνούσαν στα θετικά, όπως ότι είναι απαραίτητη: α) η συγκατάθεση των ασθενών πριν από την χειρουργική επέμβαση και β) η απομάκρυνση των επισκεπτών πριν την εξέταση και στα αρνητικά, όπως ότι: α) δεν γίνεται αποτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, β) δεν ζητείται η συγκατάθεση τους για την παρουσία φοιτητών και γ) δεν γίνεται ορθή εκπαίδευση όσον αφορά τη νόσο. Οι ασθενείς εμφάνισαν υψηλότερη ικανοποίηση για την τεχνική πλευρά<sup>39</sup>, ενώ δεν ήταν ικανοποιημένοι από τις ψυχοκοινωνικές υπηρεσίες και από την ενημέρωση για τη θεραπεία που θα ακολουθούσαν μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο (Durieux et al, 2004).

Το 2010 πραγματοποιήθηκε παρόμοια μελέτη με το ίδιο ερωτηματολόγιο των Durieux et al και το δικό μας στην Κύπρο από τις Γεωργίου. Μ και Τσιβιτανίδου – Νεοκλέους. Α και στους επαγγελματίες υγείας (δείγμα 274) και στους ασθενείς (δείγμα 391). Τα κύρια αποτελέσματα της έρευνας έδειξαν ότι και οι δύο ομάδες συμφωνούν στην αναγκαιότητα της συγκατάθεσης πριν τη χειρουργική επέμβαση, στο σεβασμό της ιδιωτικότητας των ασθενών (κτυπούν την

---

<sup>39</sup> Ανακούφιση από τον πόνο (Durieux et al, 2004).

πόρτα πριν την είσοδο στο δωμάτιο, ζητούν τη συγκατάθεση του ασθενή για την παρουσία εκπαιδευόμενων κατά την εξέταση του). Εκφράζουν ικανοποίηση από την ενημέρωση για τη θεραπεία και τις διαγνωστικές εξετάσεις, ενώ αντίθετα δεν τους δίνεται η δυνατότητα να εκφράσουν την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκειά τους από την παρεχόμενη φροντίδα (Γεωργίου, Τσιβτανίδου, 2010).

Το 2001 πραγματοποιήθηκε μελέτη για τη σχέση της ικανοποίησης του ασθενή και παραγόντων όπως η ηλικία, το φύλο, η κατάσταση υγείας και ο πόνος. Το δείγμα ήταν περίπου 3400 νοσηλεύόμενοι ασθενείς από τέσσερα νοσοκομεία της Σουηδίας. Χρησιμοποιώντας το δείκτη ικανοποίησης ασθενών (PSI) προέκυψε ότι η ηλικία του ασθενή είχε το σημαντικότερο ρόλο όσον αφορά την ικανοποίηση, ακολουθούμενη από το άγχος της εισαγωγής<sup>40</sup>. Επίσης, η γενική κατάσταση της υγείας του ασθενή και η παρουσία του πόνου<sup>41</sup> κατά την εισαγωγή του σχετίζονταν σημαντικά με τον δείκτη ικανοποίησης (Rahmqvist, 2001).

Η έρευνα ήταν πολυκεντρική και πραγματοποιήθηκε το 2005 ταυτόχρονα στην Αυστραλία, στον Καναδά, στη Γερμανία, στη Νέα Ζηλανδία, στη Μεγάλη Βρετανία και στις Η.Π.Α. Το δείγμα αποτέλεσαν 750 ασθενείς στην Αυστραλία, στη Νέα Ζηλανδία και στον Καναδά και 1500 ασθενείς στις υπόλοιπες χώρες. Η έρευνα και στις έξι χώρες έδειξε ότι υπάρχει πρόβλημα στην ασφάλεια των ασθενών, φτώχη συνεργασία στην περίθαλψη και ελλείψεις στη φροντίδα των χρόνιων ασθενών. Συγκεκριμένα όσον αφορά την ενδονοσοκομειακή εμπειρία οι ασθενείς εντόπισαν κενά στην επικοινωνία με τους επαγγελματίες υγείας, στην ενημέρωση για την κατάστασή τους, στις οδηγίες μετά το εξιτήριο καθώς και στη συμμετοχή τους στην θεραπεία. Αρκετοί ασθενείς υποστήριξαν ότι δεν έλαβαν σαφή πληροφόρηση για τους κινδύνους της θεραπείας, δεν είχαν ενεργή συμμετοχή στη λήψη αποφάσεων για τη φροντίδα τους, δεν αξιολογούνταν συστηματικά ο πόνος από τους επαγγελματίες υγείας και χρειάστηκε να επισκεφτούν τα ΤΕΠ και ορισμένοι να εισαχθούν εκ νέου στο νοσοκομείο εξαιτίας επιπλοκών από τη μη σαφή ενημέρωση για τα συμπτώματα υποτροπής της υγείας τους (Schoen et al, 2005).

Η μελέτη πραγματοποιήθηκε το 2005 και σχεδιάστηκε μέσω περιγραφικών και

---

<sup>40</sup> Με την αύξηση του άγχους ο δείκτης ικανοποίησης (PSI) μειωνόταν (Rahmqvist, 2001).

<sup>41</sup> Ο δείκτης ικανοποίησης (PSI) μειωνόταν με την αύξηση του πόνου και καθώς επιδειωνόταν η γενική κατάσταση της υγείας των ασθενών (Rahmqvist, 2001).

συμπερασματικών μεθόδων, στοχεύοντας στην εξέταση του ηθικού του νοσηλευτικού προσωπικού και την επίδραση αυτού στην ικανοποίηση των ασθενών. Τα δεδομένα συλλέχτηκαν από 332 νοσηλευτές και 265 νοσηλευόμενους ασθενείς σε χειρουργικά τμήματα ενός νοσοκομείου στην Taiwan. Τα αποτελέσματα έδειξαν ότι η θέση εργασίας και η αμοιβή είχαν σημαντική επίδραση στο εργασιακό ηθικό των νοσηλευτών, το οποίο δεν αποτελεί κατά ανάγκη πρωτεύον παράγοντα στην ικανοποίηση των ασθενών αλλά μπορεί να μεγιστοποιήσει τη μη ικανοποίηση ασθενών από την προσφερόμενη νοσηλευτική φροντίδα (Yang and Huang, 2005).

Οι έρευνες που πραγματοποιούνται μπορούν να λειτουργήσουν ως μηχανισμοί επισήμανσης των προβλημάτων στην ποιότητα για τους επαγγελματίες υγείας, σχετικά με τις ανάγκες και τις προσδοκίες των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Από τους ερευνητές επισημαίνεται η ανάγκη για μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών με σκοπό την αύξηση της αποδοτικότητας στον ιδιωτικό υγειονομικό τομέα. Αντίθετα στο δημόσιο τομέα η μέτρηση εκφράζει την άποψη των χρηστών – πολιτών για τη χάραξη, ανάπτυξη και εφαρμογή της πολιτικής των υπηρεσιών υγείας (Evason, Whittington, 1997). Συμπεραίνουμε ότι οι έρευνες ικανοποίησης είναι μια μορφή λογοδοσίας ως προς την κοινωνική ευθύνη των επαγγελματιών υγείας (Sureshchandar et al, 2001).

Ταυτόχρονα η μέτρηση της ικανοποίησης των επαγγελματιών υγείας πρέπει και αυτή με τη σειρά της να αποτελεί ένα από τα σημαντικότερα ζητήματα των υπηρεσιών υγείας και αυτό γιατί το ανθρώπινο δυναμικό τους συνδέεται άμεσα με τον πολίτη. Οι υπηρεσίες υγείας χρειάζεται να υιοθετήσουν ένα μοντέλο διοίκησης περισσότερο ανθρωποκεντρικό, καθώς η ικανοποίηση των εργαζομένων επηρεάζει την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών προς την κοινωνία, τη σωστή λειτουργία του οργανισμού και τέλος την επαγγελματική και προσωπική ζωή των εργαζομένων (Ποζουκίδου, 2006).

Υπάρχει σημαντικός βαθμός διαφοροποίησης στην ερμηνεία που δίνουν οι επαγγελματίες υγείας και οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας αναφορικά με την ποιότητα στην περίθαλψη (Πολύζος και συν, 2005). Αρκετές έρευνες εμφάνισαν μεγαλύτερες τιμές συσχέτισης όσον αφορά την άποψη του ασθενή, γεγονός που έχει ως αποτέλεσμα να είναι απαραίτητη η άποψη του επαγγελματία υγείας ταυτόχρονα με αυτή του ασθενή, ώστε να έχουμε μια ολοκληρωμένη εικόνα της παρεχόμενης περίθαλψης (Πάλλης και συν, 2007).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

### ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται περιγραφή της μεθοδολογικής προσέγγισης που ακολουθείται στην παρούσα εργασία. Η συγκεκριμένη ερευνητική προσπάθεια επιδιώκει να αναδείξει το επίπεδο της ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας σε δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αττικής. Τα αποτελέσματα που θα προκύψουν κρίνονται αρκετά σημαντικά γιατί θα αναδείξουν τις αδυναμίες του υγειονομικού συστήματος, ιδιαίτερα στους τομείς της πληροφόρησης και της ενημέρωσης, ώστε να υιοθετηθούν δράσεις προς τη βελτίωση της ποιοτικής παροχής υπηρεσιών.

#### 5.1. Σκοπός της έρευνας

Η παρούσα έρευνα έχει ως αντικείμενο τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών όσον αφορά την παρεχόμενη φροντίδα και την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας σε τρία γενικά δημόσια νοσοκομεία της Αττικής. Η αποτύπωση και η μελέτη των απόψεων των πολιτών και των επαγγελματιών υγείας για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας έχει ως σκοπό τη σύγκριση των απόψεων τους.

Η μέτρηση της προσφερόμενης φροντίδας και της ικανοποίησης των ασθενών αποσκοπεί στην αξιολόγηση της ποιότητας και της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών υγείας. Οι παραπάνω μετρήσεις μπορούν να χρησιμοποιηθούν για τη χάραξη πολιτικής υγείας. Η αποτύπωση της γνώμης των χρηστών και των επαγγελματιών των υπηρεσιών υγείας είναι πολύ σημαντική για όσους συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων, καθώς δίνει πληροφορίες για τα προβλήματα στην προσφερόμενη φροντίδα και για την καταλληλότητα των συστημάτων οργάνωσης του νοσοκομείου. Η διοίκηση μπορεί να αξιοποιήσει τις απόψεις των εργαζομένων και των ασθενών για την ενίσχυση του ηθικού και την επιβράβευση του προσωπικού του νοσοκομείου. Η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας είναι δυνατόν να οδηγήσει σε ταχύτερη ανάρρωση των ασθενών και σε μειωμένο χρόνο νοσηλείας.

#### 5.2. Ερευνητικά ερωτήματα

1. Πόσο ικανοποιημένοι αισθάνονται οι επαγγελματίες υγείας από την φροντίδα που

προσφέρουν στους ασθενείς και από το επάγγελμά τους;

2. Πώς κρίνουν οι ασθενείς την παρεχόμενη φροντίδα σε σχέση με τις προσδοκίες τους και τα κοινωνικό-οικονομικά χαρακτηριστικά τους;
3. Σε ποιο βαθμό συγκλίνουν οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας με των ασθενών για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας;
4. Τι θεωρούν σημαντικό οι ασθενείς και τι οι επαγγελματίες υγείας στην παροχή αυτών των υπηρεσιών;
5. Ποιες είναι οι αδυναμίες και δυσλειτουργίες του συστήματος;

### 5.3. Σχεδιασμός μελέτης

Η παρούσα μελέτη είναι περιγραφική και μελέτη συσχετίσεων και αφορά δύο ομάδες πληθυσμού, τους επαγγελματίες υγείας (ιατροί και νοσηλευτές) που εργάζονται σε δημόσια γενικά νοσοκομεία και τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Το πεδίο διεξαγωγής της μελέτης αφορά τους επαγγελματίες υγείας που εργάζονται στα τρία δημόσια γενικά νοσοκομεία και σε όλες τις κλινικές των νοσοκομείων, χωρίς να γίνει καμία εξαίρεση καθώς και ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα αντίστοιχα νοσοκομεία. Δόθηκε η ευκαιρία σε όλους τους επαγγελματίες υγείας να συμμετέχουν με σκοπό να είναι εφικτή η γενίκευση των αποτελεσμάτων. Όσον αφορά τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν στα τρία συγκεκριμένα νοσοκομεία και προέρχονται από όλες σχεδόν τις κλινικές. Εξαιρέθηκαν οι ασθενείς που προσέρχονταν στα ΤΕΠ και στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία των νοσοκομείων, στο τμήμα Τεχνητού Νεφρού, στην Οφθαλμολογική Κλινική και στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας.

Είναι σημαντικό να επισημανθεί ότι προσεγγίσαμε ιδιωτικά νοσοκομεία για να συμμετέχουν στην έρευνα, αλλά παρά τις επανειλημμένες προσπάθειές μας δεν κατορθώσαμε να λάβουμε έγκριση και για αυτό η έρευνά μας περιορίστηκε στα τρία δημόσια νοσοκομεία.

### 5.4. Περιγραφή του δείγματος και της δειγματοληπτικής μεθόδου

Η δειγματοληψία<sup>42</sup> αποτελεί ένα σπουδαίο βήμα της ερευνητικής διαδικασίας, αφού η μέθοδος με την οποία επιτελείται είναι καθοριστική για το αν το δείγμα θα αντιπροσωπεύει το συνολικό πληθυσμό και αν επομένως ο ερευνητής θα μπορέσει να εξάγει τα αποτελέσματα της μελέτης και να τα γενικεύσει σε ολόκληρο τον πληθυσμό (Σαχίνη – Καρδάση, 1997). Το

---

<sup>42</sup> Είναι η διεργασία με την οποία τα υποκείμενα της μελέτης επιλέγονται από ένα μεγαλύτερο πληθυσμό (Παναγιωτάκος, 2006).

δείγμα είναι η υπομονάδα του πληθυσμού της μελέτης που επιλέγεται ως πηγή για τα δεδομένα. Κατά τη δειγματοληψία ιδιαίτερο ρόλο παίζει η εκλογή του κατάλληλου πληθυσμού αναφοράς, η αντιπροσωπευτικότητα<sup>43</sup>, η οποία συνήθως επιτυγχάνεται με τη διαστρωμάτωση<sup>44</sup> του δείγματος<sup>45</sup> (Παναγιωτάκος, 2006).

Η συγκεκριμένη έρευνα, όπως ήδη αναφέρθηκε παραπάνω, πραγματοποιήθηκε σε νοσηλεύομενους ασθενείς και επαγγελματίες υγείας (ιατρούς, νοσηλευτές) σε τρία δημόσια νοσοκομεία της Αττικής. Το μέγεθος του υπό εξέταση πληθυσμού αποτέλεσαν 313 ασθενείς και 278 επαγγελματίες υγείας. Η συλλογή των στοιχείων της έρευνας πραγματοποιήθηκε εντός χρονικού διαστήματος τεσσάρων μηνών (Νοέμβριος 2010 έως Μάρτιος 2011). Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο, έτσι ώστε να διασφαλίζεται η ύπαρξη μικρού στατιστικού σφάλματος και η εξαγωγή ασφαλών συμπερασμάτων. Στην επιλογή του δείγματος ακολουθήθηκαν τα παρακάτω κριτήρια:

- Συναίνεση του δείγματος (ασθενών και επαγγελματιών υγείας) για συμμετοχή στην έρευνα κατόπιν πληροφόρησής τους για το σκοπό διεξαγωγής της έρευνας και ενημέρωσή τους ότι τα τελικά συμπεράσματα θα έχουν συλλογικό και όχι ατομικό χαρακτήρα.
- Νοσηλεία των ασθενών στα υπό διερεύνηση νοσοκομεία πάνω από δύο ημέρες.
- Ικανότητα των ασθενών να επικοινωνούν, να μην πάσχουν από άνοια ή ψύχωση.
- Προέλευση των επαγγελματιών υγείας από όλες τις ιεραρχικές βαθμίδες των δύο βασικών ειδικοτήτων (217 Νοσηλευτές<sup>46</sup>, 59 Ιατροί<sup>47</sup>).

## 5.5. Το Ερωτηματολόγιο

Το ερωτηματολόγιο αποτελεί ένα από τα καλύτερα εργαλεία για την εκτέλεση δειγματοληπτικών ερευνών καθώς παρέχει στους ερευνητές σημαντικές πληροφορίες σχετικά με τη συμπεριφορά, τις πεποιθήσεις, τα πιστεύω και τα χαρακτηριστικά των ατόμων που συμμετέχουν στην έρευνα (Παναγιωτάκος, 2006). Σκοπός του είναι η συλλογή όσο το δυνατόν περισσότερων απαιτούμενων πληροφοριών με το μικρότερο δυνατό σφάλμα, με τη λιγότερο δυνατή ενόχληση των ερωτηθέντων και την κατάλληλη μορφή για περαιτέρω επεξεργασία των στοιχείων (Πραμαγγιούλης, 2008).

---

<sup>43</sup> Ο βαθμός στον οποίο το δείγμα συμπεριφέρεται σαν τον πληθυσμό και έχει χαρακτηριστικά όμοια με αυτόν (Σαχίνη – Καρδάση, 1997).

<sup>44</sup> Αφορά διάφορα βασικά χαρακτηριστικά του πληθυσμού, όπως φύλο, ηλικία και κοινωνικό– οικονομικά χαρακτηριστικά (Παναγιωτάκος, 2006).

<sup>45</sup> Το μεγάλο δείγμα συνεπάγεται μεγάλο κόστος χωρίς να ακολουθείται πάντα από αξιόπιστα αποτελέσματα, ενώ το μικρό δείγμα πιθανόν να οδηγήσει σε συστηματικό σφάλμα (Παναγιωτάκος, 2006).

<sup>46</sup> Προϊστάμενος, Πρώτος Υπεύθυνος Νοσηλεύτης, Νοσηλεύτης, Βοηθός Νοσηλεύτης.

<sup>47</sup> Διευθυντής κλινικής, Αναπληρωτής Διευθυντής, Επιμελητής Ιατρός, Ειδικευόμενος Ιατρός.

Σημαντικό ρόλο παίζει η σωστή σύνταξη του ερωτηματολογίου, με ερωτήσεις σαφείς, συγκεκριμένες, ενδιαφέρουσες και εύκολες να απαντηθούν, έτσι ώστε να ελαχιστοποιηθεί κάθε πιθανότητα λάθους κατά την καταγραφή της διερευνούμενης πληροφορίας (Παναγιωτάκος, 2006).

Για τη συλλογή των δεδομένων της παρούσας έρευνας έγινε χρήση δύο διαφορετικών ερωτηματολογίων (Παράρτημα 1). Ένα ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε στους επαγγελματίες υγείας και ένα δεύτερο στους ασθενείς. Το ερωτηματολόγιο ήταν δομημένο<sup>48</sup>, ανώνυμο, σταθμισμένο και προερχόταν από παρόμοια έρευνα στη Γαλλία<sup>49</sup>. Η μετάφραση και η στάθμισή του έγινε από τις μεταπτυχιακές φοιτήτριες Γεωργίου Μαρίας και Νεοκλέους – Τσιβιτανίδου Άρτεμις και εξασφαλίστηκε η άδεια των ερευνητών για τη χρήση του ίδιου ερωτηματολογίου στην έρευνά μας.

### **5.5.1. Ερωτηματολόγιο επαγγελματιών υγείας**

Το ερωτηματολόγιο διανεμήθηκε προσωπικά από τις ερευνήτριες σε όλους τους προϊστάμενους και διευθυντές ιατρούς των τριών νοσοκομείων και στους παρευρισκόμενους ιατρούς και νοσηλευτές της τρέχουσας βάρδιας. Κατά την παράδοση έγινε μια σύντομη ανάλυση του σκοπού της έρευνας και δίνονταν επιπρόσθετες διευκρινήσεις σε όσους τις ζητούσαν, τόσο για τις ερωτήσεις όσο και για την ίδια την έρευνα. Ορισμένα από τα ερωτηματολόγια λήφθηκαν συμπληρωμένα την ίδια μέρα με την παράδοση παρουσία των ερευνητριών, ενώ τα περισσότερα συλλέχθηκαν συμπληρωμένα μετά από την πάροδο μερικών ημερών, ώστε να δοθεί ο απαραίτητος χρόνος, λόγω του κυκλικού ωραρίου, να συμπληρωθούν από όσο το δυνατόν μεγαλύτερο αριθμό επαγγελματιών υγείας. Τα συμπληρωμένα ερωτηματολόγια συλλέχθηκαν από τους προϊστάμενους των αντίστοιχων τμημάτων, κατόπιν προηγηθείσας συνεννόησης, και τοποθετήθηκαν σε φάκελο όπου αναγραφόταν ο τίτλος έρευνας.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει 14 ερωτήσεις, οι οποίες αφορούν τα δημογραφικά και εργασιακά χαρακτηριστικά του υπό έρευνα πληθυσμού, όπως φύλο, ηλικία, οικογενειακή κατάσταση, εκπαιδευτικό επίπεδο, τμήμα και ειδικότητα εργασίας, ικανοποίηση από την εργασία και βαθμολογία της ικανότητας του ίδιου

---

<sup>48</sup> Σε ένα δομημένο ερωτηματολόγιο τα υποκείμενα καλούνται να απαντήσουν στις ίδιες ερωτήσεις, με την ίδια σειρά και τις ίδιες επιλογές για τις απαντήσεις τους.

<sup>49</sup> «Comparison of health care professionals' self-assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study» (Durieux et al, 2004).



και των συναδέλφων του.

Το δεύτερο μέρος περιλαμβάνει δέκα ερωτήσεις αυτογνωσίας<sup>50</sup> με κλίμακα διαβάθμισης από το 1 έως το 4, το οποίο αντιστοιχεί στο συμφωνώ απόλυτα – συμφωνώ – διαφωνώ – διαφωνώ απόλυτα. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε είναι “The Rosenberg Self – Esteem Scale” και αποτελεί ίσως τον πιο διαδεδομένο τρόπο μέτρησης κατά τη διεξαγωγή κοινωνιολογικών ερευνών ( <http://www.bsos.umd.edu/socy/research/rosenberg.htm>) (16/5/2011).

Το τρίτο μέρος, με τριάντα μία ερωτήσεις κλειστού τύπου διαπραγματεύεται το αντικείμενο της έρευνας, δηλαδή την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας μέσα από την οπτική γωνία του επαγγελματία υγείας. Ειδικότερα διερευνάται αν ο ασθενής ενημερώνεται για το απόρρητο που διέπει την κατάσταση της υγείας του και τα προσωπικά του στοιχεία, αν του παρέχονται πληροφορίες για τη δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων του ή για την ύπαρξη ειδικού γραφείου υποβολής παραπόνων και αν αναγνωρίζονται τυχόν ψυχολογικές και κοινωνικές ανάγκες του.

Υπάρχουν ακόμη ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την ενημέρωση του ασθενή για το είδος, τους λόγους και τα αποτελέσματα των εξετάσεων, για τους σκοπούς, τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της ακολουθούμενης θεραπείας καθώς και για θέματα αγωγής υγείας. Επίσης, μελετάται αν είναι απαραίτητη η συναίνεση του ασθενή πριν τη χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία. Ακολουθούν ερωτήσεις που αφορούν το σεβασμό στην ιδιωτική ζωή του ασθενή, όπως αν ζητείται η συγκατάθεση του για την παρουσία φοιτητών με σκοπό την εκπαίδευσή τους ή αν εγκαταλείπουν οι επισκέπτες το θάλαμο του ασθενή κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Οι τελευταίες ερωτήσεις αφορούν την έξοδο του ασθενή, κατά πόσο συμμετέχει ο ίδιος στην οργάνωσή της, αν δίνονται ικανοποιητικές εξηγήσεις για την κατάσταση της υγείας του, τα συμπτώματα τυχόν υποτροπής και τις δραστηριότητες στις οποίες μπορεί να συμμετέχει και τέλος κατά πόσο του δίνεται η ευκαιρία μέσω ερωτηματολογίων να εκφράσει την ικανοποίησή του από την παρεχόμενη φροντίδα.

### **5.5.2. Ερωτηματολόγιο πολιτών**

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε και αυτό προσωπικά στους περισσότερους ασθενείς ώστε να δοθούν οι απαραίτητες διευκρινήσεις και να απαντηθούν οι απορίες τους. Πριν την

---

<sup>50</sup> Είναι ο θετικός ή αρνητικός προσανατολισμός απέναντι στον εαυτό του. Μια ολοκληρωμένη εκτίμηση για την αξία κάποιου ατόμου. <http://www.bsos.umd.edu/socy/research/rosenberg.htm> (16/5/2011)

συμπλήρωσή του γινόταν μια σύντομη ανάλυση του σκοπού της έρευνας και διαβεβαιώνονταν οι ασθενείς ότι οι απαντήσεις τους θα ήταν εμπιστευτικές και απόρρητες και θα χρησιμοποιούνταν για στατιστική ανάλυση μόνο στη συγκεκριμένη έρευνα. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθησαν κυρίως κατά τις πρωινές ώρες μεταξύ 12 – 1 μμ και κατά τις απογευματινές ώρες μεταξύ 6 μμ – 8 μμ. Δόθηκε στους ασθενείς ο απαραίτητος κατά περίπτωση χρόνος (περίπου μισής ώρας), ώστε να μπορέσουν να συμπληρώσουν τις ερωτήσεις με ή χωρίς την παρουσία των ερευνητριών.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρία μέρη. Το πρώτο μέρος περιλαμβάνει εννέα ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στα δημογραφικά χαρακτηριστικά και στα χαρακτηριστικά της υγείας του υπό μελέτη πληθυσμού. Οι πρώτες ερωτήσεις αφορούν το φύλο, την ηλικία, την οικογενειακή κατάσταση, το επίπεδο εκπαίδευσης, τον τόπο διαμονής, το επάγγελμα και το οικογενειακό εισόδημα. Οι τελευταίες δύο ερωτήσεις σχετίζονται με τις προηγούμενες εισαγωγές του ασθενή και την υποκειμενική του άποψη για την κατάσταση της υγείας του.

Το δεύτερο μέρος αποτελείται από επτά ερωτήσεις οι οποίες αφορούν την παρούσα εισαγωγή του στο νοσοκομείο και τη διάρκεια των συμπτωμάτων. Διατυπώνονται ερωτήσεις για το τμήμα στο οποίο νοσηλεύεται, το χρονικό διάστημα νοσηλείας του και τον τρόπο εισαγωγής<sup>51</sup>. Τέλος ζητείται από τον ασθενή η άποψή του για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όσον αφορά γενικά το νοσοκομείο και ειδικότερα τους επαγγελματίες υγείας, ιατρούς και νοσηλευτές, ξεχωριστά.

Το τρίτο μέρος περιλαμβάνει τριάντα μία ερωτήσεις, οι οποίες αναφέρονται στην ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας από την οπτική γωνία του καταναλωτή – χρήστη, δηλαδή του ασθενή. Οι ερωτήσεις είναι ίδιες με αυτές του ερωτηματολογίου των επαγγελματιών υγείας, με σκοπό να γίνει σύγκριση των ευρημάτων στο τέλος της έρευνας.

## 5.6. Πιλοτική εφαρμογή

Αν και τα ερωτηματολόγια ήταν σταθμισμένα και δοκιμασμένα στη Γαλλία και στην Κύπρο, κρίθηκε σκόπιμο να γίνει πιλοτική εφαρμογή τόσο στους επαγγελματίες υγείας όσο και στους ασθενείς. Με την πιλοτική εφαρμογή ο ερευνητής μπορεί να διαπιστώσει τα δυνατά και αδύνατα σημεία του σχεδίου της μελέτης του, πριν από την εκτέλεσή της. Συγκεκριμένα

---

<sup>51</sup> Προγραμματισμένη, μέσω των Πρώτων Βοηθειών, μεταφορά από άλλο νοσοκομείο.

διαπιστώνεται αν οι ερωτήσεις που χρησιμοποιούνται είναι κατανοητές, αφαιρεί τυχόν διαφορούμενες λέξεις, ελέγχει αν τα δεδομένα μπορούν να αναλυθούν και παίρνει μια ένδειξη του ρυθμού απάντησης και του επιπέδου συμμετοχής (Σαχίνη – Καρδάση, 1997).

Η πιλοτική έρευνα διεξήχθη σε δείγμα 35 επαγγελματιών υγείας και 35 ασθενών την περίοδο 20/11/2010 μέχρι 15/12/2010. Από την πιλοτική έρευνα προέκυψε ότι οι περισσότερες των ερωτήσεων και στα δύο ερωτηματολόγια ήταν κατανοητές και έτσι χρειάστηκε να προστεθεί μόνο μια επιπλέον ερώτηση και στα δύο ερωτηματολόγια, εξαιτίας ορισμένων παρατηρήσεων και ασαφειών που διαπιστώθηκαν.

Με την ολοκλήρωση της πιλοτικής έρευνας ξεκίνησε η κύρια έρευνα στα τρία δημόσια νοσοκομεία, η οποία και διεξήχθη τη χρονική περίοδο από το τέλος Δεκεμβρίου 2010 έως και το Μάρτιο του 2011. Η διανομή των ερωτηματολογίων πραγματοποιήθηκε προσωπικά από τις ερευνήτριες κατά τις πρωινές και απογευματινές ώρες. Η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων τόσο από τους επαγγελματίες υγείας όσο και από τους ασθενείς έγινε παρουσία των ερευνητριών, ώστε να διαπιστωθούν και να καταγραφούν οι δυσκολίες στην κατανόηση των ερωτήσεων. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε αμέσως μετά την συμπλήρωσή τους, σε δύο φακέλους για τις δύο ομάδες του δείγματος.

### 5.7. Ηθικές προεκτάσεις και αδυναμίες της έρευνας

Πριν την έναρξη της πιλοτικής έρευνας υποβλήθηκε αίτηση έγκρισης σε περισσότερα<sup>52</sup> από τρία δημόσια νοσοκομεία. Η αίτηση απευθυνόταν στο διοικητικό συμβούλιο των νοσοκομείων και κοινοποιήθηκε στο διοικητή, στο επιστημονικό συμβούλιο και στη νοσηλευτική υπηρεσία. Τελικά μόνο τρία απάντησαν θετικά στη διεξαγωγή της έρευνας. Ταυτόχρονα έγινε προσπάθεια να επεκταθεί η έρευνα και σε ιδιωτικά νοσοκομεία, προσεγγίζοντας με αίτηση τρία από αυτά, αλλά η απάντηση ήταν αρνητική. Η έγκριση δόθηκε εγγράφως με τη λήξη της πιλοτικής έρευνας. Χρειάζεται να διευκρινίσουμε ότι η πιλοτική έρευνα διεξήχθη κατόπιν προφορικής έγκρισης από τις αντίστοιχες διευθύνσεις (διοικητική και νοσηλευτική) και των τριών νοσοκομείων. Κατά τη διανομή των ερωτηματολογίων γινόταν ενημέρωση του ιατρού διευθυντή και της προϊσταμένης του νοσηλευτικού τμήματος, ώστε να συμβάλλουν με την συνεργασία τους στην προώθηση της έρευνας.

---

<sup>52</sup> Έξι νοσοκομεία.

Κατά τη διανομή και συλλογή των ερωτηματολογίων εντοπίσαμε ορισμένα φαινόμενα τόσο σε σχέση με τους ασθενείς όσο και σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας τα οποία αποτελούν αδυναμίες της έρευνας. Ορισμένοι ασθενείς δεν ήταν πρόθυμοι να συμμετέχουν στην έρευνα, εξαιτίας του φόβου και της έλλειψης εμπιστοσύνης να απαντήσουν στις ερωτήσεις που αφορούσαν την ικανοποίησή τους από την ποιότητα της φροντίδας στο νοσοκομείο και ειδικότερα από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Αυτοί οι ασθενείς πίστευαν ότι αν εκφράσουν δυσαρέσκεια θα υποστούν πλημμελή μεταχείριση από τους επαγγελματίες υγείας. Επίσης, κάποιοι ήταν απρόθυμοι να συμμετέχουν στην έρευνα, γιατί δεν ήθελαν να συμπληρώσουν προσωπικά τους στοιχεία όπως το οικογενειακό εισόδημα. Τέλος, ορισμένοι ασθενείς, κυρίως από ορθοπεδικά και ογκολογικά τμήματα, αρνήθηκαν να συμμετέχουν εξαιτίας της βαριάς σωματικής ή ψυχολογικής κατάστασης στην οποία βρίσκονταν.

Το σημαντικότερο πρόβλημα στη διεξαγωγή της έρευνας σε σχέση με τους επαγγελματίες υγείας ήταν η σκεπτικότητα και η δυσπιστία με την οποία αντιμετώπισαν το ερωτηματολόγιο κυρίως οι ιατροί, καθώς ορισμένοι διατύπωσαν την άποψη ότι δεν ανταποκρίνεται στην ελληνική πραγματικότητα, για αυτό και αρνήθηκαν να το συμπληρώσουν<sup>53</sup>.

## 5.8. Στατιστική Ανάλυση

Έχοντας συλλέξει τα στοιχεία ξεκίνησε η εισαγωγή τους στο στατιστικό πρόγραμμα χρησιμοποιώντας το λογισμικό SPSS version 15, το οποίο είναι ένα ισχυρό σύστημα ανάλυσης και διαχείρισης δεδομένων. Τα δείγματα μελετήθηκαν με παραμετρικά και μη παραμετρικά test. Χρησιμοποιήθηκε το test Kolmogorov – Smirnov για τον έλεγχο της τυπικής κανονικής κατανομής. Επίσης χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος ανεξαρτησίας chi – squared test για την διερεύνηση της σχέσης μεταξύ δύο μεταβλητών. Το T-test χρησιμοποιήθηκε ως κατάλληλος παραμετρικός έλεγχος, με σκοπό να διερευνήσουμε αν δύο ομοειδείς ποσοτικές μεταβλητές, οι οποίες προέρχονται από ανεξάρτητους πληθυσμούς, διαφέρουν κατά μέση τιμή. Για ποσοτικές μεταβλητές οι οποίες δεν ακολουθούσαν κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο μη παραμετρικός έλεγχος Mann – Whitney. Το επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας σε όλες τις αναλύσεις ορίστηκε το  $p < 0,05$ . Τα αποτελέσματα της έρευνας παρουσιάζονται μέσα από περιγραφικούς πίνακες, διαγράμματα και πίνακες συνάφειας.

---

<sup>53</sup> Από τα 278 ερωτηματολόγια επαγγελματιών υγείας που συλλέχθηκαν, 33 συμπληρώθηκαν από ειδικευμένους ιατρούς (ποσοστό 12%), 26 από ειδικευόμενους (ποσοστό 9,4%) και 219 από νοσηλευτές (ποσοστό 78,6%).

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

### ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Τα ευρήματα της έρευνας επεξηγούνται σε κείμενο και ταυτόχρονα παρουσιάζονται με πίνακες και διαγράμματα. Στο κείμενο αναφερόμαστε στα ποσοστά των έγκυρων τιμών (valid), παρουσιάζονται περιγραφικά μέτρα, όπως η μέγιστη και η ελάχιστη τιμή, το 95% διάστημα εμπιστοσύνης και γίνονται συγκρίσεις μεταξύ των δειγμάτων, όπου κρίνεται σημαντικό και απαραίτητο. Εμφανίζονται οι έγκυρες τιμές, συμπεριλαμβανομένων και αυτών που δεν απαντήθηκαν (missing value).

#### 6.1. Περιγραφή των υπό έρευνα νοσοκομείων

Αρχικά αναφερόμαστε συνοπτικά στα χαρακτηριστικά των τριών νοσοκομείων, στα οποία διενεργήθηκε η έρευνα. Πρόκειται για δημόσια γενικά νοσοκομεία της Αθήνας, τα οποία εφημερεύουν κάθε τέσσερις ημέρες και έχουν όλες σχεδόν τις κλινικές και τις ιατρικές ειδικότητες. Το ένα νοσοκομείο έχει 553 κλίνες και απασχολεί 1715 άτομα (ιατρικό, νοσηλευτικό, παραϊατρικό και διοικητικό προσωπικό), το δεύτερο έχει 468 κλίνες και απασχολεί 1272 εργαζόμενους και το τρίτο νοσοκομείο έχει 172 κλίνες και το ανθρώπινο δυναμικό του ανέρχεται σε 520 άτομα.

#### 6.2. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

##### 6.2.1. Κατανομή φύλου

Δόθηκαν συνολικά 350 ερωτηματολόγια σε ιατρούς και νοσηλευτές και συμπληρώθηκαν τα 278 δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 79,4%. Σχεδόν το 70% του δείγματος αποτελούνταν από γυναίκες.

Δόθηκαν 630 ερωτηματολόγια στους ασθενείς και συμπληρώθηκαν τα 313 δηλαδή το ποσοστό ανταπόκρισης ήταν 49,7%, με σχεδόν ίση αναλογία συμμετοχής ανδρών και γυναικών.

Στον Πίνακα 6.1, εκτός από τα παραπάνω, παρουσιάζονται και δευτερεύοντα χαρακτηριστικά των δειγμάτων, όπως η οικογενειακή τους κατάσταση και ο αριθμός των τέκνων. Οι περισσότεροι επαγγελματίες σε ποσοστό που σχεδόν άγγιζε το 60% ήταν έγγαμοι. Το ίδιο

περίπου ποσοστό ισχύει και για τους ασθενείς.

**Πίνακας 6.1 – Δημογραφικά Χαρακτηριστικά Επαγγελματιών Υγείας και Ασθενών**

Χαρακτηριστικά	Επαγγελματίες Υγείας		Ασθενείς Ποσοστό	
	N=278	Ποσοστό	N=313	Ποσοστό
<b>Φύλο</b>				
Ανδρες	84	30,2%	143	45,7%
Γυναίκες	194	69,8%	170	54,3%
<b>Οικογενειακή Κατάσταση</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Έγγαμος/η	163	58,6%	164	52,4%
Άγαμος/η	100	36,0%	88	28,1%
Διαζευγμένος/η. Σε διάσταση	13	4,7%	29	9,3%
Χήρος/α	2	0,7%	32	10,2%
<b>Αριθμός Παιδιών</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>		
Κανένα	112	40,3%		
1 παιδί	64	23,0%		
2 παιδιά	80	28,8%		
3 παιδιά	19	6,8%		
4 ή περισσότερα παιδιά	3	1,1%		

### 6.2.2. Ηλικιακή Κατανομή

Παρουσιάζουμε την ηλικία του δείγματος μέσα από το 95% διάστημα εμπιστοσύνης της μέσης τιμής, το οποίο αποτελεί ένα σύνολο τιμών, στο εσωτερικό του οποίου περιλαμβάνεται με βεβαιότητα 95% η πληθυσμιακή μέση τιμή της μεταβλητής (Γναρδέλης, 2006).

Η μέση ηλικία (διάμεσος) του δείγματος στους επαγγελματίες υγείας είναι 38 χρόνια και το διάστημα εμπιστοσύνης 95% κυμαίνεται από 37,4 – 39,6, ενώ η μικρότερη ηλικία είναι 18 ετών και η μεγαλύτερη 63 ετών, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.2.

**Πίνακας 6.2 – Ηλικία Επαγγελματιών**

	Μέσος Όρος (Mean)	95% ΔΕ	Διάμεσος (Median)	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)
<b>Ηλικία</b>	38,523	37,420 – 39,626	38,000	18 – 63	9,0851

Όσον αφορά το δείγμα των ασθενών, όπως εμφανίζεται στον Πίνακα 6.3, η μέση ηλικία (διάμεσος) είναι 44,5 και το διάστημα εμπιστοσύνης 95% κυμαίνεται από 43,3 – 47,4, ενώ ο μικρότερος σε ηλικία ασθενής είναι 18 ετών και ο μεγαλύτερος 90 ετών.

**Πίνακας 6.3 – Ηλικία Ασθενών**

	Μέσος Όρος (Mean)	95% ΔΕ	Διάμεσος (Median)	Ελάχιστο Μέγιστο	Τυπική Απόκλιση (Std. Deviation)
<b>Ηλικία</b>	45,407	43,383 – 47,432	44,500	18 – 90	17,2081

### 6.3. Επαγγελματικά χαρακτηριστικά δείγματος

#### 6.3.1. Επαγγελματίες Υγείας

Σύμφωνα με τον Πίνακα 6.4, το μεγαλύτερο ποσοστό το οποίο αγγίζει το 80% και έλαβε μέρος στην έρευνα είναι νοσηλευτές, και μόνο ένα μικρό ποσοστό περίπου στο 20% έχει την ιδιότητα του ειδικευμένου ή ειδικευόμενου ιατρού. Πιο συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των νοσηλευτών είναι πανεπιστημιακής ή τεχνολογικής εκπαίδευσης χωρίς θέση ευθύνης, ένα σημαντικό ποσοστό του δείγματος 25% είναι βοηθοί νοσηλευτών και είναι μικρότερα τα ποσοστά των νοσηλευτών που συμμετείχαν στην έρευνα και είναι πρώτοι υπεύθυνοι και προϊστάμενοι. Όσον αφορά το ιατρικό προσωπικό είναι σχεδόν ίσα τα ποσοστά και κυμαίνονται περίπου στο 4% μεταξύ των επιμελητών ιατρών, των αναπληρωτών διευθυντών και των διευθυντών κλινικών, ενώ είναι λίγο μεγαλύτερο το ποσοστό (9,7%) των ειδικευόμενων ιατρών που έλαβαν μέρος στην έρευνα.

Ως συνέπεια των παραπάνω, δηλαδή της μεγαλύτερης συμμετοχής των νοσηλευτών στην έρευνα, είναι το επίπεδο εκπαίδευσης, αφού πάνω από 40% του δείγματος είναι απόφοιτοι Τεχνολογικής Επαγγελματικής Εκπαίδευσης και περίπου 20% είναι απόφοιτοι Πανεπιστημιακής Εκπαίδευσης. Σημαντικό είναι και το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που είναι κάτοχοι Μεταπτυχιακού Διπλώματος.

Το ένα τέταρτο του υπό έρευνα πληθυσμού προέρχεται από το χειρουργικό τομέα και το υπόλοιπο προέρχεται από διάφορες κλινικές όπως ορθοπαιδικές, παθολογικές, καρδιολογικές και από τη ΜΕΘ. Σχεδόν ο μισός πληθυσμός του δείγματος των επαγγελματιών υγείας είναι από μερικούς μήνες έως 10 χρόνια εργαζόμενοι στα τρία δημόσια νοσοκομεία. Αξιοσημείωτο είναι το γεγονός ότι μόλις το 1,4% αυτού του δείγματος είναι εργαζόμενοι με 30 και άνω χρόνια προϋπηρεσίας.

**Πίνακας 6.4 – Επαγγελματικά χαρακτηριστικά**

Χαρακτηριστικά	Επαγγελματίες Υγείας	
	N=278	Ποσοστό
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>		
Ιδιωτική/Δημόσια Σχολή	70	25,2%
Τεχνολογική Εκπαίδευση	122	43,9%
Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση	54	19,4%
Μεταπτυχιακό Δίπλωμα	32	11,5%
<b>Επαγγελματική Ιδιότητα</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>
Ιατρός	33	11,9%
Ειδικεύομενος Ιατρός	26	9,4%
Νοσηλεύτης/Νοσηλεύτρια	219	78,8%
<b>Επαγγελματική Θέση</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>
Διευθυντής Κλινικής	9	3,2%
Αναπληρωτής Διευθυντής	10	3,6%
Επιμελητής Ιατρός	13	4,7%
Ειδικεύομενος Ιατρός	26	9,4%
Προϊστάμενος	15	5,4%
Πρώτος Υπεύθυνος Νοσηλεύτης	19	6,8%
Νοσηλεύτης	116	41,7%
Βοηθός Νοσηλεύτη (ΔΕ)	70	25,2%
<b>Τμήμα Εργασίας</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>
Παθολογικό	58	20,9%
Χειρουργικό	75	27,0%
Ορθοπεδικό	60	21,6%
Καρδιολογικό	50	18,0%
ΜΕΘ	35	12,6%
<b>Χρόνια Υπηρεσίας</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>
0 – 5	65	23,4%
5,1 – 10	62	22,3%
10,1 – 15	43	15,5%
15,1 – 20	47	16,9%
20,1 – 25	27	9,7%
25,1 – 30	30	10,8%
30,1 – 35	4	1,4%

### 6.3.2. Ασθενείς

Στον Πίνακα 6.5 παρουσιάζονται τα κοινωνικά, εκπαιδευτικά και οικονομικά χαρακτηριστικά των ασθενών που συμπλήρωσαν το ερωτηματολόγιο. Το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος πάνω από 40% είναι απόφοιτοι Ανώτερων Εκπαιδευτικών Ιδρυμάτων και το υπόλοιπο ποσοστό μοιράζεται ανάμεσα σε αποφοίτους Ανώτατων Ιδρυμάτων και βασικής εκπαίδευσης. Περισσότεροι από τους μισούς ασθενείς ασχολούνται με μη χειρωνακτικά επαγγέλματα<sup>54</sup>, αρκετά σημαντικό ποσοστό είναι μη εργαζόμενοι<sup>55</sup> και μικρότερο είναι το ποσοστό αυτών που ασχολούνται με χειρωνακτικά επαγγέλματα<sup>56</sup>. Η συντριπτική πλειοψηφία των ασθενών διαμένει σε μεγάλα αστικά κέντρα και μόνο ένα μικρό ποσοστό περίπου 20% κατοικεί σε μικρές επαρχιακές πόλεις. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνας είναι εντυπωσιακό το

<sup>54</sup> Ασφαλιστής, βιολόγος, δάσκαλος, δημοσιογράφος, δημόσιος και ιδιωτικός υπάλληλος, δικηγόρος, εκπαιδευτικός κ.ά.

<sup>55</sup> Συνταξιούχος, οικιακά, άνεργος.

<sup>56</sup> Αγρότης, υδραυλικός, ηλεκτρολόγος, οδηγός μέσων μαζικής μεταφοράς, αυτοκινητιστής κ.ά.



γεγονός ότι περίπου το 50% του υπό μελέτη πληθυσμού δήλωσε ως μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα μικρότερο από 1.000,00 €

**Πίνακας 6.5 – Κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά**

<b>Χαρακτηριστικά</b>	<b>Ασθενείς</b>	
<b>Επίπεδο εκπαίδευσης</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Βασική Εκπαίδευση	78	24,9%
Ανώτερη Εκπαίδευση	133	42,5%
Ανώτατη Εκπαίδευση	102	32,6%
<b>Μηνιαίο Οικογενειακό Συνολικό Εισόδημα (Ευρώ)</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Μέχρι 750	84	26,8%
751 – 1100	80	25,6%
1101 – 1450	68	21,7%
1451 – 1800	40	12,8%
1801 – 2200	24	7,7%
2201 – 2800	13	4,2%
2801 – 3500	3	1,0%
3501 και άνω	1	0,3%
<b>Επάγγελμα</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Μη εργαζόμενος	103	32,9%
Χειρωνακτικά επαγγέλματα	51	16,3%
Μη χειρωνακτικά επαγγέλματα	159	50,8%
<b>Τόπος Διαμονής</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Πόλη	247	78,9%
Χωριό	66	21,1%

#### 6.4. Επαγγελματική ικανοποίηση

Ένα μέρος από το ερωτηματολόγιο που απευθύνεται στους επαγγελματίες υγείας αναφέρεται στην ικανοποίηση που απολαμβάνουν από την εργασία τους, πραγματοποιούν αυτοξιολόγηση καθώς και αξιολόγηση του συναδέλφου τους και τέλος δίνουν πληροφορίες για ορισμένα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά τους γνωρίσματα.

Ο Πίνακας 6.6 παρουσιάζει αρχικά το βαθμό επαγγελματικής ικανοποίησης. Παρατηρούμε ότι είναι σχεδόν όμοιο, πάνω από 30%, το ποσοστό των επαγγελματιών υγείας που εμφανίζει μέτρια ικανοποίηση από την εργασία του, με αυτό που είναι πολύ ικανοποιημένο, ενώ είναι πολύ μικρό το ποσοστό το οποίο δηλώνει λίγο και καθόλου ικανοποιημένο. Το μεγαλύτερο μέρος των επαγγελματιών υγείας πιστεύει ότι είναι άριστο στην εργασία του, ενώ κανείς δεν θεωρεί κακό τον εαυτό του στην άσκηση του επαγγελματικού του έργου. Όσον αφορά την αξιολόγηση του συναδέλφου τους, οι μισοί επαγγελματίες τον αξιολογούν ως πολύ καλό, ενώ μόνο το 2,2% πιστεύει ότι ο συνάδελφό του είναι κακός.

**Πίνακας 6.6 – Επαγγελματική ικανοποίηση**

Χαρακτηριστικά	Επαγγελματίες Υγείας	
<b>Βαθμός επαγγελματικής ικανοποίησης</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>
Πάρα Πολύ	56	20,1%
Πολύ	94	33,8%
Μέτρια	105	37,8%
Λίγο	16	5,8%
Καθόλου	7	2,5%
<b>Αυτοαξιολόγηση</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>
Κακός	-	-
Καλός	4	1,4%
Λίαν καλός	55	19,8%
Άριστος	219	78,8%
<b>Αξιολόγηση συναδέλφου</b>	<b>N=278</b>	<b>Ποσοστό</b>
Κακός	6	2,2%
Καλός	54	19,4%
Λίαν καλός	139	50,0%
Άριστος	79	28,4%

Ο Πίνακας 6.7 αναφέρεται στα ιδιαίτερα γνωρίσματα του χαρακτήρα του δείγματος των επαγγελματιών υγείας. Πάνω από το 50% πιστεύει απόλυτα ότι είναι άτομο ίσης αξίας σε σχέση με τους συναδέλφους του και μόνο ένα μικρό ποσοστό έχει αντίθετη άποψη. Σχεδόν ολόκληρο το δείγμα υποστηρίζει ότι έχει αρκετά προτερήματα και πάνω από 60% δεν αισθάνεται αποτυχημένο. Εντυπωσιακό είναι επίσης το εύρημα ότι σχεδόν ολόκληρο το δείγμα του πληθυσμού παρουσιάζει θετική άποψη για τον εαυτό του. Το ίδιο φαινόμενο παρατηρείται και στη δήλωση προσωπικής ευχαρίστησης. Όσον αφορά την ευχή για περισσότερο αυτοσεβασμό σχεδόν το 40% του δείγματος διαφωνεί απόλυτα. Η πλειοψηφία του δείγματος σε ποσοστό πάνω από 60% ισχυρίζεται ότι δεν αισθάνεται άχρηστο και σε μεγαλύτερο ακόμη ποσοστό διαφωνεί με τη δήλωση ότι δεν είναι καθόλου καλός.

**Πίνακας 6.7 – Η αυτοεκτίμηση των Επαγγελματιών Υγείας**

Παράμετροι Αυτοεκτίμησης		Επαγγελματίες Υγείας (N= 278)			
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ
Άτομο ίσης αξίας με τους άλλους	N	155	104	16	3
	%	55,8%	37,4%	5,8%	1,1%
Άτομο με αρκετά προτερήματα	N	156	119	3	-
	%	56,1%	42,8%	1,1%	
Αίσθημα αποτυχημένου	N	1	5	90	182
	%	0,4%	1,8%	32,4%	65,5%
Ικανότητα πραγματοποίησης πραγμάτων όπως ο περισσότερος κόσμος	N	137	118	18	5
	%	49,3%	42,4%	6,5%	1,8%
Αίσθημα μειωμένης υπερηφάνειας για πολλά πράγματα	N	4	15	112	147
	%	1,4%	5,4%	40,3%	52,9%
Θετική άποψη για τον εαυτό του	N	151	120	5	2
	%	54,3%	43,2%	1,8%	0,7%
Ευχαριστημένος με τον εαυτό του	N	145	129	3	1
	%	52,2%	46,4%	1,1%	0,4%
Ευχή για περισσότερο αυτοσεβασμό	N	22	64	111	81
	%	7,9%	23,0%	39,9%	29,1%
Κατά καιρούς αίσθημα ότι είναι άχρηστος	N	6	18	74	180
	%	2,2%	6,5%	26,6%	64,7%
Μερικές φορές αίσθημα ότι δεν είναι καθόλου καλός	N	3	49	100	126
	%	1,1%	17,6%	36,0%	45,3%

Χρησιμοποιώντας τον έλεγχο  $\chi^2$  (Pearson Chi-square)<sup>57</sup>, εξετάσαμε τις παραπάνω παραμέτρους αυτοεκτίμησης σε σχέση με την ιδιότητα, το φύλο, την ηλικία και τα έτη υπηρεσίας. Στην αυτό-αξιολόγηση των επαγγελματιών υγείας βρέθηκε ότι υπάρχει εξάρτηση από την επαγγελματική τους ιδιότητα καθώς εμφανίζεται η τάση των ιατρών να συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά σε σχέση με τους ειδικευόμενους ιατρούς και με τους νοσηλευτές. Συγκεκριμένα, στο αν οι ερωτώμενοι θεωρούν τον εαυτό τους ίσης αξίας με τους άλλους ( $p=0,005$ ) οι ειδικευμένοι ιατροί συμφωνούν απόλυτα σε ποσοστό πάνω από 87% σε αντίθεση με τους νοσηλευτές που το ποσοστό τους αγγίζει το 51%. Αν έχουν το αίσθημα του αποτυχημένου ( $p=0,016$ ) οι ειδικευμένοι ιατροί διαφωνούν σε ποσοστό 100% και στην ερώτηση αν θεωρούν πως κατέχουν την ικανότητα πραγματοποίησης πραγμάτων όπως ο περισσότερος κόσμος ( $p=0,02$ ) οι ειδικευμένοι ιατροί πάλι παρουσιάζουν υψηλά ποσοστά

<sup>57</sup> Ο έλεγχος  $\chi^2$  αποτελεί χρήσιμο στατιστικό κριτήριο καθώς μελετά τη σχέση μεταξύ δύο κατηγορικών μεταβλητών, με σκοπό να ελέγξει αν οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους και ότι δεν έχει επίδραση η μία στην άλλη (Γναρδέλλης, 2006). Χρησιμοποιείται για τον έλεγχο καλής προσαρμογής, ο οποίος εκτιμά αν είναι στατιστικά σημαντική η απόκλιση ανάμεσα στις πραγματικές και στις εκτιμώμενες τιμές (Πραμαγγιούλης, 2008).

που σχεδόν αγγίζουν το 100% σε αντίθεση με τους νοσηλευτές και τους ειδικευόμενους ιατρούς οι οποίοι εμφανίζουν χαμηλότερα ποσοστά και υπάρχουν απαντήσεις ατόμων μέσα από αυτές τις ομάδες που διαφωνούν με την παραπάνω διαπίστωση. Παρατίθεται και μια οριακή τιμή p value ίση με 0,062 στην ερώτηση είμαι άτομο με αρκετά προτερήματα, στην οποία ξανά οι ειδικευμένοι ιατροί εμφανίζουν υψηλά ποσοστά συμφωνίας σε σχέση με τις δύο άλλες ομάδες (Πίνακας 6.8). Στο Παράρτημα 2 παρατίθενται οι πίνακες συνάφειας οι οποίοι δεν παρουσιάζουν στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

**Πίνακας 6.8** – Πίνακας συνάφειας μεταξύ της επαγγελματικής ιδιότητας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων

Επαγγελματική ιδιότητα		Άτομο ίσης αξίας με τους άλλους				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ιατρός	Τιμές	1	0	3	29	33
	Ποσοστά %	3,0%	,0%	9,1%	87,9%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές	2	14	91	112	219
	Ποσοστά %	,9%	6,4%	41,6%	51,1%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές	0	2	10	14	26
	Ποσοστά %	,0%	7,7%	38,5%	53,8%	100%
Σύνολο	Τιμές	3	16	104	155	278
	Ποσοστά %	1,1%	5,8%	37,4%	55,8%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				18,771	6	0,005

Επαγγελματική ιδιότητα		Αίσθημα αποτυχημένου				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ιατρός	Τιμές	26	7	0	0	33
	Ποσοστά %	78,8%	21,2%	,0%	,0%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές	137	78	4	0	219
	Ποσοστά %	62,6%	35,6%	1,8%	,0%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές	19	5	1	1	26
	Ποσοστά %	73,1%	19,2%	3,8%	3,8%	100%
Σύνολο	Τιμές	182	90	5	1	278
	Ποσοστά %	65,5%	32,4%	1,8%	,4%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				15,669	6	0,016

Επαγγελματική ιδιότητα		Ικανότητα πραγματοποίησης πραγμάτων όπως ο περισσότερος κόσμος				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ιατρός	Τιμές	0	1	7	25	33
	Ποσοστά %	0%	3,0%	21,2%	75,8%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές	5	14	103	97	219
	Ποσοστά %	2,3%	6,4%	47,0%	44,3%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές	0	3	8	15	26
	Ποσοστά %	,0%	11,5%	30,8%	57,7%	100%
Σύνολο	Τιμές	5	18	118	137	278
	Ποσοστά %	1,8%	6,5%	42,4%	49,3%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				14,583	6	0,024

Επαγγελματική ιδιότητα		Άτομο με αρκετά προτερήματα				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ιατρός	Τιμές		0	8	25	33
	Ποσοστά %		,0%	24,2%	75,8%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές		2	102	115	219
	Ποσοστά %		,9%	46,6%	52,5%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές		1	9	16	26
	Ποσοστά %		3,8%	34,6%	61,5%	100%
Σύνολο	Τιμές		3	119	156	278
	Ποσοστά %		1,1%	42,8%	56,1%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,960	4	0,062

Σχετικά με την αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για τον εαυτό τους, βρέθηκε να υπάρχει εξάρτηση από το φύλο σε ορισμένες μεταβλητές καθώς οι άνδρες παρουσιάζουν υψηλότερα ποσοστά αυτοεκτίμησης έναντι των γυναικών. Ειδικότερα, για τις περιπτώσεις των μεταβλητών «υπάρχει το αίσθημα του αποτυχημένου» ( $p=0,05$ ) το 78% περίπου των ανδρών διαφωνεί σε αντίθεση με τις γυναίκες που το αντίστοιχο ποσοστό είναι 60% και στην ερώτηση «κατά καιρούς υπάρχει το αίσθημα του ότι είμαι άχρηστος» ( $p=0,003$ ) σχεδόν το 80% των ανδρών διαφωνεί. Οριακή μπορεί να θεωρηθεί και η τιμή ( $p=0,071$ ) στη μεταβλητή

«μερικές φορές αίσθημα ότι δεν είναι καθόλου καλός» οι άνδρες διαφωνούν σε ποσοστό πάνω από 55%, ενώ στις γυναίκες το ποσοστό είναι περίπου 41% (Πίνακας 6.9). Στο Παράρτημα 3 παρουσιάζονται οι πίνακες συνάφειας οι οποίοι δεν εμφανίζουν στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

**Πίνακας 6.9 – Πίνακας συνάφειας μεταξύ του φύλου και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων**

Φύλο		Αίσθημα αποτυχημένου				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	65	18	1	0	84
	Ποσοστά %	77,4%	21,4%	1,2%	,0%	100%
Γυναίκα	Τιμές	117	72	4	1	194
	Ποσοστά %	60,3%	37,1%	2,1%	,5%	100%
Σύνολο	Τιμές	182	90	5	1	278
	Ποσοστά %	65,5%	32,4%	1,8%	,4%	100%
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				7,744	3	0,052

Φύλο		Κατά καιρούς αίσθημα ότι είναι άχρηστος				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	67	12	5	0	84
	Ποσοστά %	79,8%	14,3%	6,0%	,0%	100%
Γυναίκα	Τιμές	113	62	13	6	194
	Ποσοστά %	58,2%	32,0%	6,7%	3,1%	100%
Σύνολο	Τιμές	180	74	18	6	278
	Ποσοστά %	64,7%	26,6%	6,5%	2,2%	100%
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				13,717	3	0,003

Φύλο		Μερικές φορές αίσθημα ότι δεν είναι καθόλου καλός				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	47	27	10	0	84
	Ποσοστά %	56,0%	32,1%	11,9%	,0%	100%
Γυναίκα	Τιμές	79	73	39	3	194
	Ποσοστά %	40,7%	37,6%	20,1%	1,5%	100%
Σύνολο	Τιμές	126	100	49	3	278
	Ποσοστά %	45,3%	36,0%	17,6%	1,1%	100%
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				7,025	3	0,071

Αναφορικά με την αντίληψη που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για τον εαυτό τους ανά ηλικιακή ομάδα υπάρχει εξάρτηση από την ηλικία και βρέθηκε πως οι επαγγελματίες υγείας ηλικίας 45+ τείνουν να συγκεντρώνουν υψηλότερα ποσοστά θετικής αντίληψης για τον εαυτό τους έναντι των νεότερων επαγγελματιών υγείας. Συγκεκριμένα, αναφορικά με το αν θεωρούν ότι είναι άτομα ίσης αξίας, έχουν αρκετά προτερήματα, ικανότητα να πραγματοποιήσουν πράγματα όπως ο περισσότερος κόσμος, αίσθημα ευχαρίστησης από τον εαυτό τους και μη αποδοχή των δηλώσεων ότι είναι άχρηστος και καθόλου καλός, προέκυψε ότι όσο αυξάνονταν η ηλικία των ερωτώμενων, αυξάνονταν και το ποσοστό αυτών που συμφωνούσαν ή διαφωνούσαν απόλυτα με τις παραπάνω δηλώσεις (Πίνακας 6.10). Στο Παράρτημα 4 παρατίθενται οι πίνακες συνάφειας οι οποίοι δεν έχουν στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

**Πίνακας 6.10** – Πίνακας συνάφειας μεταξύ της ηλικίας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων

Ηλικία		Άτομο ίσης αξίας με τους άλλους				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	0	0	5	2	7
	Ποσοστά %	,0%	,0%	71,4%	28,6%	100%
25-34	Τιμές	2	7	44	32	85
	Ποσοστά %	2,4%	8,2%	51,8%	37,6%	100%
35-44	Τιμές	0	7	32	71	110
	Ποσοστά %	,0%	6,4%	29,1%	64,5%	100%
45-54	Τιμές	1	1	12	29	43
	Ποσοστά %	2,3%	2,3%	27,9%	67,4%	100%
55-64	Τιμές	0	0	5	13	18
	Ποσοστά %	,0%	,0%	27,8%	72,2%	100%
Σύνολο	Τιμές	3	15	98	147	263
	Ποσοστά %	1,1%	5,7%	37,3%	55,9%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				13,624	1	<0,0001

Ηλικία		Άτομο με αρκετά προτερήματα				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	-	0	7	0	7
	Ποσοστά %	-	,0%	100,0%	,0%	100%
25-34	Τιμές	-	2	42	41	85
	Ποσοστά %	-	2,4%	49,4%	48,2%	100%
35-44	Τιμές	-	1	40	69	110
	Ποσοστά %	-	,9%	36,4%	62,7%	100%
45-54	Τιμές	-	0	18	25	43
	Ποσοστά %	-	,0%	41,9%	58,1%	100%
55-64	Τιμές	-	0	5	13	18
	Ποσοστά %	-	,0%	27,8%	72,2%	100%
Σύνολο	Τιμές	-	3	112	148	263
	Ποσοστά %	-	1,1%	42,6%	56,3%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,632	1	0,003

Ηλικία		Ικανότητα πραγματοποίησης πραγμάτων όπως ο περισσότερος κόσμος				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	0	0	7	0	7
	Ποσοστά %	,0%	,0%	100,0%	,0%	100%
25-34	Τιμές	3	8	41	33	85
	Ποσοστά %	3,5%	9,4%	48,2%	38,8%	100%
35-44	Τιμές	1	7	41	61	110
	Ποσοστά %	,9%	6,4%	37,3%	55,5%	100%
45-54	Τιμές	1	2	16	24	43
	Ποσοστά %	2,3%	4,7%	37,2%	55,8%	100%
55-64	Τιμές	0	1	4	13	18
	Ποσοστά %	,0%	5,6%	22,2%	72,2%	100%
Σύνολο	Τιμές	5	18	109	131	263
	Ποσοστά %	1,9%	6,8%	41,4%	49,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				9,693	1	0,002



Ηλικία		Ευχαριστημένος με τον εαυτό του				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	0	0	4	3	7
	Ποσοστά %	,0%	,0%	57,1%	42,9%	100%
25-34	Τιμές	1	1	49	34	85
	Ποσοστά %	1,2%	1,2%	57,6%	40,0%	100%
35-44	Τιμές	0	2	46	62	110
	Ποσοστά %	,0%	1,8%	41,8%	56,4%	100%
45-54	Τιμές	0	0	12	31	43
	Ποσοστά %	,0%	,0%	27,9%	72,1%	100%
55-64	Τιμές	0	0	8	10	18
	Ποσοστά %	,0%	,0%	44,4%	55,6%	100%
Σύνολο	Τιμές	1	3	119	140	263
	Ποσοστά %	,4%	1,1%	45,2%	53,2%	100%
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,767	1	0,003

Ηλικία		Κατά καιρούς αίσθημα ότι είναι άχρηστος				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	4	1	2	0	7
	Ποσοστά %	57,1%	14,3%	28,6%	,0%	100%
25-34	Τιμές	49	26	8	2	85
	Ποσοστά %	57,6%	30,6%	9,4%	2,4%	100%
35-44	Τιμές	70	31	5	4	110
	Ποσοστά %	63,6%	28,2%	4,5%	3,6%	100%
45-54	Τιμές	34	8	1	0	43
	Ποσοστά %	79,1%	18,6%	2,3%	,0%	100%
55-64	Τιμές	15	2	1	0	18
	Ποσοστά %	83,3%	11,1%	5,6%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	172	68	17	6	263
	Ποσοστά %	65,4%	25,9%	6,5%	2,3%	100%
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,154	1	0,004

Ηλικία		Μερικές φορές αίσθημα ότι δεν είναι καθόλου καλός				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	1	2	4	0	7
	Ποσοστά %	14,3%	28,6%	57,1%	,0%	100%
25-34	Τιμές	33	32	19	1	85
	Ποσοστά %	38,8%	37,6%	22,4%	1,2%	100%
35-44	Τιμές	50	41	18	1	110
	Ποσοστά %	45,5%	37,3%	16,4%	,9%	100%
45-54	Τιμές	24	16	3	0	43
	Ποσοστά %	55,8%	37,2%	7,0%	,0%	100%
55-64	Τιμές	13	3	2	0	18
	Ποσοστά %	72,2%	16,7%	11,1%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	121	94	46	2	263
	Ποσοστά %	46,0%	35,7%	17,5%	,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				13,345	1	<0,0001

Τέλος, σχετικά με την άποψη που έχουν οι επαγγελματίες υγείας για τον εαυτό τους ανά έτη υπηρεσίας, είναι φανερό πως όσο αυξάνονται τα χρόνια υπηρεσίας (10–15+) στον ίδιο τομέα όλο και θετικότερη εικόνα δημιουργείται για τον εαυτό τους. Ειδικότερα, οι μεταβλητές που αφορούν τις δηλώσεις άτομο ίσης αξίας με τους άλλους, ευχαριστημένος με τον εαυτό του, με αρκετά προτερήματα και πραγματοποίησης πραγμάτων όπως ο περισσότερος κόσμος προέκυψε ότι όσο αυξάνονταν τα χρόνια υπηρεσία των ερωτώμενων, αυξάνονταν και το ποσοστό αυτών που συμφωνούσαν απόλυτα με τις παραπάνω δηλώσεις (Πίνακας 6.11). Τέλος, στις μεταβλητές αισθάνομαι άχρηστος και δεν είναι καθόλου καλός εντυπωσιακά ότι όσο αυξάνονται τα χρόνια υπηρεσίας τόσο αυξάνονται και τα ποσοστά διαφωνίας. Στο Παράρτημα 5 απεικονίζονται οι πίνακες συνάφειας που δημιουργήθηκαν χωρίς στατιστικά σημαντικά ευρήματα.

**Πίνακας 6.11** – Πίνακας συνάφειας μεταξύ των ετών υπηρεσίας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων

Χρόνια υπηρεσίας		Άτομο ίσης αξίας με τους άλλους				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	0	4	35	26	65
	Ποσοστά %	,0%	6,2%	53,8%	40,0%	100%
5-10	Τιμές	2	8	24	28	62
	Ποσοστά %	3,2%	12,9%	38,7%	45,2%	100%
10-15	Τιμές	0	2	14	27	43
	Ποσοστά %	,0%	4,7%	32,6%	62,8%	100%
15-20	Τιμές	1	2	13	31	47
	Ποσοστά %	2,1%	4,3%	27,7%	66,0%	100%
20-25	Τιμές	0	0	11	16	27
	Ποσοστά %	,0%	,0%	40,7%	59,3%	100%
25-30	Τιμές	0	0	7	23	30
	Ποσοστά %	,0%	,0%	23,3%	76,7%	100%
30-35	Τιμές	0	0	0	4	4
	Ποσοστά %	,0%	,0%	,0%	100,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	3	16	104	155	278
	Ποσοστά %	1,1%	5,8%	37,4%	55,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				16,904	1	<0,0001

Χρόνια υπηρεσίας		Άτομο με αρκετά προτερήματα				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	-	2	35	28	65
	Ποσοστά %	-	3,1%	53,8%	43,1%	100%
5-10	Τιμές	-	0	29	33	62
	Ποσοστά %	-	,0%	46,8%	53,2%	100%
10-15	Τιμές	-	1	20	22	43
	Ποσοστά %	-	2,3%	46,5%	51,2%	100%
15-20	Τιμές	-	0	15	32	47
	Ποσοστά %	-	,0%	31,9%	68,1%	100%
20-25	Τιμές	-	0	13	14	27
	Ποσοστά %	-	,0%	48,1%	51,9%	100%
25-30	Τιμές	-	0	7	23	30
	Ποσοστά %	-	,0%	23,3%	76,7%	100%
30-35	Τιμές	-	0	0	4	4
	Ποσοστά %	-	,0%	,0%	100,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	-	3	119	156	278
	Ποσοστά %	-	1,1%	42,8%	56,1%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				12,239	1	<0,0001

Χρόνια υπηρεσίας		Ικανότητα πραγματοποίησης πραγμάτων όπως ο περισσότερος κόσμος				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	0	4	35	26	65
	Ποσοστά %	,0%	6,2%	53,8%	40,0%	100%
5-10	Τιμές	3	7	26	26	62
	Ποσοστά %	4,8%	11,3%	41,9%	41,9%	100%
10-15	Τιμές	2	1	20	20	43
	Ποσοστά %	4,7%	2,3%	46,5%	46,5%	100%
15-20	Τιμές	0	3	17	27	47
	Ποσοστά %	,0%	6,4%	36,2%	57,4%	100%
20-25	Τιμές	0	1	12	14	27
	Ποσοστά %	,0%	3,7%	44,4%	51,9%	100%
25-30	Τιμές	0	2	7	21	30
	Ποσοστά %	,0%	6,7%	23,3%	70,0%	100%
30-35	Τιμές	0	0	1	3	4
	Ποσοστά %	,0%	,0%	25,0%	75,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	5	18	118	137	278
	Ποσοστά %	1,8%	6,5%	42,4%	49,3%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,141	1	0,004

Χρόνια υπηρεσίας		Ευχαριστημένος με τον εαυτό του				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	0	1	38	26	65
	Ποσοστά %	,0%	1,5%	58,5%	40,0%	100%
5-10	Τιμές	1	0	33	28	62
	Ποσοστά %	1,6%	,0%	53,2%	45,2%	100%
10-15	Τιμές	0	0	18	25	43
	Ποσοστά %	,0%	,0%	41,9%	58,1%	100%
15-20	Τιμές	0	0	19	28	47
	Ποσοστά %	,0%	,0%	40,4%	59,6%	100%
20-25	Τιμές	0	2	12	13	27
	Ποσοστά %	,0%	7,4%	44,4%	48,1%	100%
25-30	Τιμές	0	0	9	21	30
	Ποσοστά %	,0%	,0%	30,0%	70,0%	100%
30-35	Τιμές	0	0	0	4	4
	Ποσοστά %	,0%	,0%	,0%	100,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	1	3	129	145	27
	Ποσοστά %	,4%	1,1%	46,4%	52,2%	100,0%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,665	1	0,003

Χρόνια υπηρεσίας		Κατά καιρούς αίσθημα ότι είναι άχρηστος				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	35	21	7	2	65
	Ποσοστά %	53,8%	32,3%	10,8%	3,1%	100%
5-10	Τιμές	43	15	2	2	62
	Ποσοστά %	69,4%	24,2%	3,2%	3,2%	100%
10-15	Τιμές	26	15	1	1	43
	Ποσοστά %	60,5%	34,9%	2,3%	2,3%	100%
15-20	Τιμές	31	10	5	1	47
	Ποσοστά %	66,0%	21,3%	10,6%	2,1%	100%
20-25	Τιμές	19	6	2	0	27
	Ποσοστά %	70,4%	22,2%	7,4%	,0%	100%
25-30	Τιμές	22	7	1	0	30
	Ποσοστά %	73,3%	23,3%	3,3%	,0%	100%
30-35	Τιμές	4	0	0	0	4
	Ποσοστά %	100,0%	,0%	,0%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	180	74	18	6	278
	Ποσοστά %	64,7%	26,6%	6,5%	2,2%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				4,672	1	0,031

Χρόνια υπηρεσίας		Μερικές φορές αίσθημα ότι δεν είναι καθόλου καλός				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	25	26	14	0	65
	Ποσοστά %	38,5%	40,0%	21,5%	,0%	100%
5-10	Τιμές	29	17	13	3	62
	Ποσοστά %	46,8%	27,4%	21,0%	4,8%	100%
10-15	Τιμές	15	20	8	0	43
	Ποσοστά %	34,9%	46,5%	18,6%	,0%	100%
15-20	Τιμές	23	16	8	0	47
	Ποσοστά %	48,9%	34,0%	17,0%	,0%	100%
20-25	Τιμές	13	10	4	0	27
	Ποσοστά %	48,1%	37,0%	14,8%	,0%	100%
25-30	Τιμές	17	11	2	0	30
	Ποσοστά %	56,7%	36,7%	6,7%	,0%	100%
30-35	Τιμές	4	0	0	0	4
	Ποσοστά %	100,0%	,0%	,0%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	126	100	49	3	278
	Ποσοστά %	45,3%	36,0%	17,6%	1,1%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				6,851	1	0,009

## 6.5. Χαρακτηριστικά ατομικής υγείας ασθενών

Σχετικά με την αντίληψη για την ατομική τους υγεία οι ασθενείς θεωρούν ότι είναι πολύ καλή έως καλή σε ποσοστό σχεδόν 70% και μόνο το 7% περίπου θεωρεί ότι η υγεία του είναι κακή ή πολύ κακή. Για τους περισσότερους ασθενείς πάνω από 40% είναι η δεύτερη εισαγωγή τους στο νοσοκομείο και για περίπου 30% είναι η πρώτη φορά. Ο τρόπος εισαγωγής παρουσιάζει σχεδόν όμοιο ποσοστό (47%) μεταξύ της προγραμματισμένης και αυτής που έχει πραγματοποιηθεί μέσω των Πρώτων Βοηθειών. Η ασθένεια ταλαιπωρούσε πάνω από το μισό πληθυσμό του δείγματος για λιγότερο από ένα μήνα, το 43,4% των ασθενών εισήχθη στο χειρουργικό τομέα και το 61% νοσηλεύθηκε στο νοσοκομείο για περίοδο από 1 έως 7 ημέρες (Πίνακας 6.12).

**Πίνακας 6.12 – Χαρακτηριστικά Ατομικής Υγείας**

Χαρακτηριστικά	Ασθενείς	
	N=313	Ποσοστό
<b>Αντίληψη ατομικής υγείας</b>		
Πολύ κακή	11	3,5%
Κακή	10	3,2%
Μέτρια	69	22,0%
Καλή	107	34,2%
Πολύ καλή	109	34,8%
Δεν ξέρω	7	2,2%
<b>Προηγούμενες εισαγωγές</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Πρώτη φορά	96	30,7%
1 -2 φορές	135	43,1%
3 – 5 φορές	57	18,2%
5 ή περισσότερες φορές	18	5,8%
Δεν ξέρω, δεν θυμάμαι	7	2,2%
<b>Τρόπος πρόσφατης εισαγωγής</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Προγραμματισμένη	145	46,3%
Μέσω των Πρώτων Βοηθειών	147	47,0%
Μεταφορά από άλλο νοσοκομείο ή κλινική	21	6,7%
<b>Διάρκεια ασθένειας πριν την εισαγωγή</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
< 1 μήνα	161	51,4%
1 – 6 μήνες	74	23,6%
6 – 12 μήνες	33	10,5%
12 – 18 μήνες	17	5,4%
> 18 μήνες	28	8,9%
<b>Τμήμα εισαγωγής</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
Παθολογικό	92	29,8%
Χειρουργικό	147	43,4%
Ορθοπαιδικό	57	18,2%
Καρδιολογικό	27	8,6%
<b>Ημέρες Νοσηλείας</b>	<b>N=313</b>	<b>Ποσοστό</b>
1 – 7 ημέρες	191	61,0%
8 – 14 ημέρες	84	26,8%
15 -21 ημέρες	23	7,3%
22 – 28 ημέρες	3	1,0%
29 – 35 ημέρες	7	2,2%
60 – 150 ημέρες	5	1,6%

## 6.6. Ικανοποίηση ασθενών από την ποιότητα της φροντίδας

Το μεγαλύτερο μέρος του δείγματος των ασθενών θεωρεί ότι η ποιότητα της νοσοκομειακής φροντίδας είναι πολύ καλή σε ποσοστό 80,5%<sup>58</sup>, ενώ διαφωνεί μόνο το 15,7%. Επιμέρους, το ίδιο εντυπωσιακό είναι το ποσοστό των ασθενών που πιστεύουν ότι είναι ποιοτική η ιατρική φροντίδα η οποία τους παρέχεται και μόνο ένα μικρό ποσοστό λίγο πάνω από το 10% διαφωνεί με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σχετικά με τη νοσηλευτική φροντίδα τα ποσοστά κυμαίνονται στο ίδιο επίπεδο, όπως παρουσιάζεται και στον πίνακα 6.13.

**Πίνακας 6.13 – Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας**

Χαρακτηριστικά		Ασθενείς (N= 313)			
		Συμφωνώ Απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ Απόλυτα	Διαφωνώ
Πολύ καλή νοσοκομειακή φροντίδα	N	68	184	12	49
	%	21,7%	58,8%	3,8%	15,7%
Πολύ καλή ιατρική φροντίδα	N	87	185	8	33
	%	27,8%	59,1%	2,6%	10,5%
Πολύ καλή νοσηλευτική φροντίδα	N	90	183	6	34
	%	28,8%	58,5%	1,9%	10,9%

6.7. Επίπεδο νοσοκομειακής φροντίδας και ατομικά χαρακτηριστικά ασθενών  
Χρησιμοποιώντας το  $\chi^2$  test διαπιστώθηκε ποια από τα ατομικά χαρακτηριστικά των ασθενών και ποιοι παράγοντες της ατομικής τους υγείας επιδρούν σημαντικά στην αντίληψή τους για το επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, τόσο της νοσοκομειακής και επιμέρους της ιατρικής και της νοσηλευτικής. Η διερεύνηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί μια δυναμική διαδικασία η οποία εκφράζει τον τρόπο που σκέφτεται, παρατηρεί, δρα και αποφαινεται. Αποτελεί δηλαδή μια βαθιά μελέτη της ανθρώπινης συμπεριφοράς και του τρόπου που αλληλεπιδρά με το περιβάλλον (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Όσον αφορά την αξιολόγηση του επιπέδου παρεχόμενης φροντίδας από το νοσοκομείο σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά και τα χαρακτηριστικά που σχετίζονται με την ατομική υγεία των ασθενών, δεν βρέθηκε να υπάρχει σημαντική εξάρτηση από το οικογενειακό μηνιαίο εισόδημα και τις προηγούμενες νοσηλείες των ασθενών, σύμφωνα με το Linear-by Linear Association<sup>59</sup> (Παράρτημα 6). Αντίθετα, παρουσιάζεται σχέση με τις ημέρες

<sup>58</sup> Συμφωνώ 58,8% και συμφωνώ απόλυτα 21,7%.

<sup>59</sup> Είναι ένα test αναφορικά με τη γραμμική σχέση των δύο μεταβλητών (Γναρδέλης, 2006).

ταλαιπωρίας από την ασθένεια καθώς βρέθηκε ότι οι ασθενείς που ταλαιπωρούνται από την συγκεκριμένη νόσο για περισσότερο από 12 μήνες εμφανίζουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης (Πίνακας 6.14). Τα μη στατιστικά σημαντικά ευρήματα παρουσιάζονται στο Παράρτημα 6.

**Πίνακας 6.14** – Πίνακας συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής νοσοκομειακής φροντίδας και των ημερών ταλαιπωρίας από την ασθένεια

Ημέρες ταλαιπωρίας		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από το νοσοκομείο				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Λιγότερο από 1 μήνα	Τιμές	16	6	102	37	<b>161</b>
	Ποσοστά %	9,9%	3,7%	63,4%	23,0%	<b>100,0%</b>
1-6 μήνες	Τιμές	19	4	29	22	<b>74</b>
	Ποσοστά %	25,7%	5,4%	39,2%	29,7%	<b>100,0%</b>
Περισσότερο από 6 μήνες, αλλά λιγότερο από 1 χρόνο	Τιμές	4	2	21	6	<b>33</b>
	Ποσοστά %	12,1%	6,1%	63,6%	18,2%	<b>100,0%</b>
12-18 μήνες	Τιμές	3	0	13	1	<b>17</b>
	Ποσοστά %	17,6%	,0%	76,5%	5,9%	<b>100,0%</b>
Περισσότερο από 18 μήνες	Τιμές	7	0	19	2	<b>28</b>
	Ποσοστά %	25,0%	,0%	67,9%	7,1%	<b>100,0%</b>
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	<b>313</b>
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	<b>100,0%</b>
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				5,693	1	0,017

Στη συνέχεια διαπιστώθηκε ότι η αξιολόγηση που κάνουν οι ασθενείς για το επίπεδο της παρεχόμενης φροντίδας από τους ιατρούς δεν φαίνεται να εξαρτάται από κανένα κοινωνικό – οικονομικό χαρακτηριστικό τους (εισόδημα, εκπαίδευση κ.ά.) - Παράρτημα 7.

Τέλος, σχετικά με την αντίληψη των ασθενών για το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας σε σχέση με τα ατομικά χαρακτηριστικά τους και την ατομική τους υγεία βρέθηκε ότι δύο διαδραματίζουν σημαντικό ρόλο. Η πρώτη μεταβλητή είναι οι ημέρες ταλαιπωρίας, όπου παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με συμπτώματα από τη νόσο πάνω από 12 μήνες είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από το επίπεδο της νοσηλευτικής φροντίδας (Πίνακας 6.15). Στον Πίνακα 6.16 παρουσιάζεται η δεύτερη μεταβλητή, η οποία είναι οι φορές που ο ασθενής έχει νοσηλευτεί σε νοσοκομείο οι οποίες όσο περισσότερες είναι τόσο μεγαλύτερη



ικανοποίηση εκφράζει από τη νοσηλευτική φροντίδα.

**Πίνακας 6.15** – Πίνακας συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής νοσηλευτικής φροντίδας και των ημερών ταλαιπωρίας από τη νόσο

Ημέρες ταλαιπωρίας		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους νοσηλευτές/τριες				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Λιγότερο από 1 μήνα	Τιμές	13	3	91	54	<b>161</b>
	Ποσοστά %	8,1%	1,9%	56,5%	33,5%	<b>100,0%</b>
1-6 μήνες	Τιμές	11	2	37	24	<b>74</b>
	Ποσοστά %	14,9%	2,7%	50,0%	32,4%	<b>100,0%</b>
Περισσότερο από 6 μήνες, αλλά λιγότερο από 1 χρόνο	Τιμές	2	0	23	8	<b>33</b>
	Ποσοστά %	6,1%	,0%	69,7%	24,2%	<b>100,0%</b>
12-18 μήνες	Τιμές	2	0	14	1	<b>17</b>
	Ποσοστά %	11,8%	,0%	82,4%	5,9%	<b>100,0%</b>
Περισσότερο από 18 μήνες	Τιμές	6	1	18	3	<b>28</b>
	Ποσοστά %	21,4%	3,6%	64,3%	10,7%	<b>100,0%</b>
Σύνολο	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100,0%</b>
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,384	1	0,004

**Πίνακας 6.16** – Πίνακας συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής νοσηλευτικής φροντίδας και των προηγούμενων νοσηλείων

Φορές νοσηλείας		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους νοσηλευτές/τριες				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Είναι η πρώτη φορά	Τιμές	6	1	48	41	<b>96</b>
	Ποσοστά %	6,3%	1,0%	50,0%	42,7%	<b>100%</b>
1-2 φορές	Τιμές	17	4	83	31	<b>135</b>
	Ποσοστά %	12,6%	3,0%	61,5%	23,0%	<b>100%</b>
3-5 φορές	Τιμές	8	1	36	12	<b>57</b>
	Ποσοστά %	14,0%	1,8%	63,2%	21,1%	<b>100%</b>
5 φορές ή περισσότερες	Τιμές	2	0	11	5	<b>18</b>
	Ποσοστά %	11,1%	,0%	61,1%	27,8%	<b>100%</b>
Δεν ξέρω, δεν θυμάμαι	Τιμές	1	0	5	1	<b>7</b>
	Ποσοστά %	14,3%	,0%	71,4%	14,3%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				5,735	1	0,017

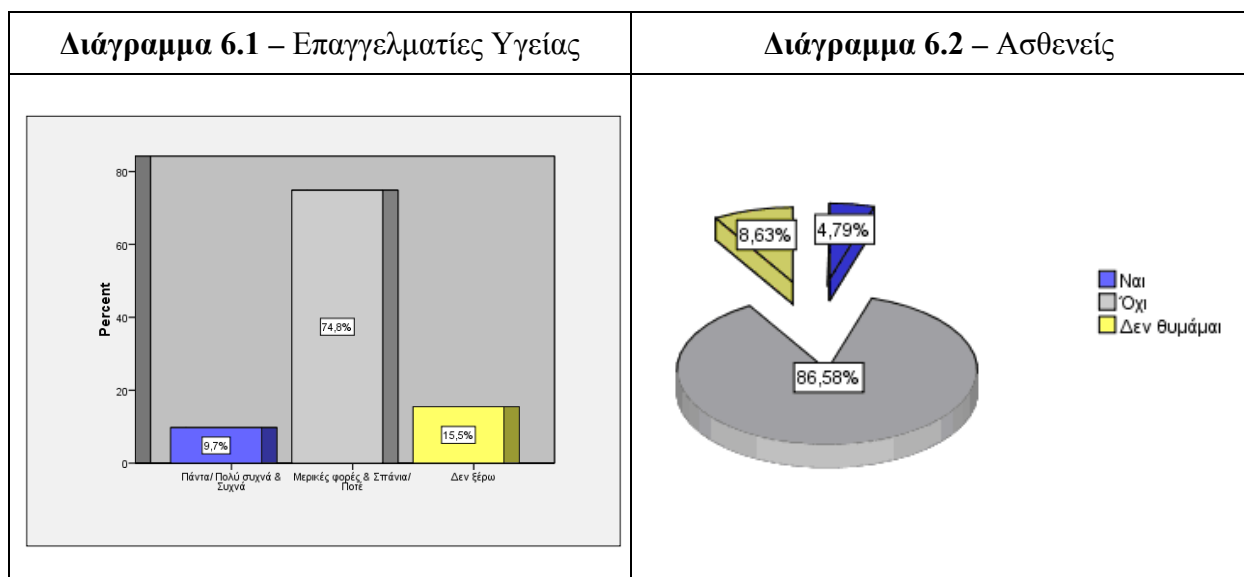
## 6.8. Ποιότητα παρεχόμενης φροντίδας

Στο κεφάλαιο αυτό θα ασχοληθούμε με τις ερωτήσεις από το κύριο μέρος της έρευνας και συγκεκριμένα θα παραθέσουμε τις απαντήσεις τόσο των επαγγελματιών υγείας όσο και των ασθενών σχετικά με την πληροφόρηση και την ενημέρωση των ασθενών για την κατάσταση της υγείας τους, τη διερεύνηση τυχόν προβλημάτων κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο, τη συμπεριφορά των εργαζομένων απέναντί τους και το σεβασμό στην προσωπικότητά τους.

### 6.8.1. Πληροφόρηση σε θέματα νοσοκομειακής λειτουργίας

Αρχικά θα αναφερθούμε στο επίπεδο πληροφόρησης σχετικά με τον τρόπο λειτουργίας των τριών δημόσιων νοσοκομείων (Παράρτημα 9). Αναλυτικότερα, στην ερώτηση αν χορηγείται βιβλιário πρακτικών παραμονής στο νοσοκομείο το 74,8% των επαγγελματιών υγείας απάντησε μερικές φορές / σπάνια, όπως φαίνεται στο διάγραμμα 6.1. Στην ίδια ερώτηση είναι ακόμη μεγαλύτερο το ποσοστό των ασθενών πάνω από 85% το οποίο απάντησε ότι δεν τους χορηγήθηκε βιβλιário παραμονής στο νοσοκομείο όπως φαίνεται στο Διάγραμμα 6.2. Είναι λοιπόν φανερό, λαμβάνοντας υπόψη τα ποσοστά της απάντησης δεν ξέρω / δεν θυμάμαι, ότι κανένα από τα τρία δημόσια νοσοκομεία δεν έχει ως πρακτική τη συστηματική χορήγηση βιβλιαρίου παραμονής στο νοσοκομείο.

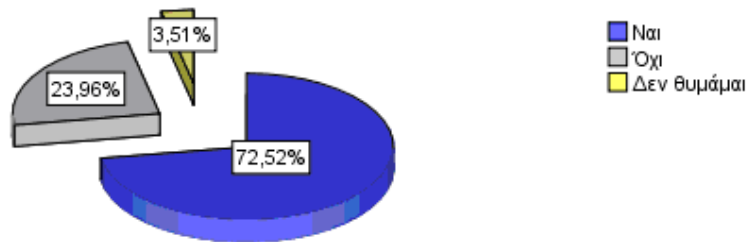
Χορήγηση Βιβλιαρίου Πρακτικών Παραμονής στο Νοσοκομείο



Το 76,3% των επαγγελματιών υγείας γνωρίζει ότι δεν πρέπει να αποκαλύψει την παρουσία του ασθενή στο νοσοκομείο. Σχεδόν το ίδιο ποσοστό 72,5% των ασθενών γνωρίζει ότι δεν επιτρέπεται να αποκαλυφθεί η παρουσία τους στο νοσοκομείο (Διάγραμμα 6.3).

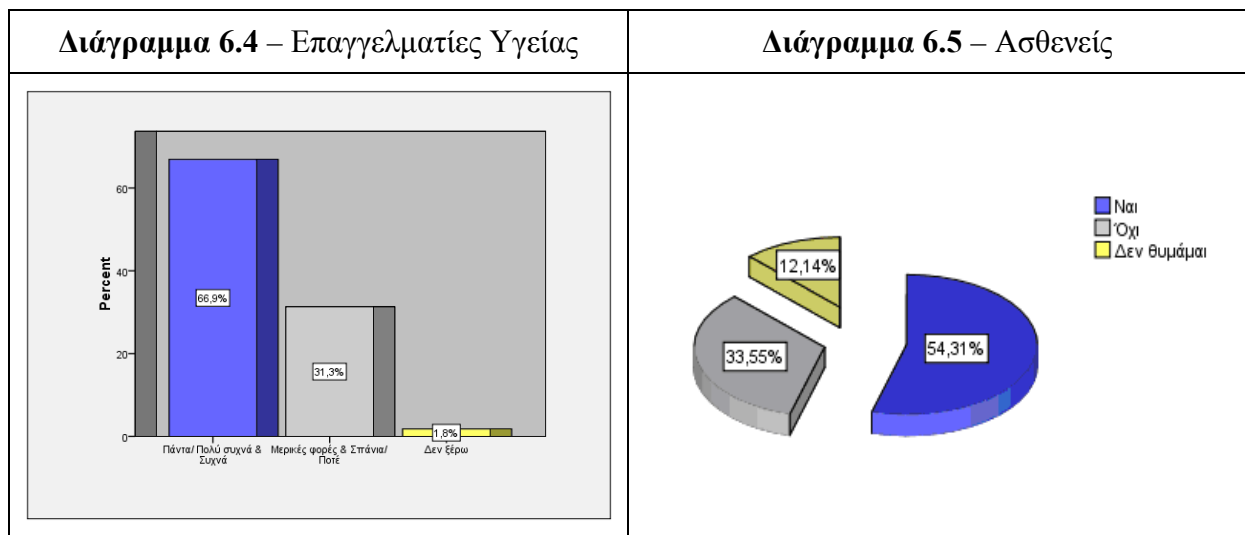
**Διάγραμμα 6.3 – Ασθενείς**

Γνώση για τη μη αποκάλυψη της παρουσίας του ασθενή στο νοσοκομείο



Υπάρχει, όμως, μία αντίφαση στις απαντήσεις των επαγγελματιών υγείας σε σχέση με το προηγούμενο ερώτημα και με την εχεμύθεια για τις ιατρικές και νοσηλευτικές πληροφορίες αναφορικά με την κατάσταση υγείας του ασθενή, καθώς το 66,9% απαντά ότι αυτές οι πληροφορίες είναι εκτεθειμένες πάντα ή συχνά (Διάγραμμα 6.4).

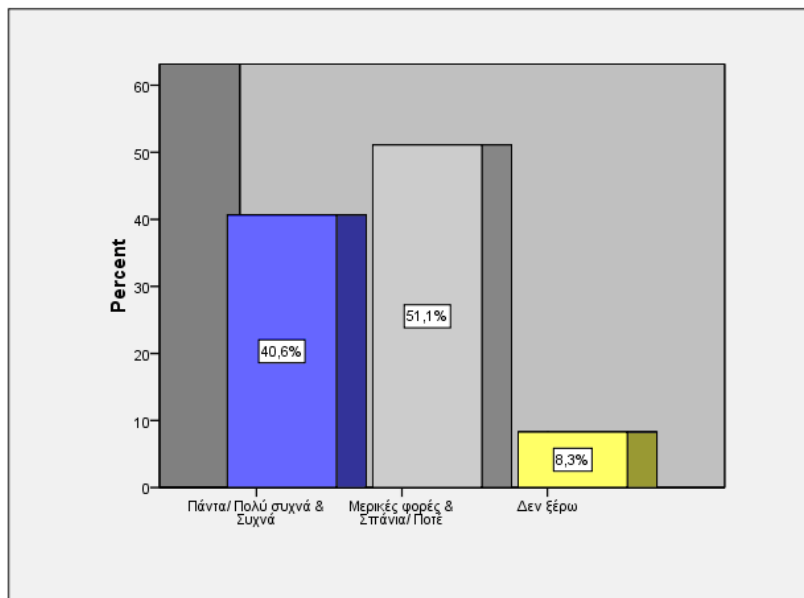
**Μη εκτεθειμένες ιατρικές – νοσηλευτικές πληροφορίες**



Στο Διάγραμμα 6.5 φαίνεται ότι το 54,3% των ασθενών υποστηρίζει ότι οι ιατρικές και νοσηλευτικές πληροφορίες είναι εκτεθειμένες.

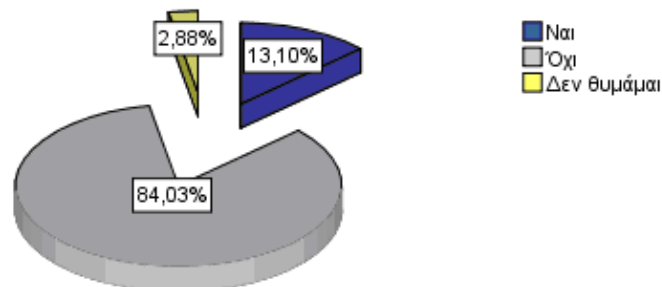
Σχετικά με την ενημέρωση για τη δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων, το 51,1% από τους επαγγελματίες υγείας απάντησε ότι οι ασθενείς ενημερώνονται μερικές φορές έως σπάνια και το 40,6% ότι ενημερώνονται πάντα έως συχνά (Διάγραμμα 6.6).

**Διάγραμμα 6.6 – Επαγγελματίες Υγείας**  
Ενημέρωση άσκησης θρησκευτικών καθηκόντων



Αντίθετα, όπως παρουσιάζεται στο Διάγραμμα 6.7, το 84% των ασθενών απάντησε ότι δεν υπάρχει ενημέρωση για την άσκηση των θρησκευτικών καθηκόντων τους.

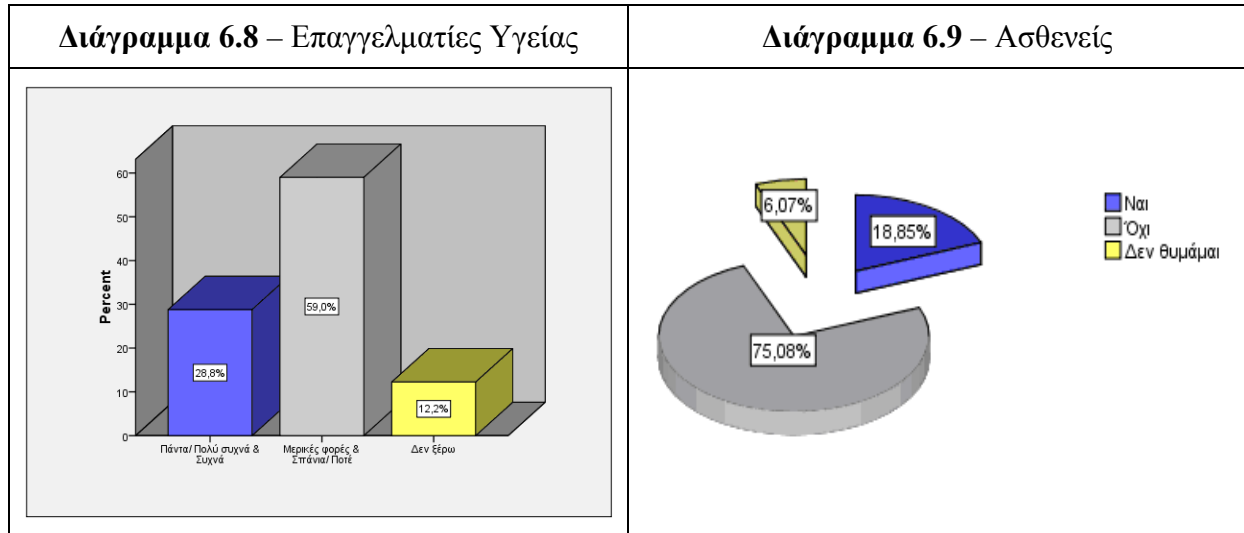
**Διάγραμμα 6.7 – Ασθενείς**  
Ενημέρωση άσκησης θρησκευτικών καθηκόντων



Τέλος, όσον αφορά την ενημέρωση για την ύπαρξη ειδικού γραφείου παραπόνων ή πληροφοριών το 59% των επαγγελματιών υγείας απαντά ότι αυτό γίνεται μερικές φορές ή

σπάνια (Διάγραμμα 6.8). Το 75,1% των ασθενών δηλώνει ότι δεν ενημερώθηκε για το παραπάνω γραφείο (Διάγραμμα 6.9).

#### Ενημέρωση για το ειδικό γραφείο παραπόνων ή πληροφοριών



#### 6.8.2. Ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας

Αυτό το μέρος της έρευνας αναφέρεται τόσο στην ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας των ασθενών όσο και στην ενημέρωση για τις διαδικασίες φροντίδας τους. Σύμφωνα με τον Πίνακα 6.17 φαίνεται ότι οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνουν συχνά ή σχεδόν πάντα τους ασθενείς για το χρόνο και το σκοπό διεξαγωγής των εξετάσεων, για τα πλεονεκτήματα, τους κινδύνους και τα αποτελέσματα των εξετάσεων καθώς και για τους σκοπούς και τους κινδύνους της εφαρμοσμένης θεραπείας. Όσον αφορά τους ασθενείς βρέθηκε είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που λαμβάνουν για τα παραπάνω θέματα. Παρατηρείται όμως το φαινόμενο της δυσαρέσκειας, από την πλευρά των ασθενών σε ποσοστό 19,2% και 14,1% από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας, όσον αφορά την ενημέρωσή για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των εξετάσεων.

**Πίνακας 6.17 – Ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας**

Θέματα προς διερεύνηση		Ασθενείς					Επαγγελματίες Υγείας				
		Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Missing	Πάντα/ Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή Ποτέ	Missing
Ενημέρωση του χρόνου διεξαγωγής των εξετάσεων	N	106	137	51	12	7	92	89	55	33	9
	%	34,6%	44,8%	16,7%	3,9%		34,2%	33,1%	20,4%	12,3%	
Σαφή ενημέρωση για τους σκοπούς των εξετάσεων	N	112	115	61	20	5	67	98	72	34	7
	%	36,4%	37,3%	19,8%	6,5%		24,7%	36,2%	26,6%	12,5%	
Ενημέρωση για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των εξετάσεων	N	79	102	68	59	5	64	99	68	38	9
	%	25,6%	33,1%	22,1%	19,2%		23,8%	36,8%	25,3%	14,1%	
Ενημέρωση για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων	N	107	131	54	17	4	87	111	51	17	12
	%	34,6%	42,4%	17,5%	5,5%		32,7%	41,7%	19,2%	6,4%	
Ενημέρωση σκοπού της θεραπείας	N	102	152	48	6	5	95	123	41	12	7
	%	33,1%	49,4%	15,6%	1,9%		35,1%	45,4%	15,1%	4,4%	
Ενημέρωση ασθενών για τους κινδύνους της θεραπείας	N	88	111	78	30	6	72	99	74	24	9
	%	28,7%	36,2%	25,4%	9,8%		26,8%	36,8%	27,5%	8,9%	

### 6.8.3. Διερεύνηση προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο

Σε αυτή την ενότητα του ερωτηματολογίου διερευνώνται οι σωματικές, ψυχολογικές και οι κοινωνικές ανάγκες του ασθενή, αν ζητείται η συγκατάθεση του πριν την χειρουργική επέμβαση και την αναισθησία και αν παρέχονται συμβουλές υγιεινής.

Πιο συγκεκριμένα οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι σχεδόν πάντα απαιτείται η συγκατάθεση του ασθενή για τη χειρουργική επέμβαση (76,3%) και την αναισθησία (71,1%), συχνά ή πολύ συχνά δίνονται οι απαραίτητες συμβουλές υγιεινής και υπάρχει συστηματική αξιολόγηση του πόνου. Αντίθετα, απάντησαν ότι μόνο μερικές φορές αναζητούν τα ψυχολογικά και κοινωνικά προβλήματα του ασθενή.

Από την πλευρά των ασθενών, πολύ μεγάλο είναι το ποσοστό το οποίο απάντησε ότι ζητήθηκε η συγκατάθεσή τους πριν το χειρουργείο (77,7%) και την αναισθησία (73,4%). Το 68,9% θεωρεί ότι υπάρχει συστηματική αντιμετώπιση του σωματικού πόνου και λίγο πάνω από το 50% ότι ενημερώθηκε αρκετά σε θέματα υγιεινής. Το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει αξιολόγηση των ψυχολογικών αναγκών και των κοινωνικών προβλημάτων που αντιμετωπίζει (Πίνακας 6.18).

**Πίνακας 6.18** – Διερεύνηση προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο

Θέματα προς διερεύνηση		Ασθενείς					Επαγγελματίες Υγείας				
		Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Missing	Πάντα/ Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή ποτέ	Missing
Συγκατάθεση πριν την χειρουργική επέμβαση	N	167	40	4	4	98	206	45	13	6	8
	%	77,7%	18,6%	1,9%	1,9%		76,3%	16,7%	4,8%	2,2%	
Συγκατάθεση πριν την αναισθησία	N	157	37	6	14	99	187	53	12	11	15
	%	73,4%	17,3%	2,8%	6,5%		71,1%	20,2%	4,6%	4,2%	
Συμβουλές Υγιεινής	N	83	151	40	22	17	89	91	42	38	18
	%	28,0%	51,0%	13,5%	7,4%		34,2%	35,0%	16,2%	14,6%	
Διερεύνηση ψυχολογικών αναγκών	N	14	21	43	137	98	26	58	114	61	19
	%	6,5%	9,8%	20,0%	63,7%		10,0%	22,4%	44,0%	23,6%	
Διερεύνηση κοινωνικών προβλημάτων	N	7	18	41	135	112	45	78	98	39	18
	%	3,5%	9,0%	20,4%	67,2%		17,3%	30,0%	37,7%	15,0%	
Συστηματική διερεύνηση του Πόνου	N	195	59	17	12	30	111	77	57	18	15
	%	68,9%	20,8%	6,0%	4,2%		42,2%	29,3%	21,7%	6,8%	

#### 6.8.4. Επαγγελματική συμπεριφορά και σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή

Οι ερωτήσεις αναφέρονται στην προσέγγιση των ασθενών από τους επαγγελματιών υγείας και διερευνάται ο σεβασμός στην ιδιωτική ζωή των ασθενών κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο.

Το 40,1% των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει ότι σπάνια φέρει διακριτικό σήμα με το όνομα και την ιδιότητά του, ενώ ακριβώς το αντίθετο υποστηρίζουν οι ασθενείς σε ποσοστό 54%. Πολύ σπάνια έως καθόλου χτυπούν την πόρτα κατά την είσοδό τους στο δωμάτιο του ασθενή τόσο το ιατρικό (73,5%) όσο και το νοσηλευτικό (67,6%) προσωπικό. Το ίδιο υψηλό ποσοστό (71,4% για το ιατρικό και 63% για το νοσηλευτικό προσωπικό) παρουσιάζουν και οι απαντήσεις των ασθενών. Σύμφωνα με τους επαγγελματίες υγείας το 60,9% πιστεύει ότι σπάνια έως καθόλου ζητείται η συγκατάθεση του ασθενή για την παραμονή των εκπαιδευόμενων, κατά την κλινική εξέταση. Ταυτόχρονα, το μεγαλύτερο ποσοστό (66,1%) ζητά την αποχώρηση των συνοδών κατά την εξέταση του ασθενή. Οι απαντήσεις των ασθενών στις δύο προηγούμενες ερωτήσεις αποδεικνύουν και αυτές τα ίδια φαινόμενα, καθώς σε ποσοστό 72,8% απαντούν ότι πολύ σπάνια ζητείται η συγκατάθεσή τους για την

παρουσία των εκπαιδευόμενων, ενώ το 75,8% υποστηρίζει ότι πάντα ζητείται η αποχώρηση των οικείων τους κατά την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα (Πίνακας 6.19).

**Πίνακας 6.19** – Επαγγελματική συμπεριφορά και σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή

Θέματα προς διερεύνηση		Ασθενείς					Επαγγελματίες Υγείας				
		Πάντα/ Πολύ συχνά	Συχνά	Σπάνια	Πολύ Σπάνια/ Καθόλου	Missing	Πάντα/ Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή ποτέ	Missing
Διακριτικό σήμα με το όνομα και την ιδιότητα των Επαγγελματιών υγείας	N	81	81	71	67	13	43	49	71	109	6
	%	27,0%	27,0%	23,7%	22,3%		15,8%	18,0%	26,1%	40,1%	
Χτύπημα πόρτας κατά την είσοδο του νοσηλευτή στο δωμάτιο του ασθενή	N	17	28	52	165	51	13	21	48	171	25
	%	6,5%	10,7%	19,8%	63,0%		5,1%	8,3%	19,0%	67,6%	
Χτύπημα πόρτας κατά την είσοδο του ιατρού στο δωμάτιο του ασθενή	N	16	23	35	185	54	7	21	40	189	21
	%	6,2%	8,9%	13,5%	71,4%		2,7%	8,2%	15,6%	73,5%	
Συγκατάθεση ασθενή για την παραμονή εκπαιδευόμενων	N	14	25	26	174	74	7	33	57	151	30
	%	5,9%	10,5%	10,49%	72,8%		2,8%	13,3%	23,0%	60,9%	
Αποχώρηση των επισκεπτών από το δωμάτιο κατά την εξέταση του ασθενή	N	235	63	8	4	3	181	67	13	13	4
	%	75,8%	20,3%	2,6%	1,3%		66,1%	24,5%	4,7%	4,7%	

### 6.8.5. Ενημέρωση κατά την έξοδο του ασθενή

Στο τελευταίο μέρος της έρευνας ερευνούμε την ενημέρωση και εκπαίδευση που παρέχεται στον ασθενή κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο και τη δυνατότητα να εκφράσει το επίπεδο ικανοποίησής του από την παρεχόμενη φροντίδα.

Συγκεκριμένα, το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας απαντά ότι μερικές φορές έως σπάνια επικοινωνεί (50,9%) και χορηγεί ενημερωτική επιστολή στον προσωπικό ιατρό του ασθενή (71,5%). Ενώ το 66,7% υποστηρίζει ότι χορηγείται πάντα ιατρική γνωμάτευση της παρούσας νόσου. Η οργάνωση της εξόδου του ασθενή από το νοσοκομείο βρέθηκε ότι διχάζει τους επαγγελματίες υγείας, καθώς το 29,8% απαντά ότι συχνά οργανώνεται μαζί του, το 29,5% μερικές φορές και το 27,5% πάντα έως πολύ συχνά. Όσον αφορά την ενημέρωσή του ασθενούς για συμπτώματα τυχόν υποτροπής και την εκπαίδευσή του για συμμετοχή σε δραστηριότητες ένα σημαντικό ποσοστό των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζει ότι συμβαίνει πολύ συχνά. Τέλος, το 57,9% θεωρεί ότι σπάνια δίνεται η δυνατότητα στον ασθενή



να εκφράσει την ικανοποίησή του από την παρεχόμενη φροντίδα και το 80,5% απαντά ότι δεν συμπληρώνεται ερωτηματολόγιο για την ποιότητα της φροντίδας κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο (Πίνακας 6.20).

Σε αυτό το μέρος της έρευνας οι ασθενείς εξέφρασαν μια δυσαρέσκεια μέσα από τις απαντήσεις τους. Όπως φαίνεται από τον Πίνακα 6.20 πάνω από το 80% των ασθενών υποστηρίζει ότι δεν υπάρχει καμία επικοινωνία και χορήγηση ενημερωτικής επιστολής προς τον προσωπικό του ιατρό. Επίσης, ένα μεγάλο ποσοστό απαντά ότι δεν του δόθηκε η δυνατότητα να εκφράσει τη γνώμη του (84,7%) και να συμπληρώσει ερωτηματολόγιο (93%) για την ποιότητα της φροντίδας που έλαβε. Αντίθετα, το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών είναι ευχαριστημένο από την ενημέρωση για συμπτώματα υποτροπής της υγείας του (84,6%), για τη δυνατότητα συμμετοχής του σε συγκεκριμένες δραστηριότητες (90%) και για τη χορήγηση ιατρικής γνωμάτευσης της παρούσας νόσου (89,3%).

**Πίνακας 6.20 – Ενημέρωση κατά την έξοδο του ασθενή**

Θέματα προς διερεύνηση		Ασθενείς			Επαγγελματίες Υγείας				
		Ναι	Όχι	Missing	Πάντα/Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή ποτέ	Missing
Επικοινωνία με τον προσωπικό ιατρό	N	41	249	23	44	48	65	78	43
	%	14,1%	85,9%		18,7%	20,4%	27,7%	33,2%	
Οργάνωση της εξόδου μαζί με τον ασθενή	N	123	150	40	71	77	76	34	20
	%	45,1%	54,9%		27,5%	29,8%	29,5%	13,2%	
Δυνατότητα έκφρασης ικανοποίησης για την παρεχόμενη φροντίδα	N	45	249	19	13	24	67	143	31
	%	15,3%	84,7%		5,3%	9,7%	27,1%	57,9%	
Ενημέρωση για συμπτώματα υποτροπής της υγείας του	N	248	45	20	115	91	43	10	19
	%	84,6%	10,6%		44,4%	35,1%	16,6%	3,9%	
Σαφής πληροφόρηση για την συμμετοχή σε δραστηριότητες	N	270	30	13	140	72	32	13	21
	%	90,0%	10,0%		54,5%	28,0%	12,5%	5,1%	
Συμπλήρωση ερωτηματολογίου για την ποιότητα φροντίδας	N	21	278	14	3	10	31	182	52
	%	7,0%	93,0%		1,3%	4,4%	13,7%	80,5%	
Χορήγηση ενημερωτικής επιστολής για τον προσωπικό ιατρό	N	55	239	19	36	23	68	80	71
	%	18,7%	81,3%		17,4%	11,1%	32,9%	38,6%	
Χορήγηση ιατρικής γνωμάτευσης της παρούσας νόσου	N	260	31	22	174	54	25	8	17
	%	89,3%	10,7%		66,7%	20,7%	9,6%	3,1%	

Στη συνέχεια, χρησιμοποιώντας πίνακες συνάφειας (Παράρτημα 10) εξετάσαμε την ύπαρξη ή όχι στατιστικά σημαντικής εξάρτησης τριών επιλεγμένων μεταβλητών σε σχέση με την

ηλικία, το εκπαιδευτικό επίπεδο και το επάγγελμα. Οι τρεις μεταβλητές είναι η δυνατότητα έκφρασης ικανοποίησης των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα, η ενημέρωση για τα συμπτώματα υποτροπής της υγείας τους και η σαφής πληροφόρηση για τη συμμετοχή τους σε δραστηριότητες. Τα αποτελέσματα από τον έλεγχο ανεξαρτησίας φανερώνουν ότι για τις παραπάνω μεταβλητές ούτε η ηλικία, ούτε το επίπεδο εκπαίδευσης, ούτε το επάγγελμα αποτελούν στατιστικά σημαντικές μεταβλητές.

#### 6.9. Σύγκριση απόψεων επαγγελματιών υγείας και ασθενών

Σε αυτό το σημείο της μελέτης παρουσιάζονται οι συσχετίσεις ανάμεσα στις απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών σε θέματα ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας των ασθενών, προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο καθώς και η επαγγελματική συμπεριφορά και ο σεβασμός της προσωπικότητας του ασθενή.

Αρχικά, γίνεται έλεγχος καλής προσαρμογής των δεδομένων που αφορούν τις παραπάνω παραμέτρους στην κανονική κατανομή. Αυτό που προκύπτει (Παράρτημα 11) είναι πως τα δεδομένα δεν ακολουθούν κανονική κατανομή, αφού και στις τρεις περιπτώσεις τόσο για τους επαγγελματίες υγείας όσο και για τους ασθενείς η κρίσιμη τιμή τους είναι μηδενική<sup>60</sup>.

Ως εκ τούτου, δεν είναι δυνατή η χρήση ενός παραμετρικού τεστ, όπως το t-test, για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων όρων των απαντήσεων μεταξύ των δύο δειγμάτων. Χρησιμοποιήσαμε, λοιπόν, το μη παραμετρικό τεστ Mann-Whitney για τον έλεγχο της ισότητας των μέσων όρων των δύο ανεξάρτητων δειγμάτων και σύμφωνα με τον Πίνακα 6.21 για τις 591 περιπτώσεις του δείγματος, όσον αφορά την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας των ασθενών, βρέθηκε ότι το μέσο σκορ (mean rank) για την περίπτωση των επαγγελματιών υγείας είναι μικρότερο από αυτό των ασθενών. Το φαινόμενο αυτό φανερώνει ότι οι επαγγελματίες υγείας συγκεντρώνουν χαμηλότερο σκορ σε σχέση με τους ασθενείς. Για να γενικεύσουμε τα αποτελέσματα για το σύνολο του πληθυσμού καταφύγαμε στον επαναληπτικό αλγόριθμο του Monte Carlo<sup>61</sup>.

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του Test Statistics διαπιστώνουμε ότι η κρίσιμη τιμή

---

<sup>60</sup> Επομένως, με πιθανότητα σφάλματος περίπου 0% μπορούμε να απορρίψουμε τη μηδενική υπόθεση. Βάση, λοιπόν, των δύο ελέγχων καλής προσαρμογής δεν μπορούμε να εξασφαλίσουμε την προϋπόθεση περί κανονικότητας των δεδομένων.

<sup>61</sup> Ξεκινώντας από την τιμή 0 και για 10.000 επαναλήψεις εκτιμήθηκε το 95% διάστημα εμπιστοσύνης.

πιθανότητας (p value) ισούται με 0,104 και λαμβάνοντας υπόψη ότι αυτή η τιμή είναι μεγαλύτερη από την ανώτερη τιμή σφάλματος που ορίσαμε p value = 0,05 δεν απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση<sup>62</sup>. Επομένως, με εμπιστοσύνη 95% οι δύο διάμεσοι είναι ίσοι.

**Πίνακας 6.21** – Συσχέτιση σχετικά με την ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας

Ranks				
	Δείγμα	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέσο Σκορ Ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας	Επαγγελματίες υγείας	278	284,06	78967,50
	Ασθενείς	313	306,61	95968,50
	Σύνολο	591		

Test Statistics		
		Μέσο Σκορ Ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας
Wilcoxon W		78967,500
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.	p= 0, 104

Descriptive Statistics				
	N	Percentiles		
		25th	50th (Median)	75th
Μέσο Σκορ Ενημέρωσης για την κατάσταση της υγείας	591	2,3333	3,0000	3,5000
Δείγμα	591	1,0000	2,0000	2,0000

Ομοίως, με το μη παραμετρικό τεστ που αφορά στο μέσο όρο για την επαγγελματική συμπεριφορά και το σεβασμό στην προσωπικότητα του ασθενή η τιμή p value = 0,235 είναι μεγαλύτερη της τιμής σφάλματος και επομένως είναι αδύνατον να απορριφτεί η μηδενική υπόθεση. Συνεπώς και στην περίπτωση αυτή οι δύο διάμεσοι (median) είναι ίσοι (Πίνακας 6.22).

**Πίνακας 6.22** – Συσχέτιση της επαγγελματικής συμπεριφοράς και σεβασμού στην προσωπικότητα του ασθενή

Ranks				
	Δείγμα	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέσο Σκορ επαγγελματικής συμπεριφοράς και σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή	Επαγγελματίες υγείας	278	287,24	79853,00
	Ασθενείς	313	303,78	95083,00
	Σύνολο	591		

<sup>62</sup> Αν οι τιμές είναι μικρότερες του 0,05 συμπεραίνουμε ότι η μηδενική υπόθεση απορρίπτεται δηλαδή η διάμεσος του δείγματος διαφέρει στατιστικά σημαντικά από την τιμή που ελέγξαμε (Τσαγκρής, 2008).

Test Statistics			
		Μέσο Σκορ επαγγελματικής συμπεριφοράς και σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή	
Mann-Whitney U		41072,000	
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.	p=0,235	

Descriptive Statistics				
	N	Percentiles		
		25th	50th (Median)	75th
Μέσο Σκορ επαγγελματική συμπεριφορά και σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή	591	1,6000	2,0000	2,2000
Δείγμα	591	1,0000	2,0000	2,0000

Τέλος, στην περίπτωση του μέσου σκορ διερεύνησης προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο βρέθηκε ότι για τις 591 περιπτώσεις του δείγματος το μέσο σκορ για την περίπτωση των επαγγελματιών υγείας είναι πολύ μεγαλύτερο από το μέσο σκορ των ασθενών (Πίνακας 6.23). Αυτό είναι ενδεικτικό ότι οι επαγγελματίες υγείας συγκεντρώνουν υψηλότερο σκορ στις απαντήσεις σε σχέση με τους ασθενείς, γεγονός που αποδεικνύεται και από τους διάμεσους (2,667 για τους επαγγελματίες υγείας και 2,000 για τους ασθενείς). Σύμφωνα με τα αποτελέσματα του πίνακα Test Statistics, η κρίσιμη τιμή πιθανότητας (p value) ισούται με 0,000. Δεδομένου ότι η τιμή αυτή (p value) είναι μικρότερη της τιμής σφάλματος που ορίσαμε (0,05) απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση. Επομένως, με εμπιστοσύνη 95%, οι δύο διάμεσοι (median) είναι διαφορετικοί και άρα αυτό είναι στατιστικά σημαντικό.

**Πίνακας 6.23** – Συσχέτιση των προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο

Ranks				
	Δείγμα	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Μέσο Σκορ διερεύνηση προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο	Επαγγελματίες υγείας	278	371,30	103221,00
	Ασθενείς	313	229,12	71715,00
	Σύνολο	591		

Test Statistics			
		Μέσο Σκορ διερεύνηση προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο	
Mann-Whitney U		22574,000	
Monte Carlo Sig. (2-tailed)	Sig.	p=0,000	

Descriptive Statistics				
	N	Percentiles		
		25th	50th (Median)	75th
Μέσο Σκορ Διερεύνησης Προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο	591	2,0000	2,6667	3,0000
Δείγμα	591	1,0000	2,0000	2,0000

## ΣΥΖΗΤΗΣΗ – ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Ο όρος ποιότητα χρησιμοποιείται σε πολλές επιστήμες, όπως στις κοινωνικές επιστήμες που χρησιμοποιείται για να εκφραστεί η απόδοση ή το αποτέλεσμα, στην ιατρική και τη νοσηλευτική επιστήμη χρησιμοποιείται ώστε ο ασθενής να αποτελεί μια οντότητα. Ο Donabedian αναφέρει ότι η ποιότητα περιλαμβάνει τα πλεονεκτήματα, τις ζημιές, την ικανότητα και το κόστος, ενώ η Steffen υποστηρίζει ότι η ποιότητα εκφράζει την ικανότητα του ατόμου να επιτύχει κάποιο σκοπό και σημειώνει τη σημασία των προσωπικών επιθυμιών και αξιών των ασθενών (Μπακάλης, Θεοδορακοπούλου, 2006).

Οι επαγγελματίες και οι ασθενείς βλέπουν την ποιότητα από διαφορετική οπτική γωνία, για αυτό και είναι σημαντικό να διερευνάται η άποψη και των δύο πλευρών για την παρεχόμενη φροντίδα. Με τον τρόπο αυτό μπορεί να μελετηθεί το περιβάλλον της διοίκησης και η ποιότητα του προσωπικού και από την αντίθετη πλευρά να αξιολογηθούν οι ανάγκες και οι επιθυμίες των ασθενών, με στόχο την ανατροφοδότηση (feedback) για αξιολόγηση, ανασχεδιασμό και κατά επέκταση βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας μέσω ενός νέου και ολοκληρωμένου σχεδιασμού.

Η εκτίμηση από τους επαγγελματίες υγείας της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας έχει συμπεριλήφθη στις διαδικασίες διαπίστευσης<sup>63</sup>, ως μια μορφή εξωτερικής μελέτης των διοικητικών διαδικασιών και δομών, των συστημάτων υγείας διαφόρων χωρών. Η αυτοεκτίμηση των επαγγελματιών υγείας αποτελεί θεμελιώδες βήμα στη διαδικασία διαπίστευσης, καθώς οι ίδιοι συγκρίνουν τις δικές τους μεθόδους φροντίδας με αυτές που είναι προκαθορισμένες βάση προτύπων ποιότητας (Durieux et al, 2004).

Η προσέγγιση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας από την πλευρά των ασθενών, μέσα από ερωτηματολόγια ικανοποίησης, είναι ευρύτατα διαδεδομένη στις μέρες μας. Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί τη μεταβλητή της επιτυχίας ή της αποτυχίας ενός συστήματος υγείας, αφού είναι οι άμεσοι χρήστες και βιώνουν το σύστημα σε όλες του τις πλευρές ολόκληρο το εικοσιτετράωρο (Λαζάρου, 2004). Κατά συνέπεια, η μέτρηση της ικανοποίησης είναι δυνατόν να συμβάλλει στην αναγνώριση των προβλημάτων, στην παροχή

---

<sup>63</sup> Διαπίστευση (accreditation) είναι η επίσημη διαβεβαίωση από μια Αρχή (που είναι πιστοποιημένη) ότι ένα ίδρυμα ή ένας οργανισμός εκπληρώνει τα προκαθορισμένα πρότυπα ποιότητας της Αρχής αυτής (Ραφτόπουλος, Θεοδοσοπούλου, 2001)

χρήσιμων πληροφοριών και στην καλύτερη διαχείριση των πόρων των υγειονομικών υπηρεσιών (Μποστανίτης, Τσαλίδου, 2010).

Οι σημαντικότερες ανάγκες των ασθενών είναι η συνεχής και επαρκής πληροφόρηση γύρω από την κατάσταση της υγείας τους, η σωστή επικοινωνία τόσο στην αρχή όσο και στο τέλος κάθε επαφής τους με τους επαγγελματίες υγείας καθώς και η ολιστική φροντίδα τους. Ταυτόχρονα σημαντική είναι η ανάγκη των ασθενών για συναισθηματική υποστήριξη, ασφάλεια και σιγουριά, και η διατήρηση της ελπίδας. Όλα τα παραπάνω αποτελούν κριτήρια με τα οποία οι ασθενείς αξιολογούν τους επαγγελματίες υγείας, τη θεραπεία και κατά επέκταση την παρεχόμενη φροντίδα.

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας επιτρέπουν μια ασφαλή εκτίμηση για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα τρία δημόσια νοσοκομεία, όπως την αντιλαμβάνονται οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς. Η έρευνα ανέδειξε ταυτόχρονα ομοιότητες και διαφορές μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας όσον αφορά την πληροφόρηση και ενημέρωση για την κατάσταση της υγείας του ασθενή τόσο κατά την παραμονή όσο και κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο, σε θέματα νοσοκομειακής λειτουργίας καθώς και σε θέματα επαγγελματικής συμπεριφοράς και σεβασμού της προσωπικότητας του ασθενή.

Διαπιστώθηκε ότι οι ασθενείς θεωρούν ότι η συνολική νοσοκομειακή φροντίδα είναι πολύ καλή και στα τρία δημόσια νοσοκομεία. Εκφράζουν ικανοποίηση τόσο από την ιατρική όσο και από τη νοσηλευτική φροντίδα που απολαμβάνουν στα συγκεκριμένα νοσοκομεία. Παρομοίως, στην έρευνα που διεξήγαγαν ο Πολύζος και συν. το 2004 σε δύο νοσοκομεία της Αττικής βρέθηκε ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι και από την ποιότητα της ιατρικής και από την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας. Επίσης, στην έρευνα του Πολεμικού Ναυτικού οι νοσηλευόμενοι συμμετέχοντες ήταν πολύ ως πλήρως ικανοποιημένοι από τις ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Η άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας, όπως ήδη έχουμε αναφέρει, εξαρτάται σημαντικά από το οικογενειακό εισόδημα των ασθενών, τις επαναλαμβανόμενες νοσηλείες και το χρόνο ταλαιπωρίας τους από την υποκείμενη νόσο. Ο βαθμός ικανοποίησης εξαρτάται από τρεις παράγοντες τις προσδοκίες των ασθενών από το νοσοκομείο, τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ίδιων και την επίδραση των ψυχοκοινωνικών παραγόντων. Όπως διαπιστώνεται στην έρευνα του Πολεμικού Ναυτικού οι νοσηλευόμενοι περίμεναν πιο άσχημες τις παρεχόμενες υπηρεσίες, επομένως οι προσδοκίες τους ξεπεράστηκαν. Αντίθετα, οι συμμετέχοντες ηλικίας 20 – 40

ετών ήταν λιγότερο ικανοποιημένοι από αυτούς ηλικίας 40 ετών και άνω, λαμβάνοντας υπόψη ότι το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος αποτελούσαν άνδρες που υπηρετούσαν στο Πολεμικό Ναυτικό (Πολεμικό Ναυτικό, 2010).

Οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό 37,8% είναι μέτρια ικανοποιημένοι από την εργασία τους, ενώ το 33,8% είναι πολύ ικανοποιημένο. Το μεγαλύτερο ποσοστό, όμως, θεωρεί ότι διενεργεί άριστα την εργασία του και ότι ο συνάδελφός του είναι πολύ καλός και αυτός στις εργασιακές του δραστηριότητες. Αρά με ένα έμμεσο τρόπο θεωρεί και συμφωνεί με την άποψη των ασθενών ότι η ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών είναι καλή. Το ίδιο εντυπωσιακό είναι και το ποσοστό ικανοποίησης που παρουσιάζουν οι επαγγελματίες υγείας στην έρευνα που διενεργήθηκε στην Κύπρο (Γεωργίου, Τσιβτανίδου, 2010).

Η έρευνά μας είναι προσανατολισμένη στην επαρκή παροχή πληροφοριών και στη συστηματική ενημέρωση του ασθενή τόσο για το πρόβλημα υγείας του όσο και για τον τρόπο λειτουργίας των συγκεκριμένων νοσοκομείων. Η ενημέρωση αποτελεί στην εποχή μας ένα καθολικό αίτημα, με σκοπό την ενεργή συμμετοχή των ασθενών στην αντιμετώπιση των προβλημάτων τους. Διαπιστώνεται, όμως, μια σημαντική έλλειψη πληροφόρησης από την πλευρά των επαγγελματιών υγείας και διαταραχή στην επικοινωνία, με αποτέλεσμα την αυξανόμενη δυσαρέσκεια των ασθενών, την αύξηση του αριθμού καταγγελιών για κακή ιατρική και νοσηλευτική πρακτική και τέλος την προσέγγιση εναλλακτικών μορφών θεραπείας, οι οποίες δεν στηρίζονται στην επιστημονική γνώση. Συμπεραίνουμε, λοιπόν, ότι η πληροφόρηση και η επικοινωνία είναι καθοριστικής σημασίας για την κάθε επαφή των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών και αποτελεί ένα από τα κύρια κριτήρια που λαμβάνουν υπόψη τους οι ασθενείς στην αξιολόγηση των συστημάτων υγείας.

Στην έρευνά μας βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς δεν είναι ικανοποιημένοι με όλους τους τομείς πληροφόρησης. Και οι δύο ομάδες υποστηρίζουν ότι δε χορηγείται στον ασθενή βιβλιάριο με πληροφορίες σχετικά με την παραμονή του στο νοσοκομείο και δεν ενημερώνεται για την ύπαρξη ειδικού γραφείου, όπου μπορεί να υποβάλλει τα παράπονα του ή να ζητήσει διευκρινήσεις. Είναι φανερό, λοιπόν, η αναγκαιότητα δημιουργίας ή σωστής λειτουργίας, όπου υπάρχει, του ειδικού γραφείου επικοινωνίας με τον πολίτη. Στα υπό έρευνα νοσοκομεία μόνο στο ένα λειτουργεί το αναφερόμενο γραφείο, άλλα οι ασθενείς δεν ενημερώνονται για την ύπαρξή του. Μέσα από το ερωτηματολόγιο βρέθηκε ότι οι ασθενείς δεν έχουν επαρκή πληροφόρηση για τον τρόπο



άσκησης των θρησκευτικών τους καθηκόντων τους σε ποσοστό 84%. Από την αντίθετη πλευρά οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι συχνά ενημερώνουν τους ασθενείς (40,6%) για το συγκεκριμένο ζήτημα. Το ίδιο φαινόμενο παρουσιάζεται και στην έρευνα των Γεωργίου και Τσιβτανίδου (2010), όπου το 86% των επαγγελματιών υγείας υποστηρίζουν ότι ενημερώνουν τους ασθενείς για την άσκηση των θρησκευτικών καθηκόντων, ενώ οι ασθενείς σε ποσοστό πάνω από 60% απαντούν ότι δεν ενημερώνονται.

Όπως ήδη έχει αναφέρει η ύπαρξη επιτυχούς επικοινωνίας αποτελεί την αποτελεσματικότερη προληπτική δράση έναντι της εκδήλωση δυσαρέσκειας από την πλευρά των ασθενών. Το είδος και ο τρόπος με τον οποίο μεταβιβάζουν τις πληροφορίες οι επαγγελματίες υγείας είναι πολύ σημαντικός. Οι ασθενείς κατανοώντας τις πληροφορίες είναι πιθανότερο να αποδεχθούν το πρόβλημα της υγείας τους, να επεξεργαστούν τις επιλογές τους σε σχέση με τη θεραπεία και να ακολουθήσουν συστηματικά το πρόγραμμα της φαρμακευτικής τους αγωγής (Kidd et al, 2005). Στην παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας ενημερώνουν ικανοποιητικά τους ασθενείς για τους σκοπούς και τα αποτελέσματα των διαγνωστικές εξετάσεων και της θεραπείας. Οι ασθενείς από την πλευρά τους εκφράζουν αρκετή ικανοποίηση από την πληροφόρηση που λαμβάνουν στα παραπάνω ζητήματα.

Μεγαλύτερη δυσαρέσκεια εκφράζουν οι ασθενείς για την επικοινωνία και όχι για την κακή κλινική πρακτική. Η πιο συχνή καταγγελία είναι ότι οι επαγγελματίες υγείας δεν ακούνε τους ασθενείς. Οι απόψεις των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών για τον ορισμό της καλής και αποτελεσματικής επικοινωνίας δεν ταυτίζονται πάντα. Και οι διαφορές αυτές επηρεάζουν την ποιότητα των συσχετίσεων μεταξύ των επαγγελματιών και των ασθενών, τη συμμόρφωση, την εκπαίδευση και την πορεία της υγείας των ασθενών (Skelton, 2005). Μέσα από την έρευνα διαπιστώθηκε ότι και οι δύο ομάδες του δείγματος ήταν σχεδόν απόλυτα ικανοποιημένοι από την συστηματική διερεύνηση του πόνου, αλλά παρουσιάστηκε δυσαρέσκεια ως προς τον τρόπο επαφής μεταξύ τους. Αυτό γίνεται αντιληπτό από τις δηλώσεις ότι δεν ενημερώνονται για την ύπαρξη του γραφείου του πολίτη και την άσκηση των θρησκευτικών τους καθηκόντων τους. Δεν τους χορηγείται βιβλιάριο πρακτικών λειτουργίας του νοσοκομείου. Και τέλος δεν διερευνώνται οι ψυχολογικές ανάγκες και τα κοινωνικά προβλήματα τους.

Αναλύοντας τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας διαπιστώθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας και οι ασθενείς είναι αρκετά ικανοποιημένοι από την ενημέρωση σχετικά με την

πορεία της υγείας και την παροχή πληροφοριών για τις διαγνωστικές εξετάσεις στις οποίες υποβάλλονται. Ειδικότερα και οι δύο ομάδες είναι αρκετά ικανοποιημένες από την ενημέρωση για το χρόνο διεξαγωγής, τους σκοπούς, τα πλεονεκτήματα, τους κινδύνους και τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων καθώς και για το σκοπό και τους κινδύνους της θεραπείας. Θεωρείται όμως, ότι υπάρχουν περιθώρια βελτίωσης, αφού καμία από τις δύο ομάδες δεν εκφράζει απόλυτη ικανοποίηση (Πίνακας 6.11). Στην αντίστοιχη έρευνα των Durieux et all (2004) οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι σε μεγαλύτερο ποσοστό από την ενημέρωση στα παραπάνω θέματα από τους επαγγελματίες υγείας. Στην ίδια έρευνα που διενεργήθηκε στην Κύπρο (2010) και οι δύο ομάδες του υπό μελέτη πληθυσμού είναι ικανοποιημένες από αυτήν την πλευρά της ενημέρωσης. Ενώ στην έρευνα των Αποστόλα και συν (2008) το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι σχεδόν ίσο με εκείνο των ικανοποιημένων νοσηλευτών. Τέλος, στην έρευνα που διενεργήθηκε από το Πολεμικό Ναυτικό το 2010 και αφορά μόνο την ικανοποίηση των ασθενών, στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς από την ενημέρωση για τη νόσο το 80,1% είναι πολύ έως πλήρως ικανοποιημένοι.

Αναφορικά με την συγκατάθεση πριν την αναισθησία και τη χειρουργική επέμβαση τόσο οι επαγγελματίες υγείας όσο και οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι ζητείται πάντα σε πολύ μεγάλα ποσοστά (πάνω από 70%). Το ίδιο αποδεικνύει και η αντίστοιχη έρευνα που διενεργήθηκε στη Γαλλία και στην Κύπρο. Σχετικά με την εκπαίδευση σε θέματα υγιεινής στην παρούσα έρευνα οι ασθενείς και οι επαγγελματίες υγείας είναι αρκετά έως πολύ ευχαριστημένοι, αντίθετα στην έρευνα των Durieux et all (2004) τα ποσοστά των επαγγελματιών είναι απογοητευτικά.

Και στις τρεις έρευνες παρατηρείται μεγάλο έλλειμμα στη διερεύνηση των ψυχολογικών αναγκών και κοινωνικών προβλημάτων. Μπορεί ένα μεγάλο τμήμα της επικοινωνίας να αφορά πληροφορίες για τη διάγνωση, τη θεραπεία και την αποκατάσταση του ασθενή, όμως η επαφή δεν περιορίζεται στα παραπάνω στενά πλαίσια αλλά μπορεί και πρέπει να περιλαμβάνει και συζητήσεις ψυχοκοινωνικού ενδιαφέροντος αναζητώντας τυχόν προβλήματα του ασθενή. Αυτή η ολοκληρωτική σχέση ασθενή – επαγγελματία υγείας αποτελεί μια αληθινά θεραπευτική σχέση, η οποία είναι η βάση για την ποιοτική φροντίδα υγείας (Paice et all, 2002).

Οι ασθενείς εκφράζουν απόλυτη (68,9%) έως αρκετή (20,8%) ικανοποίηση από τη

συστηματική διερεύνηση του πόνου, σε αντίθεση με τους επαγγελματίες υγείας οι οποίοι θεωρούν ότι δεν αξιολογούν τον πόνο συστηματικά. Τα ευρήματα της έρευνας είναι απόλυτα σύμφωνα με την έρευνα των Durieux et al (2004). Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην Κύπρο οι επαγγελματίες υγείας εκφράζουν απόλυτη ικανοποίηση από τη διερεύνηση του πόνου, ενώ τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών είναι σαφώς μικρότερα. Παράλληλα στην έρευνα των Αποστόλα και συν (2008) το ποσοστό των ικανοποιημένων ασθενών είναι ελάχιστα μεγαλύτερο από αυτό των ικανοποιημένων νοσηλευτών, όσον αφορά την ταχύτητα και τα μέτρα λήψης για την αντιμετώπιση του πόνου. Σύμφωνα με τα ευρήματα της παρούσας έρευνας βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας μπορούν να βελτιώσουν τον τρόπο αξιολόγησης και διαχείρισης του πόνου. Οι ασθενείς μπορεί να υποτιμούν το μέγεθος του πόνου και να μην τον εκφράζουν, θεωρώντας τον ως αναπόσπαστο μέρος της ασθένειάς τους (Durieux et al, 2004).

Σχετικά με την επαγγελματική συμπεριφορά και το σεβασμό που απολαμβάνουν οι ασθενείς μέσα στο χώρο του νοσοκομείου διαπιστώθηκε ότι υπάρχουν κάποιες διαφορές. Οι επαγγελματίες υγείας παραδέχονται ότι σπάνια φέρουν διακριτικό σήμα με το όνομα και την ιδιότητά τους (40,1%), ενώ οι ασθενείς είναι μοιρασμένοι από το πολύ σπάνια (22,3%) έως το πολύ συχνά (27%), γεγονός που αποδεικνύει ότι δεν είναι υποχρεωτική αυτή η πρακτική στη χώρα μας. Αντίθετα στην έρευνα των Durieux et al (2004) και των Γεωργίου και Τσιβιτανίδου (2010) διαπιστώνεται ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των επαγγελματιών υγείας φέρει το διακριτικό αυτό σήμα.

Οι δύο ομάδες της έρευνας υποστηρίζουν σε πολύ μεγάλο ποσοστό ότι τόσο οι ιατροί όσο και οι νοσηλευτές δεν χτυπούν την πόρτα πριν την είσοδό τους στο θάλαμο του ασθενή, όπως φαίνεται στον Πίνακα 6.13. Στην αντίστοιχη έρευνα που έγινε στη Γαλλία το 2004 και στην Κύπρο το 2010 βρέθηκε ότι οι επαγγελματίες υγείας σέβονται την ιδιωτική ζωή του ασθενή και χτυπούν την πόρτα του δωματίου πριν εισέλθουν σε αυτό. Στην παραπάνω έρευνα καθώς και στην παρούσα βλέπουμε ότι είναι αναγκαία και πραγματοποιείται η αποχώρηση των συνοδών από το θάλαμο κατά την εξέταση του ασθενή. Και στις δύο, όμως, τόσο οι επαγγελματίες όσο και οι ασθενείς υποστηρίζουν ότι δεν ερωτάται και δεν παρέχει την συγκατάθεσή του ο ασθενής για την παρουσία εκπαιδευόμενων κατά τη διάρκεια της εξέτασης. Αντίθετα, στην αντίστοιχη έρευνα της Κύπρου ένα συντριπτικό ποσοστό και των δύο ομάδων υποστηρίζει ότι ζητείται η συγκατάθεση των ασθενών.

Σημαντικό ρόλο στην έρευνα έχει η ενημέρωση των ασθενών κατά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας υποστηρίζουν ότι υπάρχει επαρκής πληροφόρηση για συμπτώματα υποτροπής της υγείας των ασθενών καθώς και για τη συμμετοχή τους στις διάφορες δραστηριότητες. Σε σχετική έρευνα που έγινε από το των Αποστόλα και συν (2008) παρουσιάζονται τα ίδια αποτελέσματα αφού τόσο οι ασθενείς όσο και οι νοσηλευτές είναι πολύ ικανοποιημένοι από την παροχή γενικών οδηγιών, από την εκπαίδευση και την διδασκαλία των ασθενών. Βέβαια, είναι απαραίτητο να τονισθεί και να ληφθεί υπόψη ότι η διδασκαλία για αυτοφροντίδα ίσως προκαλέσει μείωση της ικανοποίησης του ασθενή, αφού επιδιώκουμε την αλλαγή στον τρόπο ζωής του.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς μας (Πίνακας 6.14) δείχνουν ότι δεν υπάρχει επικοινωνία με τον προσωπικό ιατρό του ασθενή σε ποσοστό 85,9% σύμφωνα με τους ασθενείς. Οι επαγγελματίες υγείας απαντούν ότι η επικοινωνία αυτή πραγματοποιείται σπάνια (33,2%), μερικές φορές (27,7%) και συχνά (20,4%), γεγονός που υποδηλώνει ότι η ενημέρωση του προσωπικού ιατρού δεν αποτελεί κοινή πρακτική στα ελληνικά δημόσια νοσοκομεία, αλλά συμβαίνει κατά περίπτωση όταν αυτό κρίνεται αναγκαίο από το θεράποντα ιατρό ή ζητείται από τον ασθενή. Κάτι ανάλογο συμβαίνει και με τη χορήγηση ενημερωτικής επιστολής για τον προσωπικό ιατρό του ασθενή, όπου διαπιστώνουμε ότι σε ένα μεγάλο ποσοστό δεν χορηγείται. Αντίθετα και οι ασθενείς (89,3%) και οι επαγγελματίες υγείας (87,4%) απαντούν ότι χορηγείται ιατρική γνωμάτευση της παρούσας νόσου.

Αμφισβητούμενες είναι οι απόψεις που εκφράζουν τόσο οι ασθενείς όσο και οι επαγγελματίες υγείας σχετικά με την οργάνωση της εξόδου του ασθενή και τη δυνατότητα συμμετοχής του σε αυτή την απόφαση. Λίγο πάνω από τους μισούς ασθενείς υποστηρίζουν ότι δεν ζητήθηκε η συμμετοχή τους στην οργάνωση της εξόδου τους από το νοσοκομείο, ενώ ένα ποσοστό λίγο πάνω από το 40% απάντησε ότι συμμετείχε σε αυτή την απόφαση. Όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας σχεδόν το 30% απαντά ότι συχνά οργανώνεται η έξοδος με την συμμετοχή του ασθενούς και το ίδιο σχεδόν ποσοστό ότι αυτό συμβαίνει μερικές φορές ή πάντα. Αντίθετα στην αντίστοιχη έρευνα στην Κύπρο τα αποτελέσματα είναι πιο ξεκάθαρα. Οι επαγγελματίες υγείας σε ποσοστό πάνω από 80% και οι ασθενείς σε ποσοστό πάνω από 50% υποστηρίζουν ότι η έξοδος από το νοσοκομείο οργανώνεται και από τις δύο πλευρές.

Τέλος, μέσα από την παρούσα έρευνα διαπιστώνεται κάτι πολύ σημαντικό. Δε δίνεται στον ασθενή η δυνατότητα να εκφράσει την ικανοποίηση ή τη δυσαρέσκεία του για την

παρεχόμενη φροντίδα, καθώς δεν του χορηγείται ερωτηματολόγιο που να αφορά την ποιότητα της φροντίδας. Τα ίδια συμπεράσματα προέκυψαν και από την έρευνα των Durieux et all (2004) και των Γεωργίου και Τσιβτανίδου (2010). Τα ερωτηματολόγια αποτελούν τα καλύτερα εργαλεία, αφού είναι το μέσο μέτρησης της «φωνής» του χρήστη των υπηρεσιών υγείας, το οποίο εκφράζει και αξιολογεί το μέγεθος της προόδου του οργανισμού (Πολύζος και συν, 2005). Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί σημαντικό στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας. Η οριστική επιβεβαίωση της ποιότητας δεν εξαρτάται μόνο από το επιθυμητό επίπεδο υγείας που αποτελεί το αποτέλεσμα της φροντίδας, αλλά εξαρτάται και από την ικανοποίηση του ασθενή, η οποία είναι το μέτρο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

## ΕΠΙΛΟΓΟΣ

Από την παρούσα έρευνα διαπιστώθηκε ότι γενικά ο πληθυσμός που εξετάστηκε είναι ικανοποιημένος από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας τόσο της ιατρικής όσο και της νοσηλευτικής. Παρουσιάστηκε, όμως, ένα κενό σε κάποιους συγκεκριμένους τομείς της πληροφόρησης και της ενημέρωσης. Τόσο ο ασθενής όσο και ο επαγγελματίας υγείας εκφράζουν την ανάγκη για μεγαλύτερη επαφή και πληρέστερη και πιο εποικοδομητική ενημέρωση από τον θεράποντα ιατρό και νοσηλευτή, γεγονός που θα οδηγήσει σε αύξηση της εμπιστοσύνης και της αφοσίωσης απέναντι στο σύστημα υγείας. Εύκολα γίνεται αντιληπτό ότι η αποτελεσματικότερη προληπτική δράση, η οποία αποτρέπει την εκδήλωση αισθημάτων δυσαρέσκειας από την πλευρά των ασθενών, είναι η ύπαρξη επιτυχημένης επικοινωνίας.

Στην πραγματικότητα είναι πολλές φορές δύσκολο για τους ιατρούς και τους νοσηλευτές των νοσοκομείων, που εργάζονται κάτω από πολύ δύσκολες συνθήκες εξαιτίας του μεγάλου φόρτου και της πολύωρης εργασίας και της έλλειψης προσωπικού να διαθέσουν τον απαραίτητο χρόνο για επικοινωνία και ενημέρωση με τον κάθε ασθενή. Βεβαία η χρονική διάρκεια της ενημέρωσης δεν σχετίζεται πάντα με την ικανοποίηση αλλά σημαντικότερο ρόλο διαδραματίζει το περιεχόμενο της επικοινωνίας και η συμπεριφορά των επαγγελματιών υγείας τόσο προς τον ασθενή όσο και προς το οικείο περιβάλλον του.

Οι επαγγελματίες υγείας χρειάζεται να συμπεριφέρονται με σεβασμό και αξιοπρέπεια στον ασθενή. Η δημιουργία σχέσης εμπιστοσύνης, η αίσθηση προστασίας, η έκφραση παρηγοριάς συμπαράστασης και θαλπωρής, η ψυχολογική υποστήριξη, η άμεση ανταπόκριση του επαγγελματία υγείας στις ανάγκες του ασθενή μαζί με τις επιστημονικές γνώσεις και τις τεχνικές δεξιότητες των ιατρών και νοσηλευτών θα βοηθήσουν στη δημιουργία ενός κλίματος άνεσης και ικανοποίησης. Οι επαγγελματίες υγείας οφείλουν όχι μόνο να ενημερώνουν αλλά να ακούν προσεκτικά την άποψη των ασθενών, να καταγράφουν τις ανάγκες και τα προβλήματά τους και να προσπαθούν να τα επιλύσουν ακόμη και αν δεν άπτονται της επαγγελματικής τους ιδιότητας. Χρειάζεται να γνωρίζουν καλά όλες τις δομές του συστήματος υγείας ώστε να μπορούν να παραπέμπουν τον ασθενή στις αρμόδιες υπηρεσίες. Ο ασθενής πρέπει να αντιμετωπίζεται ως μια ολοκληρωμένη οντότητα, για αυτό και απαιτείται ολική θεώρηση και προσέγγιση στη φροντίδα του.

Η βελτίωση των επικοινωνιακών δεξιοτήτων των επαγγελματιών υγείας μπορεί να επιτευχτεί

μέσα από την επιμόρφωση με ειδικά προγράμματα, κάτι που ήδη συμβαίνει σε άλλες χώρες. Είναι απαραίτητη η ενσωμάτωση της διδασκαλίας μαθημάτων επικοινωνίας με τον ασθενή στα προγράμματα ιατρικών και νοσηλευτικών σπουδών, καθώς και η εφαρμογή ετήσιων σύγχρονων εκπαιδευτικών προγραμμάτων, με στόχο την καλύτερη επικοινωνία, συμπεριφορά και προαγωγή της σχέσης ιατρών και νοσηλευτών με τους ασθενείς – χρήστες. Κλινικές ειδικότητες (ιατρικές και νοσηλευτικές) με αυξημένες απαιτήσεις, όπως είναι η χειρουργική και η ογκολογία χρειάζεται να εμβαθύνουν στη σωστή επικοινωνία και ιδιαίτερα στην αναγγελία δυσάρεστων ειδήσεων στον ασθενή και στους οικείους του.

Σκόπιμη είναι η ευαισθητοποίηση και η εκπαίδευση όλων των πολιτών σε θέματα επικοινωνίας μέσα από τους φορείς της Πολιτείας (Υπουργείο Υγείας, Ασφαλιστικά Ταμεία, Τοπική Αυτοδιοίκηση, Διοίκηση Νοσοκομείων), από τα Μέσα Μαζικής Ενημέρωσης και από ενημερωτικά φυλλάδια (Μάτης και συν, 2009). Η προσπάθεια για τη βελτίωση των προσφερόμενων υπηρεσιών έχει ως βάση την επικράτηση μιας γενικότερης αντίληψης η οποία έχει ως επίκεντρο την ποιότητα σε κάθε ανθρώπινη δραστηριότητα (Αδαμαντίδου, 2004).

Απαραίτητη είναι η αναβάθμιση του Δημόσιου τομέα, αφού είναι γνωστός ο αυξημένος ρόλος του και η χαμηλή ποιότητα ορισμένων υπηρεσιών. Είναι, όμως, πολύ δύσκολο το συγκεκριμένο εγχείρημα, καθώς προϋποθέτει όσον αφορά τη διοίκηση διατύπωση πολιτικής και δέσμευσης για την ποιότητα και όσον αφορά τους εργαζόμενους δημιουργία περιβάλλοντος το οποίο ευνοεί την ανάδειξη της προσωπικότητας, την ανάπτυξη πρωτοβουλιών και την ύπαρξη κινήτρων (Αδαμαντίδου, 2004).

Χρήσιμο θα είναι να ενσωματωθεί η ποιοτική διοίκηση στην καθημερινή λειτουργία των νοσοκομείων (Μαλλιαρού και συν, 2009). Μπορεί να θεσμοθετηθεί και να λειτουργεί επιτροπή ποιότητας, η οποία θα παρακολουθεί συστηματικά την ποιότητα των υπηρεσιών του νοσοκομείου, με τη χρήση ερευνών σε τακτά χρονικά διαστήματα ώστε να εκτιμάται η αποτελεσματικότητα των βελτιωτικών παρεμβάσεων. Τα αποτελέσματα που προκύπτουν από την επεξεργασία των δεδομένων είναι χρήσιμο να ανακοινώνονται σε όλους τους εργαζόμενους και τους ασθενείς με κατανοητό τρόπο για κάθε κατηγορία.

Η αξιολόγηση του πραγματικού επιπέδου ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, η εντόπιση και κατανόηση των βαθύτερων αιτιών των προβλημάτων και παραλείψεων της υγειονομικής

περίθαλψης και οι προσπάθειες βελτίωσης στους τομείς που κρίνεται απαραίτητο κάθε φορά, διασφαλίζει την επιθυμητή ποιότητα της φροντίδας υγείας. Με τον τρόπο αυτό βελτιώνεται γενικότερα η πολιτική υγείας κάθε χώρας.



## Ελληνική Βιβλιογραφία

Αδαμαντίδου, Τ.(2004), «Παράγοντες που Προσδιορίζουν την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας». *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 15, Τεύχος 89, σελ. 29 – 35.

Αλέξιας, Γ., Αναγνωστόπουλος, Φ., Πιλάτης Ι. (2010). «Επαγγελματική εξουθένωση και ικανοποίηση από την εργασία του ιατρικού προσωπικού Δημόσιου Νοσοκομείου των Αθηνών». *Επιθεώρηση Κοινωνικών Ερευνών*. Τεύχος 131, σελ. 109 – 136.

Αλεξιάδης, Α. Δ. (2000), «Η προστασία του νοσοκομειακού ασθενούς». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*. Τόμος 17, Τεύχος 1, σελ. 101 - 108.

Αποστόλα, Μ., Σκαρλέα, Δ., Χρυσού, Μ. (2008), «Σύγκριση απόψεων του νοσηλευτικού προσωπικού και ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας στα παθολογικά τμήματα των Δημόσιων Νοσοκομείων της Κρήτης». *Πτυχιακή Εργασία, Επιβλέπων καθηγητής: Αναστάσιος Μερκούρης, Ηράκλειο*.

Γεωργίου, Μ., Τσιβτανίδου – Νεοκλέους, Α. (2010), «Συγκριτική μελέτη απόψεων ασθενών και επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ποιότητα ενημέρωσης που τους παρέχεται κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους σε διάφορα νοσηλευτικά ιδρύματα της Κύπρου». *Διατριβή Επιπέδου Μάστερ, Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκηση, Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου, Επιβλέπων καθηγητής: Ανδρέας Παυλάκης, Λευκωσία*

Γναρδέλης, Χ. (2006), *Ανάλυση Δεδομένων με το SPSS for Windows*. Εκδόσεις Παπαζήση, Αθήνα, σελ. 286, 376.

Δημητριάδου – Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Κωνσταντινίδου – Στραύκου, Α. και συν, (2009), «Παράγοντες που διαμορφώνουν την επαλήθευση των προσδοκιών της επιλογής του νοσηλευτικού επαγγέλματος». *Νοσηλευτική*, Τόμος 48, Τεύχος 2, σελ. 228 – 237.

Δημητριάδου – Παντέκα, Α., Λαβδανίτη, Μ., Μηνασίδου, Ε., και συν, (2009), «Οι συνθήκες εργασίας του νοσηλευτικού προσωπικού και οι επιπτώσεις τους σε ασθενείς και προσωπικό». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, Τεύχος 3, Ιούλιος – Σεπτέμβριος σελ. 222 -239.

Διλίντας, Α., Σεβαστάκη, Ε., Νεονάκης, Ι. (2006), «Η Αναζήτηση της Ποιότητας στα

Ελληνικά Δημόσια Νοσοκομεία». *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 17, Τεύχος 117, σελ. 43 – 47.

Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β. (2002), «Ανάπτυξη εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας». *Νοσηλευτική*, Τόμος 41, Τεύχος 1, σελ. 65 – 80.

Καντάς, Α. (2008), *Οργανωτική - Βιομηχανική Ψυχολογία: Κίνητρα, επαγγελματική ικανοποίηση και ηγεσία*, (μέρος 1<sup>ο</sup>), 14η έκδοση, Εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα, Αθήνα.

Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010), «Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 9, Τεύχος 4, σελ. 398 – 408.

Κουτούζης, Μ. (1999), «Η υποκίνηση». Στο Δικαίος, Κ., Κουτούζης, Μ., Πολύζος, Ν. και συν. (Επιμ. Έκδ.), *Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας*, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σελ. 311.

Λαζάρου, Π. (2000), «Η ποιότητα της φροντίδας υγείας μέσα από τα μάτια των ασθενών». *Νοσηλευτική*, Τόμος 39, Τεύχος 4, σελ. 375 – 379.

Λαζάρου, Π. (2004), «Μέτρηση Ικανοποίησης Ασθενών σε Νοσοκομείο». *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 15, Τεύχος 88, σελ. 29 – 32.

Λεμονίδου, Χ., Μερκούρης, Α., Παναγιώτου, Α. και συν. (2004), «Απόψεις ασθενών και νοσηλευτικού προσωπικού για την αυτονομία στις νοσηλευτικές παρεμβάσεις». *Νοσηλευτική*, Τόμος 43, Τεύχος 1, σελ. 84 – 99.

Lemone, P., Burke, K. (2004), *Παθολογική – Χειρουργική Νοσηλευτική: Κριτική Σκέψη κατά τη Φροντίδα του Ασθενούς*. Επιστημονική Επιμέλεια: Ηρώ Παναουδάκη – Μπροκαλάκη, Ιατρικές Εκδόσεις, Τόμος Α, Τρίτη Έκδοση, Αθήνα.

Λιακοπούλου, Ε. (2008), «Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας: Το Πανεπιστημιακό Γενικό Νοσοκομείο Ιωαννίνων και το Νοσοκομείο Χατζηκώστα». *Διπλωματική Εργασία*, Επιβλέπων Καθηγητής: Χλέτσος Μιχάλης, Ιωάννινα, Πανεπιστήμιο Ιωαννίνων, Τμήμα Οικονομικών Επιστημών.

Μακρής, Μ., Θεοδώρου, Μ., Middleton, Ν. (2011), «Η επαγγελματική ικανοποίηση στα δημόσια γενικά νοσοκομεία της Κύπρου». *Αρχαία Ελληνική Ιατρική*, Τόμος 28, Τεύχος 2, σελ. 234 – 244.

Μαλλιάρου, Μ., Καραθανάση, Κ., Μουστάκα, Ε. και συν. (2009), «Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας σε Χώρους Επείγοντος». *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 20, Τεύχος 118, σελ. 21 – 25.

Μαλλιάρου, Μ., Σαράφης, Π., Ζυγά, Σ. (2009), «Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων». *Το Βήμα του Ασκληπιού*, Τόμος 8, Τεύχος 1, σελ. 25 – 37.

Μαλλίδου, Α. Α. (2004), «Κλινικά αποτελέσματα ασθενών εξαρτώμενα από οργανικά χαρακτηριστικά και στελέχωση νοσηλευτών: Μέρος πρώτο». *Νοσηλευτική*, Τόμος 43, Τεύχος 3, σελ. 346 – 359.

Μαρνέρας, Χ., Θεοδωρακοπούλου, Γ., Αλμπάνη, Ε και συν. (2010), «Ικανοποίηση από την Εργασία και Επίπεδα Άγχους σε Νοσηλευτές που εργάζονται σε Νεφρολογικά Κέντρα». *Νοσηλευτική*, Τόμος 49, Τεύχος 1, σελ. 83 – 90.

Ματής, Γ. Κ., Μπιρμπίλης, Θ. Α., Χρύσου, Ο. Ι. (2009), «Αλληλεπιδράσεις Επαγγελματιών Υγείας – Ασθενών». *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 20, Τεύχος 117, σελ. 47 – 48.

Μερκούρης, Α., Ουζουνίδου, Α., Μουδερίδου, Δ. και συν. (2001), «Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο». *Νοσηλευτική*, Τόμος 40, Τεύχος 3, σελ. 74 – 84.

Μητροσύλη, Μ. (1999), «Ηθικές και δεοντολογικές διαστάσεις της υγείας». Στο Θεοδώρου, Μ., Μητροσύλη, Μ. (Επιμ. Έκδ.), *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*, Τόμος Γ, Δομή και Λειτουργία του Ελληνικού Συστήματος Υγείας (Διοικητικές και Νομικές Διαστάσεις), Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σελ. 195, 203, 205, 207.

Μπακάλης, Ν, Α., Θεοδωρακοπούλου, Γ. (2006), «Ποιότητα Σημαντικός παράγοντας για τη Νοσηλευτική». *Νοσηλευτική*, Τόμος 45, Τεύχος 3, σελ. 352 – 358.

Μπόρου, Α., Βόσνιακ, Γ., Υφαντής, Α. και συν. (2010), «Επαγγελματική ικανοποίηση των

εργαζομένων στις υπηρεσίες υγείας. Ειδική περίπτωση των νοσηλευτών». *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, Τόμος 6, Τεύχος 1, σελ. 39 – 46.

Μποστανίτης, Ι., Τσαλίδου, Μ. (2010), «Προσδιοριστικοί Παράγοντες της Ικανοποίησης Ασθενών: Οι σχέσεις Ιατρών – Ασθενών». *Επιθεώρηση Υγείας*, Τόμος 21, Τεύχος 126, σελ. 15 – 19.

Μωυσάκη, Μ. (2006), «Επαγγελματική ικανοποίηση των εργαζομένων σε δομές και προγράμματα Κοινωνικής Μέριμνας, ανοιχτού τύπου, στους Δήμους του Νομού Λασιθίου». *Μεταπτυχιακή Εργασία*, Πανεπιστήμιο Κρήτης – Τμήμα Ιατρικής, Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών, Δημόσια Υγεία και Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας, Επιβλέποντες Καθηγητές Φιλαλήθης, Α., Κουκούλη Σ, Ηράκλειο, σελ. 16 – 19.

Νόμος 2071/1992 (ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 123/15-7-1992) «Εκσυγχρονισμός και οργάνωση συστήματος υγείας».

Νόμος 3418/2005 (ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 287/28-11-2005) «Κώδικας Ιατρικής Δεοντολογίας».

Νόμος 3868/10 Άρθρο 9 (ΦΕΚ Τεύχος Α΄ 129/03.08.2010) «Αναβάθμιση του Εθνικού Συστήματος Υγείας και λοιπές διατάξεις αρμοδιότητας του Υπουργείου Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης».

Ομπέση, Φ. (2011), «Οριοθέτηση της Ενημέρωσης των Ασθενών από Ιατρούς και Νοσηλευτές. Νομική Προσέγγιση». *Νοσηλευτική*, Τόμος 50, Τεύχος 1, σελ. 30 – 34.

Πάλλης, Α., Γ., Μουζάς, Ι., Α., Κωσταγιόλας, Π., Α., Νιάκας, Δ. (2007), «Εκτίμηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε ασθενείς με ιδιοπαθής φλεγμονώδης εντερικές νόσους». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 24 (Συμπλ 1), σελ. 58 – 65.

Παναγιωτάκος Δ. (2006), *Μεθοδολογία της Έρευνας και της Ανάλυσης Δεδομένων για τις Επιστήμες της Υγείας*. Εκδόσεις Κωστάκη, Αθήνα, σελ. 40 – 41, 44.

Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008), «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της

Αττικής». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 25, Τεύχος 1, σελ. 73 – 82.

Παπασταματίου, Μ., Νικολόπουλος, Δ. (2009), «Ιατρική Ηθική και Δεοντολογία». <http://www.medtime.gr/content/view/208/49/lang.greek/> (23/2/2011)

Πετρίλη Σ., (2007), «Έρευνα επίδρασης μίας σειράς εσωτερικών και εξωτερικών παραγόντων στο αίσθημα εργασιακής ικανοποίησης υπαλλήλων ιδιωτικών εταιριών». *Πτυχιακή Εργασία*, Επιβλέπων Καθηγητής: Αλέξιος Γεώργιος, Πάντειο Πανεπιστήμιο Κοινωνικών και Πολιτικών Επιστημών. Τμήμα Ψυχολογίας. Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών Οργανωτικής και Οικονομικής Ψυχολογίας. Αθήνα, σελ. 5, 6.

Ποζουκίδου, Α. (2006), «Επαγγελματική ικανοποίηση του Νοσηλευτικού και Παραϊατρικού προσωπικού του Γενικού Νοσοκομείου Νάουσας». *Διπλωματική Εργασία*, Επιβλέπων Καθηγητής: Μάμας Θεοδώρου, Πάτρα, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Σχολή Κοινωνικών Επιστημών. Πρόγραμμα Σπουδών Διοίκηση Υπηρεσιών του Ε.Σ.Υ., σελ. 14.

Ποζουκίδου, Α., Μάμας, Θ., Καϊτελίδου, Δ. (2007), «Επαγγελματική ικανοποίηση του νοσηλευτικού και παραϊατρικού προσωπικού σε ένα δημόσιο γενικό νοσοκομείου». *Νοσηλευτική*, Τόμος 46, Τεύχος 4, σελ. 537 – 544.

Πολεμικό Ναυτικό Γενικό Επιτελείο Ναυτικού Διεύθυνση Υγειονομικού. (2010), «Αποτελέσματα έρευνας ικανοποίησης ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του ΝΝΑ». *Ενημερωτικό Δελτίο*, Αθήνα Ιούλιος.

Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ. και συν. (2005), «Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική». *Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 22, Τεύχος 3, σελ. 284 – 295.

Πραμαγγιούλη, Π. (2008), «Οδηγός Ανάλυσης Δεδομένων με τη Χρήση SPSS». *Οικονομικό Πανεπιστήμιο Αθηνών*, Τμήμα Στατιστικής. <http://www.scribid.com/doc/46086126/Odigos-SPSS-Pramaggioulis> (8/5/2011)

Σαρρής, Μ. (2001), *Κοινωνιολογία της Υγείας και Ποιότητα Ζωής*, Εκδόσεις Παπαζήσης, Σειρά Κοινωνικές Επιστήμες και Υγεία, Αθήνα, σελ. 224, 238 – 239, 244 – 248, 358, 360 –

365, 367, 378 – 379.

Σαχίνη – Καρδάση Α. (1997), *Μεθοδολογία Έρευνας. Εφαρμογές στο Χώρο της Υγείας*. Τρίτη Έκδοση, Εκδόσεις Βήτα, Αθήνα, σελ. 32, 116, 128.

Σιγάλας, Ι. (1999), «Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας». Στο Αλεξιάδης, Α. Δ., Σιγάλας, Ι. (Επιμ. Έκδ.), *Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας – Νοσοκομείων Εμπειρίες, Τάσεις και Προκλήσεις*, Τόμος Δ, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα, σελ. 15 – 44.

Σκαλκίδης, Ι., Παπαδόπουλος, Φ., Σκαλκίδης, Η. (2010), «Αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας με την συνεπικουρία αναφορών περίθαλψης των ασθενών». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 27, Τεύχος 3, σελ. 487 – 497.

Τούντας, Ι. (2003), «Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας». *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, Τόμος 20, Τεύχος 5, σελ. 532 – 546.

Τούντας, Ι. (2008), *Υπηρεσίες υγείας, συστήματα υγείας: σχεδιασμός-οργάνωση-αξιολόγηση: Ποιότητα: Διοίκηση: Οικονομικά: Ασφάλιση υγείας: Νέες τεχνολογίες: Υπηρεσίες υγείας στην Ελλάδα*, Εκδόσεις Οδυσσέας, Σειρά Νέα Υγείας. Αθήνα.

Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιώρης, Σ. και συν. (2010), «Μια Νέα Προσέγγιση στη Μοντελοποίηση της Σχέσης μεταξύ Ποιότητας Υπηρεσιών Υγείας και Ικανοποίησης Ασθενών». *Νοσηλευτική*, Τόμος 49, Τεύχος 1, σελ. 40 – 52.

Χαραλαμπίδου, Ε.(1996), «Επαγγελματική ικανοποίηση των νοσηλευτών στο χώρο του νοσοκομείου». *Διδακτορική Διατριβή*, Εθνικό & Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα.

Χατζητόλιος, Α. (2007), «Δεοντολογικά, ηθικά και νομικά ζητήματα στην ιατρική πράξη». *Ιατρικό Βήμα*, Τεύχος Νοέμβριος – Δεκέμβριος – Ιανουάριος, σελ. 34 – 36.

Χρυσοσπάθη, Σ., Γκαράνη – Παπαδάτου, Τ. (2006), «Ανθρώπινα δικαιώματα, υγεία και Νοσηλευτική». *Νοσηλευτική*, Τόμος 45, Τεύχος 3, σελ. 345 – 351.

## Ξένη Βιβλιογραφία

Active Citizenship Network (2002), «European Charter of Patients' Rights». Basis Document, Rome, November. [http://www.patientstalk.info/euopen\\_charter.pdf](http://www.patientstalk.info/euopen_charter.pdf) (16/2/2011)

Brink, J. P. (1986), «Editorial: the patient's perspective». *Western Journal of Nursing Research*, vol 2, p.p. 133 – 134.

Donabedian, A. (1966), «Evaluating the quality of medical care». *Milbank Memorial Fund Q*, Vol 44, p.p. 166 – 206.

Durieux, P., Bissery A., Dubois S., Gasquet I., Coste J. (2004), «Comparison of health care professionals' self-assessments of standards of care and patients' opinions on the care they received in hospital: observational study». *Quality and Safety in Health Care*, qc7336, Module 1, Topics: 356; 357 <http://www.qshc.com> (30/10/2010)

European patients' forum. (2009), «Patients' Rights in the European Union». Ηλεκτρονική Διεύθυνση: <http://www.eu-patient.eu> (16/2/2011)

Evanson, E., Whittington D. (1997), «Patients' perceptions of quality in a Northern Ireland hospital trust: a focus group study». *International Journal of Health Care Quality Assurance*, Vol 10, p.p. 7 – 19.

Judge, T. (2002), «Understanding the dynamic relationship among personality, mood and job satisfaction». *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, Vol 89, p.p. 1119 – 1137.

Kidd, J., Patel, V., Peile, E and Carter, Y. (2005), «Clinical and communication skills». *British Medical Journal*, Vol 330, p.p. 374 – 375.

Kohler, I. (1988), «Job satisfaction and corporate business managers: An organizational behavior approach to sport management». *Journal of Sport Management*, Vol 2, p.p. 100 – 105.

Locke, E. (1969), «What is a job satisfaction?». *Organizational Behavior and Human*

*Performance*, Vol 4, p.p. 309 – 334.

Maxwell, R. J. (1984), «Quality assessment in health». *British Medical Journal*, Vol 288, p.p. 1470 – 1472.

Merkouris, A., Ifantopoulos J., Lanara V., and Lemonidou C. (1999a), «Patient satisfaction: a key concept for evaluating and improving nursing services». *Journal of Nursing Management*, Vol 7, p.p. 19 – 29.

Parasuraman, A., Zeithaml V. A, Berry L. L. (1985), «A conceptual model of service quality and its implications for future research». *Journal of Marketing*, Vol 49, April, p.p. 41 – 50.

Paice, E., Heald, S., Moss, F. (2002), «How important are all models in making good doctors?». *British Medical Journal*, Vol 325, p.p. 707 – 710.

Rahmqvist, M. (2001), «Patient satisfaction in relation to age, health status and other background factors: a model for comparisons of care units». *International Journal for Quality in Health Care*, Vol 13, No 5, p.p. 385 – 390.

Say, R., Thomson, R. (2003), «The importance of patient preferences in treatment decisions – challenges for doctors». *British Medical Journal*, Vol 327, p.p. 542 – 545.

Schoen, C., Osborn R., Huynh P, T., Doty M., Zapert K., Peugh J., Davis K. (2005), «Taking The Pulse Of Health Care Systems: Experiences Of Patients With Health Problems In Six Countries». *Health Affairs – Web Exclusive*, <http://content.healthaffairs.org/content/early/2005/11/03/hlthaff.w5.509.citation> (13/3/2011)

Skelton, JR. (2005), «Everything you were afraid to ask about communication skills». *British Journal of General Practice*, Vol 55, No 510, p.p. 40 – 46.

Sureshchandar, G. S., Rajendran Ch, Anantharaman R. N. (2001), «A holistic model for total quality service». *International Journal of Service Industry Management*, Vol 12, No 4, p.p. 378 – 412.



Walsh, M., Walsh, A. (1999), «Measuring patient satisfaction with nursing care: experience of using Newcastle Satisfaction with Nursing Scale». *Journal of Advance Nursing*, Vol 29, p.p. 307 – 315.

World Health Organisation (1994), «A Declaration on the promotion of patient's rights in Europe, European consultation on the rights of patients», Amsterdam 28 – 30 March. Ηλεκτρονική διεύθυνση: [http://www.who.int/genomics/iy\\_declaration1994.pdf](http://www.who.int/genomics/iy_declaration1994.pdf) (16/2/2011)

Yang, P.K., Huang C, K,. (2005), «The Effects of Staff Nurses' Morale on Patient Satisfaction». *Journal of Nursing Research*, Vol 13, No 2, p.p. 141 – 152.

### Ηλεκτρονικές Πηγές

<http://www.mohgov.cy> (16/2/2011), «Βιβλιάριο Δικαιωμάτων Ασθενών». Υπουργείο Υγείας, 2011.

<http://www.bsos.umd.edu/socy/research/rosenberg.htm> (16/5/2011), «The Rosenberg Self-Esteem Scale», University of Maryland.

<http://www.isth.gr/images/uploads/02-3-XATZHPANTELHS.pdf> (11/7/2011), «Εργασιακή ικανοποίηση (Job Satisfaction) του νοσηλευτικού προσωπικού στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. Στρατηγικές βελτίωσης της ικανοποίησης στο χώρο της υγείας». Χατζηπαντελής, Ε., Σιγάλας, Ι. Αρθρογραφία, Ι.Θ., Τεύχος 51.

## **ΠΑΡΑΡΤΗΜΑΤΑ**



**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ  
ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΠΟΛΙΤΩΝ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΑΘΗΝΑ 2010**

## Οδηγίες συμπλήρωσης ερωτηματολογίου

Στο πλαίσιο μεταπτυχιακής εργασίας πραγματοποιείται έρευνα για τις απόψεις σας αναφορικά με την ποιότητα της φροντίδας που είχατε κατά τη διάρκεια της τελευταίας εισαγωγής σας στο νοσοκομείο. Οι απόψεις σας είναι σημαντικές και απαραίτητες γιατί μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση της παρεχόμενης φροντίδας και κατ' επέκταση στην πραγματοποίηση μεταρρυθμίσεων στο χώρο της υγείας. Ελπίζουμε ότι θα αφιερώσετε λίγο από τον πολύτιμο χρόνο σας για να συμμετάσχετε στην έρευνα με τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου.

Η συμμετοχή σας στη έρευνα είναι εθελοντική. Το ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και πρόσβαση σ' αυτό θα έχουν μόνο οι ερευνητές. Δεν χρειάζεται να αναφέρετε κανένα προσωπικό σας στοιχείο. Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο θα συλλέξει η συνάδελφος που σας το έφερε.

Παρακαλούμε να διαβάσετε προσεχτικά και να απαντήσετε **ΟΛΕΣ** τις ερωτήσεις. Οι ερωτήσεις είναι πολλαπλής επιλογής, δομημένες σε ενότητες και για κάθε μία από αυτές πρέπει να επιλέξετε **ΜΙΑ** μόνο απάντηση.

Υπεύθυνος φορέας για την έρευνα είναι το **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΑΠΚΥ)** και ειδικότερα το **Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας**.

Ιουλία Ανδρικοπούλου. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΑΠΚΥ  
Ειρήνη Τουμπέκη. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια στο ΑΠΚΥ

**Ευχαριστούμε για τη συμμετοχή σας**

## ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Παρακαλούμε βάλτε σε κύκλο ή γράψετε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

1. ΦΥΛΟ: Ανδρας..... 1  
Γυναίκα..... 2

2. ΗΛΙΚΙΑ: :.....

### 3 ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

α) Έγγαμος/η .....1  
β) Άγαμος/η .....2  
γ) Διαζευγμένος/η, Σε διάσταση.....3  
δ) Χήρος/α.....4

### 4. Ανώτερο Επίπεδο μόρφωσης

Δημοτικό.....1  
Γυμνάσιο.....2  
Λύκειο.....3  
Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (Ιδιωτική  
Σχολή π.χ ΙΕΚ / Κολλέγιο).....4  
Τ.Ε.Ι.....5  
Πανεπιστήμιο.....6

### 5. Τόπος Διαμονής:

Πόλη .....1  
Χωριό .....2

6. Επάγγελμα (αν είστε συνταξιούχος δηλώστε το): .....

7. Μηνιαίο συνολικό εισόδημα / οικογενειακό σε ευρώ:

Μέχρι 750	751 έως 1100	1101 έως 1450	1451 έως 1800	1801 έως 2200	2201 έως 2800	2801 έως 3500	3501 και άνω
--------------	--------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--------------------

8. Πριν από αυτή την εισαγωγή σας στο νοσοκομείο πόσες άλλες φορές νοσηλευτήκατε σε οποιοδήποτε νοσοκομείο;

(α) Είναι η πρώτη φορά	(β) 1-2 φορές	(γ) 3-5 φορές	(δ) 5 φορές ή περισσότερες	(ε) Δεν ξέρω, δεν θυμάμαι
------------------------	---------------	---------------	----------------------------	---------------------------

9. Γενικά η υγεία μου είναι:

1. Πολύ κακή	2. Κακή	3. Μέτρια	4. Καλή	5. Πολύ καλή	6. Δεν ξέρω
--------------	---------	-----------	---------	--------------	-------------

## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

10. Τμήμα στο οποίο νοσηλεύεστε (π.χ. καρδιολογικό):  
.....

11. Πόσες μέρες νοσηλευτήκατε στο νοσοκομείο: .....

12. Η εισαγωγή στο νοσοκομείο/κλινική ήταν:

Προγραμματισμένη..... 1

Μέσω των Πρώτων Βοηθειών..... 2

Μεταφορά από άλλο νοσοκομείο/τμήμα/κλινική.....3

13. Η αρρώστια / κατάσταση αυτή σας ταλαιπωρεί:

• Λιγότερο από 1 μήνα..... 1

• Ένα - 6 μήνες.....2

• Περισσότερο από 6 μήνες αλλά λιγότερο από 1 χρόνο.....3

• 12-18 μήνες..... 4

• Περισσότερο από 18 μήνες..... 5

Δεν θυμάμαι, δεν ξέρω..... 9

14. Γενικά η φροντίδα που είχα στο νοσοκομείο ήταν ποιοτική (πολύ καλή):

1. Συμφωνώ απόλυτα	2. Συμφωνώ	3. Διαφωνώ απόλυτα	4. Διαφωνώ	9. Δεν έχω άποψη
-----------------------	------------	-----------------------	------------	---------------------

15. Η φροντίδα που είχα από τους ιατρούς στο νοσοκομείο  
ήταν ποιοτική (πολύ καλή):

1. Συμφωνώ απόλυτα	2. Συμφωνώ	3. Διαφωνώ απόλυτα	4. Διαφωνώ	9. Δεν έχω άποψη
-----------------------	------------	-----------------------	------------	---------------------

16. Η φροντίδα που είχα από τους νοσηλευτές στο νοσοκομείο  
ήταν ποιοτική (πολύ καλή):

1. Συμφωνώ απόλυτα	2. Συμφωνώ	3. Διαφωνώ απόλυτα	4. Διαφωνώ	9. Δεν έχω άποψη
-----------------------	------------	-----------------------	------------	---------------------

**ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ**

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει.

Δηλώσεις σχετικά με τη λειτουργία των υπηρεσιών	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν θυμούμαι
17. Μου δόθηκε βιβλιάριο πρακτικών πληροφοριών σχετικά με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	1	2	3
18. Ενημερώθηκα ότι τα δεδομένα που με αφορούν καταχωρούνται στον ηλεκτρονικό υπολογιστή και ότι έχω τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτά.	1	2	3
19. Γνωρίζω ότι το προσωπικό του νοσοκομείου δεν έχει δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία μου στο νοσοκομείο χωρίς την συγκατάθεση μου.	1	2	3
20. Ενημερώθηκα για τη δυνατότητα άσκησης των θρησκευτικών μου καθηκόντων καθώς επίσης και για τη δυνατότητα συνάντησης με εκπρόσωπο της θρησκείας μου (ιερέας, ιμάμης, ραβίνος).	1	2	3
21. Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) που με αφορούν δεν ήταν εκτεθειμένες στο δωμάτιο μου.	1	2	3
22. Ενημερώθηκα για την ύπαρξη στο νοσοκομείο ειδικού γραφείου στο οποίο μπορώ να απευθυνθώ σε περίπτωση που θέλω να παραπονεθώ για κάτι ή να ζητήσω μια πληροφορία.	1	2	3



Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.

Δηλώσεις	Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωση μου
23. Με ενημέρωναν εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που έχουν προγραμματιστεί.	1	2	3	4	9
24. Είχα σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνταν οι εξετάσεις.	1	2	3	4	9
25. Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των εξετάσεων που μου έκαναν (π.χ. ακτινογραφία, λήψη αίματος).	1	2	3	4	9
26. Με ενημέρωναν για τα αποτελέσματα των διαγνωστικών εξετάσεων.	1	2	3	4	9
27. Με ενημέρωναν για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία υποβλήθηκα.	1	2	3	4	9
28. Με ενημέρωναν για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους της θεραπείας (φαρμακευτική αγωγή, εγχείρηση).	1	2	3	4	9
29. Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν με εγχειρήσουν.	1	2	3	4	9
30. Μου ζήτησαν τη συγκατάθεσή μου πριν την αναισθησία (επισκληρίδιος ή γενική).	1	2	3	4	9

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο ικανοποιημένος/η είστε με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας

Δηλώσεις	Απόλυτα	Αρκετά	Λίγο	Καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωση μου
31. Μου δόθηκαν συμβουλές υγιεινής προσαρμοσμένες στην περίπτωση μου για να είμαι καλύτερα στην υγεία μου (άθληση, διατροφή κάπνισμα, αλκοόλ).	1	2	3	4	9

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει.

Δηλώσεις	ΝΑΙ	ΟΧΙ	Δεν θυμούμαι
32. Μου ζήτησαν τα στοιχεία επικοινωνίας του προσωπικού μου γιατρού, και αν θέλω, να τον πληροφορήσουν ότι βρίσκομαι στο νοσοκομείο.	1	2	3
33. Μου ζήτησαν να υποδείξω ποιον θέλω να ενημερώσουν για την κατάσταση της υγείας μου και για τη φροντίδα που μου προσφέρουν.	1	2	3

Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο συμφωνείτε με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.

Δηλώσεις	Απόλυτα	Σχεδόν	Όχι ακριβώς	Καθόλου	Δεν ισχύει στην περίπτωση μου
34. Ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν ψυχολογική βοήθεια.	1	2	3	4	9

**Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο συμφωνείτε με τις πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.**

<b>Δηλώσεις</b>	<b>Απόλυτα</b>	<b>Σχεδόν</b>	<b>Όχι ακριβώς</b>	<b>Καθόλου</b>	<b>Δεν ισχύει στην περίπτωση μου</b>
<b>35.</b> Ρωτήθηκα αν χρειαζόμουν βοήθεια σχετικά με κοινωνικά προβλήματα.	1	2	3	4	9
<b>36.</b> Κατά την εισαγωγή μου στο νοσοκομείο ρωτήθηκα αν πονούσα.	1	2	3	4	9

**Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε πόσο συχνά εφαρμόζονταν οι πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.**

<b>Δηλώσεις</b>	<b>Πάντα ή πολύ συχνά</b>	<b>Συχνά</b>	<b>Σπάνια</b>	<b>Πολύ σπάνια ή καθόλου</b>	<b>Δεν ισχύει στην περίπτωση μου</b>
<b>37.</b> Το προσωπικό του νοσοκομείου είχε διακριτικό σήμα που επέτρεπε να φαίνεται το όνομά του και η ιδιότητά του (γιατρός, νοσηλεύτης)	1	2	3	4	9
<b>38.</b> Οι νοσηλευτές κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στο δωμάτιό μου.	1	2	3	4	9
<b>39.</b> Οι γιατροί κτυπούσαν την πόρτα πριν να μπουν στο δωμάτιό μου.	1	2	3	4	9

<b>Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση για να δείξετε <u>πόσο συχνά εφαρμόζονταν οι πιο κάτω υπηρεσίες/ενέργειες που αφορούν τη νοσηλεία σας.</u></b>					
<b>Δηλώσεις</b>	<b>Πάντα ή πολύ συχνά</b>	<b>Συχνά</b>	<b>Σπάνια</b>	<b>Πολύ σπάνια ή καθόλου</b>	<b>Δεν ισχύει στην περίπτωσή μου</b>
<b>40.</b> Όταν ο γιατρός έμπαινε στο δωμάτιο μου για να με εξετάσει, ζητούσε από τους τυχόν επισκέπτες να βγουν έξω.	1	2	3	4	9
<b>41.</b> Ζητούσαν την συγκατάθεσή μου για να παρακολουθούν εκπαιδευόμενοι φοιτητές κατά την ώρα της επίσκεψης του γιατρού στο δωμάτιό μου.	1	2	3	4	9
<b>Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει</b>					
<b>Δηλώσεις</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν ξέρω</b>		
<b>42.</b> Έλαβαν υπόψη τη γνώμη μου καθώς και τη γνώμη των συγγενών μου για να οργανωθεί η έξοδος μου από το νοσοκομείο.	1	2	3		
<b>43.</b> Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο, μου δόθηκε η ευκαιρία να πω αν ήμουν ευχαριστημένος/η με την παραμονή μου στο νοσοκομείο.	1	2	3		

<b>Παρακαλώ επιλέξτε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται δίπλα από κάθε δήλωση σημειώνοντας ότι σας αντιπροσωπεύει</b>			
<b>Δηλώσεις</b>	<b>ΝΑΙ</b>	<b>ΟΧΙ</b>	<b>Δεν ξέρω</b>
<b>44.</b> Κατά την έξοδο μου από το νοσοκομείο ενημερώθηκα για τυχόν συμπτώματα τα οποία θα με προειδοποιούν για χειροτέρευση της υγείας μου.	1	2	3
<b>45.</b> Μου δόθηκαν ξεκάθαρες εξηγήσεις (διευκρινήσεις) σχετικά με τι μπορούσα να κάνω μετά την έξοδό μου από το νοσοκομείο (δουλειά, σπορ κτλ).	1	2	3
<b>46.</b> Κατά την έξοδο μου από νοσοκομείο συμπλήρωσα ερωτηματολόγιο σχετικό με το πόσο ήμουν ικανοποιημένος / η με την φροντίδα που μου εδόθη.	1	2	3
<b>47.</b> Κατά την έξοδό μου από το νοσοκομείο μου δόθηκε ενημερωτική επιστολή για τον προσωπικό μου γιατρό.	1	2	3
<b>48.</b> Κατά την έξοδό μου από το νοσοκομείο μου δόθηκε ιατρική γνωμάτευση της παρούσας νόσου.	1	2	3

**Ευχαριστούμε Θερμά για τη συνεργασία.**

**ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ  
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**  
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ  
ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

**ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΚΑΙ ΜΕΛΕΤΗ  
ΤΩΝ ΑΠΟΨΕΩΝ ΤΩΝ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ  
ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ  
ΣΕ ΔΗΜΟΣΙΑ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑ ΤΗΣ ΑΤΤΙΚΗΣ**

**ΑΘΗΝΑ 2010**

## Μερικές πληροφορίες για τη συμπλήρωση του ερωτηματολογίου

Η παρούσα έρευνα πραγματοποιείται ανάμεσα στους Έλληνες επαγγελματίες υγείας δημόσιου και ιδιωτικού τομέα και υπεύθυνος φορέας είναι το **Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου (ΑΠΚΥ)** και ειδικότερα το **Πρόγραμμα Σπουδών: Διοίκηση Μονάδων Υγείας**.

Το ερωτηματολόγιο που ακολουθεί είναι ανώνυμο και στοχεύει στη διερεύνηση των απόψεων των επαγγελματιών υγείας αναφορικά με την ποιότητα της προσφερόμενης φροντίδας, τόσο στο πεδίο της ενημέρωσης των ασθενών όσο και σε άλλες πτυχές της φροντίδας.

Παρακαλούμε όπως διαβάσετε προσεχτικά τις ερωτήσεις και συμπληρώσετε όλες τις απαντήσεις.

Το συμπληρωμένο ερωτηματολόγιο θα συλλέξει ο συνάδελφος που σας το έφερε.

Ευχαριστούμε εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας

Ειρήνη Τουμπέκη Νοσηλεύτρια στο νοσοκομείο «Ελπίς». Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΑΠΚΥ (τηλέφωνο επικοινωνίας 210- 8221425).

Ιουλία Ανδρικοπούλου Νοσηλεύτρια – Εκπαιδεύτρια στην Ανωτέρα Σχολή Νοσηλευτριών Ελληνικού Ερυθρού Σταυρού. Μεταπτυχιακή φοιτήτρια ΑΠΚΥ (τηλέφωνο επικοινωνίας 210- 8836650).

## ΠΡΩΤΟ ΜΕΡΟΣ

Παρακαλούμε συμπληρώστε τα παρακάτω στοιχεία δίνοντας σε κάθε ερώτηση την απάντησή σας, είτε βάζοντας σε κύκλο τον αριθμό που αντιστοιχεί στην απάντησή σας, είτε γράφοντας την απάντησή σας στον κενό χώρο, είτε βάζοντας X ή √ στον κατάλληλο χώρο.

1. ΦΥΛΟ: Άνδρας..... 1  
Γυναίκα..... 2

2. ΗΛΙΚΙΑ : .....

### 3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

1. Έγγαμος/η	2. Άγαμος/η	3. Διαζευγμένος/η, Σε διάσταση	4. Χήρος/α
--------------	-------------	-----------------------------------	------------

### 4. ΑΡΙΘΜΟΣ ΠΑΙΔΙΩΝ:

0. κανένα	1. ένα παιδί	2. δυο παιδιά	3. τρία παιδιά	4. τέσσερα ή περισσότερα
-----------	--------------	---------------	----------------	--------------------------

### 5. ΑΝΩΤΕΡΟ ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ

- A) Μεταλυκειακή Εκπαίδευση (Ιδιωτική / Δημόσια Σχολή π.χ ΙΕΚ) ..... 1
- B) Τεχνολογική Εκπαίδευση (ΤΕΙ / ΚΑΤΕΕ / Ανώτερες Σχολές Νοσοκομείων)..... 2
- Γ) Πανεπιστημιακή Εκπαίδευση..... 3
- Δ) Μεταπτυχιακό δίπλωμα (Μάστερ/Διδακτορικό)..... 4

### 6. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ όπου εργάζεστε τώρα:

.....

### 7. ΤΜΗΜΑ στο οποίο εργάζεστε (π.χ. καρδιολογικό):

.....





## ΔΕΥΤΕΡΟ ΜΕΡΟΣ

15. Παρακαλώ σημειώστε πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε σε κάθε μια από τις πιο κάτω δηλώσεις:

		Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
(α)	Αισθάνομαι ότι είμαι άτομο με αξία, τουλάχιστον στο ίδιο επίπεδο με τους άλλους.	1	2	3	4
(β)	Αισθάνομαι ότι έχω αρκετά καλά προτερήματα.	1	2	3	4
(γ)	Γενικά τείνω να αισθάνομαι ότι είμαι αποτυχημένος.	1	2	3	4
(δ)	Είμαι ικανός να κάνω πράγματα τόσο καλά όσο ο περισσότερος κόσμος.	1	2	3	4
(ε)	Νιώθω ότι δεν έχω πολλά πράγματα για να υπερηφανεύομαι.	1	2	3	4
(στ)	Έχω θετική εικόνα για τον εαυτό μου.	1	2	3	4
(ζ)	Γενικά είμαι ευχαριστημένος με τον εαυτό μου.	1	2	3	4
(η)	Εύχομαι να μπορούσα να είχα περισσότερο αυτοσεβασμό.	1	2	3	4
(θ)	Κατά καιρούς αισθάνομαι με βεβαιότητα ότι είμαι άχρηστος.	1	2	3	4
(ι)	Μερικές φορές νομίζω ότι δεν είμαι καθόλου καλός.	1	2	3	4

### ΤΡΙΤΟ ΜΕΡΟΣ

**Παρακαλώ κυκλώστε ΜΙΑ από τις επιλογές που δίνονται για να δείξετε τη συχνότητα με την οποία γίνονται οι πιο κάτω ενέργειες.**

Δηλώσεις	Πάντα ή Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή Ποτέ	Δεν ξέρω
16. Στον κάθε ασθενή και ή στους συνοδούς του δίνεται ένα βιβλιário πρακτικών πληροφοριών για την εισαγωγή τους στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	9
17. Ο κάθε ασθενής πληροφορείται ότι καταχωρούνται στον Η/Υ οι πληροφορίες που τον αφορούν και ότι έχει τη δυνατότητα πρόσβασης σε αυτές.	1	2	3	4	9
18. Το προσωπικό γνωρίζει ότι δεν έχει το δικαίωμα να αποκαλύψει προς τα έξω την παρουσία του ασθενή στο νοσοκομείο, χωρίς την έγκριση του ιδίου.	1	2	3	4	9
19. Οι πληροφορίες (ιατρικές, νοσηλευτικές) δεν είναι εκτεθειμένες στο δωμάτιο του ασθενή	1	2	3	4	9
20. Οι ασθενείς πληροφορούνται για τις δυνατότητες άσκησης των θρησκευτικών καθηκόντων τους, καθώς και ότι μπορούν να τους επισκεφθεί θρησκευτικός εκπρόσωπός τους (ιερέας, ιμάμης, ραββίνος)	1	2	3	4	9
21. Ο κάθε ασθενής πληροφορείται για την ύπαρξη στο νοσοκομείο ειδικού γραφείου στο οποίο μπορεί να απευθυνθεί για υποβολή παραπόνου	1	2	3	4	9
22. Οι ασθενείς ενημερώνονται εκ των προτέρων για τις εξετάσεις που προγραμματίζονται για τη φροντίδα τους.	1	2	3	4	9
23. Οι ασθενείς έχουν σαφή ενημέρωση για τους λόγους που πραγματοποιούνται οι κυριότερες εξετάσεις.	1	2	3	4	9
24. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα πλεονεκτήματα και τους κινδύνους των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	1	2	3	4	9

Δηλώσεις	Πάντα ή Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή Ποτέ	Δεν ξέρω
25. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα αποτελέσματα των κυριότερων διαγνωστικών εξετάσεων που θα πραγματοποιηθούν.	1	2	3	4	9
26. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τους σκοπούς της θεραπείας στην οποία θα υποβληθούν.	1	2	3	4	9
27. Οι ασθενείς ενημερώνονται για τα πλεονεκτήματα και τους συνεπαγόμενους κινδύνους της θεραπείας (φαρμακευτικής ή επεμβατικής).	1	2	3	4	9
28. Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε χειρουργική επέμβαση.	1	2	3	4	9
29. Απαιτείται η συναίνεση του ασθενή για να υποβληθεί σε γενική ή επισκληρίδιο αναισθησία.	1	2	3	4	9
30. Οι ασθενείς ενημερώνονται σε θέματα αγωγής υγείας σύμφωνα με τις ανάγκες τους (αθλητικές δραστηριότητες, κάπνισμα, κατανάλωση αλκοόλ κλπ).	1	2	3	4	9
31. Λαμβάνονται από τον ασθενή τα στοιχεία, του ή των προσωπικών του γιατρών, τους οποίους θα ήθελε να ενημερωθούν για την εισαγωγή και την παραμονή του στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	9
32. Διερευνούνται οι τυχόν ψυχολογικές ανάγκες των ασθενών.	1	2	3	4	9
33. Διερευνούνται οι τυχόν ανάγκες των ασθενών για κοινωνική βοήθεια.	1	2	3	4	9
34. Αξιολογείται συστηματικά ο πόνος του ασθενή κατά την εισαγωγή του στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	9
35. Κάθε μέλος του προσωπικού έχει ένα σήμα/κονκάρδα με το όνομα και το επάγγελμά του.	1	2	3	4	9
36. Οι νοσηλευτές κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών.	1	2	3	4	9
35 Οι γιατροί κτυπούν την πόρτα πριν να μπουν στα δωμάτια των ασθενών.	1	2	3	4	9

Δηλώσεις	Πάντα ή Πολύ συχνά	Συχνά	Μερικές φορές	Σπάνια ή Ποτέ	Δεν ξέρω
36. Οι συγγενείς και οι επισκέπτες καλούνται να εγκαταλείψουν το δωμάτιο του ασθενή κατά την εξέταση ή όταν δίνονται πληροφορίες στον ασθενή.	1	2	3	4	9
37. Ζητείται συστηματικά, η συγκατάθεση των ασθενών για την παρουσία εκπαιδευόμενων φοιτητών κατά τη διάρκεια της εξέτασης.	1	2	3	4	9
38. Η έξοδος από το νοσοκομείο οργανώνεται μαζί με τον ασθενή και το περιβάλλον του.	1	2	3	4	9
39. Κατά την έξοδο του από το νοσοκομείο παρέχεται η ευκαιρία στον ασθενή να αναφέρει κατά πόσο είναι ικανοποιημένος με την παρεχόμενη φροντίδα.	1	2	3	4	9
40. Κατά την έξοδο του ασθενή από το νοσοκομείο του εξηγούνται τα συμπτώματα τα οποία στο μέλλον θα πρέπει να τον προειδοποιούν για υποτροπή της υγείας του.	1	2	3	4	9
41. Σε κάθε ασθενή εξηγούνται με σαφήνεια οι δραστηριότητες στις οποίες μπορεί να παίρνει μέρος μετά το εξιτήριο του από το νοσοκομείο (εργασία, άθληση κλπ).	1	2	3	4	9
42. Σε κάθε ασθενή δίδεται ερωτηματολόγιο σχετικά με την ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο.	1	2	3	4	9
43. Σε κάθε ασθενή δίδεται ενημερωτική επιστολή που απευθύνεται στον προσωπικό του γιατρό.	1	2	3	4	9
44. Σε κάθε ασθενή δίδεται ιατρική γνωμάτευση της παρούσας νόσου.	1	2	3	4	9

**Ευχαριστούμε θερμά για τη συνεργασία σας.**

**Παράρτημα 2 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της επαγγελματικής ιδιότητας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων**

Επαγγελματική ιδιότητα		Αίσθημα μειωμένης υπερηφάνειας για πολλά πράγματα				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
<b>Ιατρός</b>	Τιμές	21	9	2	1	<b>33</b>
	Ποσοστά %	63,6%	27,3%	6,1%	3,0%	<b>100%</b>
<b>Νοσηλεύτης/τρια</b>	Τιμές	111	95	11	2	<b>219</b>
	Ποσοστά %	50,7%	43,4%	5,0%	,9%	<b>100%</b>
<b>Ειδικευόμενος ιατρός</b>	Τιμές	15	8	2	1	<b>26</b>
	Ποσοστά %	57,7%	30,8%	7,7%	3,8%	<b>100%</b>
<b>Σύνολο</b>	Τιμές	147	112	15	4	<b>278</b>
	Ποσοστά %	52,9%	40,3%	5,4%	1,4%	<b>100%</b>
<b>Χ<sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας</b>				<b>Τιμή</b>	<b>Βαθμοί ελευθερίας</b>	<b>Τιμή P</b>
				5,913	6	0,433
		<b>Θετική άποψη για τον εαυτό του</b>				
<b>Ιατρός</b>	Τιμές	0	0	9	24	<b>33</b>
	Ποσοστά %	,0%	,0%	27,3%	72,7%	<b>100%</b>
<b>Νοσηλεύτης/τρια</b>	Τιμές	2	4	102	111	<b>219</b>
	Ποσοστά %	,9%	1,8%	46,6%	50,7%	<b>100%</b>
<b>Ειδικευόμενος ιατρός</b>	Τιμές	0	1	9	16	<b>26</b>
	Ποσοστά %	,0%	3,8%	34,6%	61,5%	<b>100%</b>
<b>Σύνολο</b>	Τιμές	2	5	120	151	<b>278</b>
	Ποσοστά %	,7%	1,8%	43,2%	54,3%	<b>100%</b>
<b>Χ<sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας</b>				<b>Τιμή</b>	<b>Βαθμοί ελευθερίας</b>	<b>Τιμή P</b>
				7,541	6	0,274

Επαγγελματική ιδιότητα		Ευχαριστημένοι με τον εαυτό του				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ιατρός	Τιμές	0	0	11	22	33
	Ποσοστά %	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές	1	3	110	105	219
	Ποσοστά %	,5%	1,4%	50,2%	47,9%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές	0	0	8	18	26
	Ποσοστά %	,0%	,0%	30,8%	69,2%	100%
Σύνολο	Τιμές	1	3	129	145	278
	Ποσοστά %	,4%	1,1%	46,4%	52,2%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				7,882	6	0,247
Ευχή για περισσότερο αυτοσεβασμό						
Ιατρός	Τιμές	16	8	8	1	33
	Ποσοστά %	48,5%	24,2%	24,2%	3,0%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές	56	91	52	20	219
	Ποσοστά %	25,6%	41,6%	23,7%	9,1%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές	9	12	4	1	26
	Ποσοστά %	34,6%	46,2%	15,4%	3,8%	100%
Σύνολο	Τιμές	81	111	64	22	278
	Ποσοστά %	29,1%	39,9%	23,0%	7,9%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				10,573	6	0,103
Κατά καιρούς αίσθημα ότι είναι άχρηστος						
Ιατρός	Τιμές	27	4	2	0	33
	Ποσοστά %	81,8%	12,1%	6,1%	,0%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές	136	64	14	5	219
	Ποσοστά %	62,1%	29,2%	6,4%	2,3%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές	17	6	2	1	26
	Ποσοστά %	65,4%	23,1%	7,7%	3,8%	100%
Σύνολο	Τιμές	180	74	18	6	278
	Ποσοστά %	64,7%	26,6%	6,5%	2,2%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				6,152	6	0,406

Επαγγελματική ιδιότητα		Μερικές αίσθημα ότι δεν είναι καθόλου καλός				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ιατρός	Τιμές	21	6	6	0	33
	Ποσοστά %	63,6%	18,2%	18,2%	,0%	100%
Νοσηλεύτης/τρια	Τιμές	91	86	39	3	219
	Ποσοστά %	41,6%	39,3%	17,8%	1,4%	100%
Ειδικευόμενος ιατρός	Τιμές	14	8	4	0	26
	Ποσοστά %	53,8%	30,8%	15,4%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	126	100	49	3	278
	Ποσοστά %	45,3%	36,0%	17,6%	1,1%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				8,199	6	0,224



**Παράρτημα 3 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ του φύλου και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων**

Φύλο		Άτομο ίσης αξίας με τους άλλους				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	1	2	30	51	<b>84</b>
	Ποσοστά %	1,2%	2,4%	35,7%	60,7%	<b>100%</b>
Γυναίκα	Τιμές	2	14	74	104	<b>194</b>
	Ποσοστά %	1,0%	7,2%	38,1%	53,6%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	3	16	104	155	<b>278</b>
	Ποσοστά %	1,1%	5,8%	37,4%	55,8%	<b>100%</b>
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	3,019	Τιμή P
				Βαθμοί ελευθερίας	3	0,389
		Άτομο με αρκετά προτερήματα				
Ανδρας	Τιμές	-	1	35	48	<b>84</b>
	Ποσοστά %	-	1,2%	41,7%	57,1%	<b>100%</b>
Γυναίκα	Τιμές	-	2	84	108	<b>194</b>
	Ποσοστά %	-	1,0%	43,3%	55,7%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	-	3	119	156	<b>278</b>
	Ποσοστά %	-	1,1%	42,8%	56,1%	<b>100%</b>
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	0,073	Τιμή P
				Βαθμοί ελευθερίας	2	0,964

Φύλο		Ικανότητα πραγματοποίησης πραγμάτων όπως ο περισσότερος κόσμος				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	1	4	34	45	84
	Ποσοστά %	1,2%	4,8%	40,5%	53,6%	100%
Γυναίκα	Τιμές	4	14	84	92	194
	Ποσοστά %	2,1%	7,2%	43,3%	47,4%	100%
Σύνολο	Τιμές	5	18	118	137	278
	Ποσοστά %	1,8%	6,5%	42,4%	49,3%	100%
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,353	3	0,717
		Αίσθημα μειωμένης υπερηφάνειας για πολλά πράγματα				
Ανδρας	Τιμές	47	31	4	2	84
	Ποσοστά %	56,0%	36,9%	4,8%	2,4%	100%
Γυναίκα	Τιμές	100	81	11	2	194
	Ποσοστά %	51,5%	41,8%	5,7%	1,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	147	112	15	4	278
	Ποσοστά %	52,9%	40,3%	5,4%	1,4%	100%
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,389	3	0,708
		Θετική άποψη για τον εαυτό του				
Ανδρας	Τιμές	0	1	30	53	84
	Ποσοστά %	,0%	1,2%	35,7%	63,1%	100%
Γυναίκα	Τιμές	2	4	90	98	194
	Ποσοστά %	1,0%	2,1%	46,4%	50,5%	100%
Σύνολο	Τιμές	2	5	120	151	278
	Ποσοστά %	,7%	1,8%	43,2%	54,3%	100%
X <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				4,370	3	0,224

Φύλο		Ευχαριστημένος με τον εαυτό του				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	0	0	33	51	<b>84</b>
	Ποσοστά %	,0%	,0%	39,3%	60,7%	<b>100%</b>
Γυναίκα	Τιμές	1	3	96	94	<b>194</b>
	Ποσοστά %	,5%	1,5%	49,5%	48,5%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	1	3	129	145	<b>278</b>
	Ποσοστά %	,4%	1,1%	46,4%	52,2%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				4,735	3	0,192
		Ευχή για περισσότερο αυτοσεβασμό				
Ανδρας	Τιμές	31	32	18	3	<b>84</b>
	Ποσοστά %	36,9%	38,1%	21,4%	3,6%	<b>100%</b>
Γυναίκα	Τιμές	50	79	46	19	<b>194</b>
	Ποσοστά %	25,8%	40,7%	23,7%	9,8%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	81	111	64	22	<b>278</b>
	Ποσοστά %	29,1%	39,9%	23,0%	7,9%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				5,595	3	0,133

**Παράρτημα 4 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της ηλικίας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων**

Ηλικία		Αίσθημα αποτυχημένου				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	4	3	0	0	7
	Ποσοστά %	57,1%	42,9%	,0%	,0%	100%
25-34	Τιμές	53	29	3	0	85
	Ποσοστά %	62,4%	34,1%	3,5%	,0%	100%
35-44	Τιμές	69	38	2	1	110
	Ποσοστά %	62,7%	34,5%	1,8%	,9%	100%
45-54	Τιμές	35	8	0	0	43
	Ποσοστά %	81,4%	18,6%	,0%	,0%	100%
55-64	Τιμές	11	7	0	0	18
	Ποσοστά %	61,1%	38,9%	,0%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	172	85	5	1	263
	Ποσοστά %	65,4%	32,3%	1,9%	,4%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση			Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P	
			1,991	1	0,158	

Ηλικία		Αίσθημα μειωμένης υπερηφάνειας για πολλά πράγματα				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	1	6	0	0	7
	Ποσοστά %	14,3%	85,7%	,0%	,0%	100%
25-34	Τιμές	44	35	6	0	85
	Ποσοστά %	51,8%	41,2%	7,1%	,0%	100%
35-44	Τιμές	61	43	4	2	110
	Ποσοστά %	55,5%	39,1%	3,6%	1,8%	100%
45-54	Τιμές	27	12	3	1	43
	Ποσοστά %	62,8%	27,9%	7,0%	2,3%	100%
55-64	Τιμές	9	8	1	0	18
	Ποσοστά %	50,0%	44,4%	5,6%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	142	104	14	3	263
	Ποσοστά %	54,0%	39,5%	5,3%	1,1%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση			Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P	
			0,550	1	0,458	

Ηλικία		Θετική άποψη για τον εαυτό του				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	0	0	6	1	7
	Ποσοστά %	,0%	,0%	85,7%	14,3%	100%
25-34	Τιμές	1	2	41	41	85
	Ποσοστά %	1,2%	2,4%	48,2%	48,2%	100%
35-44	Τιμές	0	1	45	64	110
	Ποσοστά %	,0%	,9%	40,9%	58,2%	100%
45-54	Τιμές	0	0	13	30	43
	Ποσοστά %	,0%	,0%	30,2%	69,8%	100%
55-64	Τιμές	1	1	7	9	18
	Ποσοστά %	5,6%	5,6%	38,9%	50,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	2	4	112	145	263
	Ποσοστά %	,8%	1,5%	42,6%	55,1%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,432	1	0,119

Ηλικία		Ευχή για περισσότερο αυτοσεβασμό				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
18-24	Τιμές	0	3	4	0	7
	Ποσοστά %	,0%	42,9%	57,1%	,0%	100,0%
25-34	Τιμές	24	34	22	5	85
	Ποσοστά %	28,2%	40,0%	25,9%	5,9%	100,0%
35-44	Τιμές	34	43	20	13	110
	Ποσοστά %	30,9%	39,1%	18,2%	11,8%	100,0%
45-54	Τιμές	15	17	9	2	43
	Ποσοστά %	34,9%	39,5%	20,9%	4,7%	100,0%
55-64	Τιμές	6	7	4	1	18
	Ποσοστά %	33,3%	38,9%	22,2%	5,6%	100,0%
Σύνολο	Τιμές	79	104	59	21	263
	Ποσοστά %	30,0%	39,5%	22,4%	8,0%	100,0%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,401	1	0,237

**Παράρτημα 5 – Πίνακες συνάφειας μεταξύ των ετών υπηρεσίας και της αυτοεκτίμησης των ερωτωμένων**

Χρόνια υπηρεσίας		Αίσθημα αποτυχημένου				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	38	26	1	0	65
	Ποσοστά %	58,5%	40,0%	1,5%	,0%	100%
5-10	Τιμές	42	17	3	0	62
	Ποσοστά %	67,7%	27,4%	4,8%	,0%	100%
10-15	Τιμές	27	15	0	1	43
	Ποσοστά %	62,8%	34,9%	,0%	2,3%	100%
15-20	Τιμές	29	18	0	0	47
	Ποσοστά %	61,7%	38,3%	,0%	,0%	100%
20-25	Τιμές	21	5	1	0	27
	Ποσοστά %	77,8%	18,5%	3,7%	,0%	100%
25-30	Τιμές	22	8	0	0	30
	Ποσοστά %	73,3%	26,7%	,0%	,0%	100%
30-35	Τιμές	3	1	0	0	4
	Ποσοστά %	75,0%	25,0%	,0%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	182	90	5	1	278
	Ποσοστά %	65,5%	32,4%	1,8%	,4%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,551	1	0,110

Χρόνια υπηρεσίας		Θετική άποψη για τον εαυτό του				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	0	2	33	30	65
	Ποσοστά %	,0%	3,1%	50,8%	46,2%	100%
5-10	Τιμές	1	0	29	32	62
	Ποσοστά %	1,6%	,0%	46,8%	51,6%	100%
10-15	Τιμές	0	1	18	24	43
	Ποσοστά %	,0%	2,3%	41,9%	55,8%	100%
15-20	Τιμές	0	0	18	29	47
	Ποσοστά %	,0%	,0%	38,3%	61,7%	100%
20-25	Τιμές	0	1	11	15	27
	Ποσοστά %	,0%	3,7%	40,7%	55,6%	100%
25-30	Τιμές	1	1	11	17	30
	Ποσοστά %	3,3%	3,3%	36,7%	56,7%	100%
30-35	Τιμές	0	0	0	4	4
	Ποσοστά %	,0%	,0%	,0%	100,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	2	5	120	151	278
	Ποσοστά %	,7%	1,8%	43,2%	54,3%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,702	1	0,192

Χρόνια υπηρεσίας		Ευχή για περισσότερο αυτοσεβασμό				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
0-5	Τιμές	16	29	19	1	65
	Ποσοστά %	24,6%	44,6%	29,2%	1,5%	100%
5-10	Τιμές	18	25	12	7	62
	Ποσοστά %	29,0%	40,3%	19,4%	11,3%	100%
10-15	Τιμές	11	17	9	6	43
	Ποσοστά %	25,6%	39,5%	20,9%	14,0%	100%
15-20	Τιμές	18	19	7	3	47
	Ποσοστά %	38,3%	40,4%	14,9%	6,4%	100%
20-25	Τιμές	8	7	9	3	27
	Ποσοστά %	29,6%	25,9%	33,3%	11,1%	100%
25-30	Τιμές	6	14	8	2	30
	Ποσοστά %	20,0%	46,7%	26,7%	6,7%	100%
30-35	Τιμές	4	0	0	0	4
	Ποσοστά %	100,0%	,0%	,0%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	81	111	64	22	278
	Ποσοστά %	29,1%	39,9%	23,0%	7,9%	100%
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,106	1	0,745

**Παράρτημα 6** – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής νοσοκομειακής φροντίδας και των ατομικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών ατομικής υγείας των ασθενών

Φύλο		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από το νοσοκομείο				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	23	6	85	28	142
	Ποσοστά %	16,2%	4,2%	59,9%	19,7%	100%
Γυναίκα	Τιμές	26	6	98	40	170
	Ποσοστά %	15,3%	3,5%	57,6%	23,5%	100%
Σύνολο	Τιμές	49	12	183	68	312
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,7%	21,8%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Κρίσιμη τιμή (p value)
				0,718	3	0,869
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα						
Μέχρι 750	Τιμές	17	2	45	20	84
	Ποσοστά %	20,2%	2,4%	53,6%	23,8%	100%
751 έως 1100	Τιμές	12	2	55	11	80
	Ποσοστά %	15,0%	2,5%	68,8%	13,8%	100%
1101 έως 1450	Τιμές	8	6	43	11	68
	Ποσοστά %	11,8%	8,8%	63,2%	16,2%	100%
1451 έως 1800	Τιμές	4	1	18	17	40
	Ποσοστά %	10,0%	2,5%	45,0%	42,5%	100%
1801 έως 2200	Τιμές	2	1	13	8	24
	Ποσοστά %	8,3%	4,2%	54,2%	33,3%	100%
2201 έως 2800	Τιμές	5	0	7	1	13
	Ποσοστά %	38,5%	,0%	53,8%	7,7%	100%
2801 έως 3500	Τιμές	0	0	3	0	3
	Ποσοστά %	,0%	,0%	100,0%	,0%	100%
3501 και άνω	Τιμές	1	0	0	0	1
	Ποσοστά %	100,0%	,0%	,0%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	313
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	100%
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,885	1	0,347



Επάγγελμα	Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από το νοσοκομείο					Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Μη εργαζόμενος	Τιμές	19	2	61	21	<b>103</b>
	Ποσοστά %	18,4%	1,9%	59,2%	20,4%	<b>100%</b>
Χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	11	2	29	9	<b>51</b>
	Ποσοστά %	21,6%	3,9%	56,9%	17,6%	<b>100%</b>
Μη χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	19	8	94	38	<b>159</b>
	Ποσοστά %	11,9%	5,0%	59,1%	23,9%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	<b>313</b>
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				5,464	6	0,486
Τόπος διαμονής						
Πόλη	Τιμές	35	10	148	54	<b>247</b>
	Ποσοστά %	14,2%	4,0%	59,9%	21,9%	<b>100%</b>
Χωριό	Τιμές	14	2	36	14	<b>66</b>
	Ποσοστά %	21,2%	3,0%	54,5%	21,2%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	<b>313</b>
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Κρίσιμη τιμή (p value)
				2,057	3	0,561
Επίπεδο εκπαίδευσης						
Βασική εκπαίδευση	Τιμές	14	4	45	15	<b>78</b>
	Ποσοστά %	17,9%	5,1%	57,7%	19,2%	<b>100%</b>
Ανώτερη εκπαίδευση	Τιμές	20	6	75	32	<b>133</b>
	Ποσοστά %	15,0%	4,5%	56,4%	24,1%	<b>100%</b>
Ανώτατη εκπαίδευση	Τιμές	15	2	64	21	<b>102</b>
	Ποσοστά %	14,7%	2,0%	62,7%	20,6%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	<b>313</b>
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,822	6	0,831

Επίπεδο ατομικής υγείας		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από το νοσοκομείο				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Πολύ κακή	Τιμές	3	0	6	2	11
	Ποσοστά %	27,3%	,0%	54,5%	18,2%	100%
Κακή	Τιμές	1	0	7	2	10
	Ποσοστά %	10,0%	,0%	70,0%	20,0%	100%
Μέτρια	Τιμές	12	2	37	18	69
	Ποσοστά %	17,4%	2,9%	53,6%	26,1%	100%
Καλή	Τιμές	21	7	64	15	107
	Ποσοστά %	19,6%	6,5%	59,8%	14,0%	100%
Πολύ καλή	Τιμές	11	3	66	29	109
	Ποσοστά %	10,1%	2,8%	60,6%	26,6%	100%
Δεν ξέρω	Τιμές	1	0	4	2	7
	Ποσοστά %	14,3%	,0%	57,1%	28,6%	100%
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	313
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				13,730	15	0,546
Ημέρες νοσηλείας						
1-7	Τιμές	29	8	109	45	191
	Ποσοστά %	15,2%	4,2%	57,1%	23,6%	100%
8-14	Τιμές	14	4	53	13	84
	Ποσοστά %	16,7%	4,8%	63,1%	15,5%	100%
15-21	Τιμές	3	0	16	4	23
	Ποσοστά %	13,0%	,0%	69,6%	17,4%	100%
22-28	Τιμές	1	0	1	1	3
	Ποσοστά %	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100%
29-35	Τιμές	0	0	4	3	7
	Ποσοστά %	,0%	,0%	57,1%	42,9%	100%
60-150	Τιμές	2	0	1	2	5
	Ποσοστά %	40,0%	,0%	20,0%	40,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	313
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,011	1	0,916

Φορές νοσηλείας	Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από το νοσοκομείο					Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Είναι η πρώτη φορά	Τιμές	13	1	55	27	96
	Ποσοστά %	13,5%	1,0%	57,3%	28,1%	100%
1-2 φορές	Τιμές	25	9	73	28	135
	Ποσοστά %	18,5%	6,7%	54,1%	20,7%	100%
3-5 φορές	Τιμές	8	0	39	10	57
	Ποσοστά %	14,0%	,0%	68,4%	17,5%	100%
5 φορές ή περισσότερες	Τιμές	2	0	14	2	18
	Ποσοστά %	11,1%	,0%	77,8%	11,1%	100%
Δεν ξέρω, δεν θυμάμαι	Τιμές	1	2	3	1	7
	Ποσοστά %	14,3%	28,6%	42,9%	14,3%	100%
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	313
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,106	1	0,293
Τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο						
Προγραμματισμένη	Τιμές	19	5	91	30	145
	Ποσοστά %	13,1%	3,4%	62,8%	20,7%	100%
Μέσω των Πρώτων Βοηθειών	Τιμές	22	6	85	34	147
	Ποσοστά %	15,0%	4,1%	57,8%	23,1%	100%
Μεταφορά από άλλο νοσοκομείο/ κλινική	Τιμές	8	1	8	4	21
	Ποσοστά %	38,1%	4,8%	38,1%	19,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	49	12	184	68	313
	Ποσοστά %	15,7%	3,8%	58,8%	21,7%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				9,746	6	,136
Τμήμα εισαγωγής						
Παθολογικός τομέας	Τιμές	21	5	89	36	151
	Ποσοστά %	13,9%	3,3%	58,9%	23,8%	100%
Χειρουργικός τομέας	Τιμές	26	7	95	29	157
	Ποσοστά %	16,6%	4,5%	60,5%	18,5%	100%
Σύνολο	Τιμές	47	12	184	65	308
	Ποσοστά %	15,3%	3,9%	59,7%	21,1%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,699	3	0,637

**Παράρτημα 7** – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής ιατρικής φροντίδας και των ατομικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών ατομικής υγείας των ασθενών.

Φύλο	Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους γιατρούς					Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	17	5	83	37	<b>142</b>
	Ποσοστά %	12,0%	3,5%	58,5%	26,1%	<b>100%</b>
Γυναίκα	Τιμές	16	3	101	50	<b>170</b>
	Ποσοστά %	9,4%	1,8%	59,4%	29,4%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	33	8	184	87	<b>312</b>
	Ποσοστά %	10,6%	2,6%	59,0%	27,9%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,735	3	0,629
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα						
Μέχρι 750	Τιμές	9	3	46	26	<b>84</b>
	Ποσοστά %	10,7%	3,6%	54,8%	31,0%	<b>100%</b>
751 έως 1100	Τιμές	10	0	56	14	<b>80</b>
	Ποσοστά %	12,5%	,0%	70,0%	17,5%	<b>100%</b>
1101 έως 1450	Τιμές	8	3	44	13	<b>68</b>
	Ποσοστά %	11,8%	4,4%	64,7%	19,1%	<b>100%</b>
1451 έως 1800	Τιμές	3	1	16	20	<b>40</b>
	Ποσοστά %	7,5%	2,5%	40,0%	50,0%	<b>100%</b>
1801 έως 2200	Τιμές	1	1	10	12	<b>24</b>
	Ποσοστά %	4,2%	4,2%	41,7%	50,0%	<b>100%</b>
2201 έως 2800	Τιμές	1	0	10	2	<b>13</b>
	Ποσοστά %	7,7%	,0%	76,9%	15,4%	<b>100%</b>
2801 έως 3500	Τιμές	0	0	3	0	<b>3</b>
	Ποσοστά %	,0%	,0%	100,0%	,0%	<b>100%</b>
3501 και άνω	Τιμές	1	0	0	0	<b>1</b>
	Ποσοστά %	100,0%	,0%	,0%	,0%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,885	1	0,347

Επάγγελμα		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους γιατρούς				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Μη εργαζόμενος	Τιμές	11	0	67	25	103
	Ποσοστά %	10,7%	,0%	65,0%	24,3%	100%
Χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	6	2	31	12	51
	Ποσοστά %	11,8%	3,9%	60,8%	23,5%	100%
Μη χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	16	6	87	50	159
	Ποσοστά %	10,1%	3,8%	54,7%	31,4%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	313
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				6,750	6	0,345
Τόπος διαμονής						
Πόλη	Τιμές	25	6	145	71	247
	Ποσοστά %	10,1%	2,4%	58,7%	28,7%	100%
Χωριό	Τιμές	8	2	40	16	66
	Ποσοστά %	12,1%	3,0%	60,6%	24,2%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	313
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,683	3	0,877
Επίπεδο εκπαίδευσης						
Βασική εκπαίδευση	Τιμές	9	2	47	20	78
	Ποσοστά %	11,5%	2,6%	60,3%	25,6%	100%
Ανώτερη εκπαίδευση	Τιμές	12	4	80	37	133
	Ποσοστά %	9,0%	3,0%	60,2%	27,8%	100%
Ανώτατη εκπαίδευση	Τιμές	12	2	58	30	102
	Ποσοστά %	11,8%	2,0%	56,9%	29,4%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	313
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				1,112	6	0,981

Επίπεδο ατομικής υγείας		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους γιατρούς				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Πολύ κακή	Τιμές	1	0	7	3	11
	Ποσοστά %	9,1%	,0%	63,6%	27,3%	100,%
Κακή	Τιμές	0	0	8	2	10
	Ποσοστά %	,0%	,0%	80,0%	20,0%	100%
Μέτρια	Τιμές	9	3	36	21	69
	Ποσοστά %	13,0%	4,3%	52,2%	30,4%	100%
Καλή	Τιμές	17	2	66	22	107
	Ποσοστά %	15,9%	1,9%	61,7%	20,6%	100%
Πολύ καλή	Τιμές	6	2	66	35	109
	Ποσοστά %	5,5%	1,8%	60,6%	32,1%	100%
Δεν ξέρω	Τιμές	0	1	2	4	7
	Ποσοστά %	,0%	14,3%	28,6%	57,1%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	313
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				21,245	15	0,129
Ημέρες νοσηλείας						
1-7	Τιμές	22	4	110	55	191
	Ποσοστά %	11,5%	2,1%	57,6%	28,8%	100%
8-14	Τιμές	8	4	54	18	84
	Ποσοστά %	9,5%	4,8%	64,3%	21,4%	100%
15-21	Τιμές	1	0	14	8	23
	Ποσοστά %	4,3%	,0%	60,9%	34,8%	100%
22-28	Τιμές	1	0	1	1	3
	Ποσοστά %	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100%
29-35	Τιμές	0	0	4	3	7
	Ποσοστά %	,0%	,0%	57,1%	42,9%	100%
60-150	Τιμές	1	0	2	2	5
	Ποσοστά %	20,0%	,0%	40,0%	40,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	313
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	100%
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,520	1	0,471

Φορές νοσηλείας		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους γιατρούς				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Είναι η πρώτη φορά	Τιμές	6	2	58	30	96
	Ποσοστά %	6,3%	2,1%	60,4%	31,3%	100%
1-2 φορές	Τιμές	20	6	73	36	135
	Ποσοστά %	14,8%	4,4%	54,1%	26,7%	100%
3-5 φορές	Τιμές	4	0	38	15	57
	Ποσοστά %	7,0%	,0%	66,7%	26,3%	100%
5 φορές ή περισσότερες	Τιμές	1	0	12	5	18
	Ποσοστά %	5,6%	,0%	66,7%	27,8%	100%
Δεν ξέρω, δεν θυμάμαι	Τιμές	2	0	4	1	7
	Ποσοστά %	28,6%	,0%	57,1%	14,3%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	313
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	100%
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,780	1	0,377

Τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους γιατρούς				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Προγραμματισμένη	Τιμές	12	3	88	42	145
	Ποσοστά %	8,3%	2,1%	60,7%	29,0%	100%
Μέσω των Πρώτων Βοηθειών	Τιμές	18	4	85	40	147
	Ποσοστά %	12,2%	2,7%	57,8%	27,2%	100%
Μεταφορά από άλλο νοσοκομείο/ κλινική	Τιμές	3	1	12	5	21
	Ποσοστά %	14,3%	4,8%	57,1%	23,8%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	313
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,265	6	0,894
Τμήμα εισαγωγής						
Παθολογικός τομέας	Τιμές	17	2	87	45	151
	Ποσοστά %	11,3%	1,3%	57,6%	29,8%	100%
Χειρουργικός τομέας	Τιμές	16	6	96	39	157
	Ποσοστά %	10,2%	3,8%	61,1%	24,8%	100%
Σύνολο	Τιμές	33	8	183	84	308
	Ποσοστά %	10,7%	2,6%	59,4%	27,3%	100%
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,786	3	0,426

Ημέρες ταλαιπωρίας		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους γιατρούς				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Λιγότερο από 1 μήνα	Τιμές	14	5	94	48	<b>161</b>
	Ποσοστά %	8,7%	3,1%	58,4%	29,8%	<b>100%</b>
1-6 μήνες	Τιμές	10	3	36	25	<b>74</b>
	Ποσοστά %	13,5%	4,1%	48,6%	33,8%	<b>100%</b>
Περισσότερο από 6 μήνες, αλλά λιγότερο από 1 χρόνο	Τιμές	3	0	23	7	<b>33</b>
	Ποσοστά %	9,1%	,0%	69,7%	21,2%	<b>100%</b>
12-18 μήνες	Τιμές	1	0	14	2	<b>17</b>
	Ποσοστά %	5,9%	,0%	82,4%	11,8%	<b>100%</b>
Περισσότερο από 18 μήνες	Τιμές	5	0	18	5	<b>28</b>
	Ποσοστά %	17,9%	,0%	64,3%	17,9%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	33	8	185	87	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,5%	2,6%	59,1%	27,8%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,191	1	0,139



**Παράρτημα 8** – Πίνακες συνάφειας μεταξύ της πολύ καλής νοσηλευτικής φροντίδας και των ατομικών χαρακτηριστικών και των χαρακτηριστικών ατομικής υγείας των ασθενών

Φύλο		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους νοσηλευτές/τριες				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Ανδρας	Τιμές	12	3	92	35	142
	Ποσοστά %	8,5%	2,1%	64,8%	24,6%	100%
Γυναίκα	Τιμές	22	3	90	55	170
	Ποσοστά %	12,9%	1,8%	52,9%	32,4%	100%
Σύνολο	Τιμές	34	6	182	90	312
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,3%	28,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				4,935	3	0,177
Μηνιαίο οικογενειακό εισόδημα						
Μέχρι 750	Τιμές	10	2	44	28	84
	Ποσοστά %	11,9%	2,4%	52,4%	33,3%	100%
751 έως 1100	Τιμές	12	1	53	14	80
	Ποσοστά %	15,0%	1,3%	66,3%	17,5%	100%
1101 έως 1450	Τιμές	4	1	45	18	68
	Ποσοστά %	5,9%	1,5%	66,2%	26,5%	100%
1451 έως 1800	Τιμές	4	1	17	18	40
	Ποσοστά %	10,0%	2,5%	42,5%	45,0%	100%
1801 έως 2200	Τιμές	1	1	12	10	24
	Ποσοστά %	4,2%	4,2%	50,0%	41,7%	100%
2201 έως 2800	Τιμές	2	0	9	2	13
	Ποσοστά %	15,4%	,0%	69,2%	15,4%	100%
2801 έως 3500	Τιμές	0	0	3	0	3
	Ποσοστά %	,0%	,0%	100,0%	,0%	100%
3501 και άνω	Τιμές	1	0	0	0	1
	Ποσοστά %	100,0%	,0%	,0%	,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	34	6	183	90	313
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος για τάση				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,244	1	0,621

Επάγγελμα	Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους νοσηλευτές/τριες					Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Μη εργαζόμενος	Τιμές	11	1	65	26	<b>103</b>
	Ποσοστά %	10,7%	1,0%	63,1%	25,2%	<b>100%</b>
Χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	6	1	35	9	<b>51</b>
	Ποσοστά %	11,8%	2,0%	68,6%	17,6%	<b>100%</b>
Μη χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	17	4	83	55	<b>159</b>
	Ποσοστά %	10,7%	2,5%	52,2%	34,6%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100%</b>
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				7,686	6	0,262
Τόπος διαμονής						
Πόλη	Τιμές	28	5	139	75	<b>247</b>
	Ποσοστά %	11,3%	2,0%	56,3%	30,4%	<b>100%</b>
Χωριό	Τιμές	6	1	44	15	<b>66</b>
	Ποσοστά %	9,1%	1,5%	66,7%	22,7%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100%</b>
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,330	3	0,507
Επίπεδο εκπαίδευσης						
Βασική εκπαίδευση	Τιμές	9	1	47	21	<b>78</b>
	Ποσοστά %	11,5%	1,3%	60,3%	26,9%	<b>100%</b>
Ανώτερη εκπαίδευση	Τιμές	12	2	83	36	<b>133</b>
	Ποσοστά %	9,0%	1,5%	62,4%	27,1%	<b>100%</b>
Ανώτατη εκπαίδευση	Τιμές	13	3	53	33	<b>102</b>
	Ποσοστά %	12,7%	2,9%	52,0%	32,4%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100%</b>
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				3,437	6	0,752

Επίπεδο ατομικής υγείας	Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους νοσηλευτές/τριες					Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
<b>Πολύ κακή</b>	Τιμές	0	0	6	5	<b>11</b>
	Ποσοστά %	,0%	,0%	54,5%	45,5%	<b>100%</b>
<b>Κακή</b>	Τιμές	1	0	6	3	<b>10</b>
	Ποσοστά %	10,0%	,0%	60,0%	30,0%	<b>100%</b>
<b>Μέτρια</b>	Τιμές	7	1	41	20	<b>69</b>
	Ποσοστά %	10,1%	1,4%	59,4%	29,0%	<b>100%</b>
<b>Καλή</b>	Τιμές	17	3	68	19	<b>107</b>
	Ποσοστά %	15,9%	2,8%	63,6%	17,8%	<b>100%</b>
<b>Πολύ καλή</b>	Τιμές	9	2	60	38	<b>109</b>
	Ποσοστά %	8,3%	1,8%	55,0%	34,9%	<b>100%</b>
<b>Δεν ξέρω</b>	Τιμές	0	0	2	5	<b>7</b>
	Ποσοστά %	,0%	,0%	28,6%	71,4%	<b>100%</b>
<b>Σύνολο</b>	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100%</b>
<b>Χ<sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας</b>				<b>Τιμή</b>	<b>Βαθμοί ελευθερίας</b>	<b>Τιμή P</b>
				19,449	15	0,194
<b>Ημέρες νοσηλείας</b>						
<b>1-7</b>	Τιμές	19	4	107	61	<b>191</b>
	Ποσοστά %	9,9%	2,1%	56,0%	31,9%	<b>100%</b>
<b>8-14</b>	Τιμές	11	2	56	15	<b>84</b>
	Ποσοστά %	13,1%	2,4%	66,7%	17,9%	<b>100%</b>
<b>15-21</b>	Τιμές	1	0	15	7	<b>23</b>
	Ποσοστά %	4,3%	,0%	65,2%	30,4%	<b>100%</b>
<b>22-28</b>	Τιμές	1	0	1	1	<b>3</b>
	Ποσοστά %	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	<b>100%</b>
<b>29-35</b>	Τιμές	0	0	3	4	<b>7</b>
	Ποσοστά %	,0%	,0%	42,9%	57,1%	<b>100%</b>
<b>60-150</b>	Τιμές	2	0	1	2	<b>5</b>
	Ποσοστά %	40,0%	,0%	20,0%	40,0%	<b>100%</b>
<b>Σύνολο</b>	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100%</b>
<b>Χ<sup>2</sup> έλεγχος για τάση</b>				<b>Τιμή</b>	<b>Βαθμοί ελευθερίας</b>	<b>Τιμή P</b>
				0,142	1	0,707

Τρόπος εισαγωγής στο νοσοκομείο		Πολύ καλό επίπεδο φροντίδας από τους νοσηλευτές/τριες				Σύνολο
		Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Συμφωνώ απόλυτα	
Προγραμματισμένη	Τιμές	14	3	88	40	<b>145</b>
	Ποσοστά %	9,7%	2,1%	60,7%	27,6%	<b>100%</b>
Μέσω των Πρώτων Βοηθειών	Τιμές	17	3	81	46	<b>147</b>
	Ποσοστά %	11,6%	2,0%	55,1%	31,3%	<b>100%</b>
Μεταφορά από άλλο νοσοκομείο/ κλινική	Τιμές	3	0	14	4	<b>21</b>
	Ποσοστά %	14,3%	,0%	66,7%	19,0%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	34	6	183	90	<b>313</b>
	Ποσοστά %	10,9%	1,9%	58,5%	28,8%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				2,655	6	0,851
Τμήμα εισαγωγής						
Παθολογικός τομέας	Τιμές	17	3	86	45	<b>151</b>
	Ποσοστά %	11,3%	2,0%	57,0%	29,8%	<b>100%</b>
Χειρουργικός τομέας	Τιμές	15	3	97	42	<b>157</b>
	Ποσοστά %	9,6%	1,9%	61,8%	26,8%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	32	6	183	87	<b>308</b>
	Ποσοστά %	10,4%	1,9%	59,4%	28,2%	<b>100%</b>
$\chi^2$ έλεγχος ανεξαρτησίας				Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
				0,773	3	0,856

## Παράρτημα 9 – Πληροφόρηση σε θέματα νοσοκομειακής λειτουργίας

Χαρακτηριστικά		Ασθενείς			Επαγγελματίες Υγείας		
		Ναι	Όχι	Δεν θυμάμαι	Πάντα/ Συχνά	Μερικές Φορές/ Σπάνια	Δεν Ξέρω
Χορήγηση βιβλιαρίου πρακτικών παραμονής στο νοσοκομείο	N	15	271	27	27	208	43
	V	4,8%	86,6%	8,6%	9,7%	74,8%	15,5%
Γνώση για τη μη αποκάλυψη της παρουσίας του ασθενή στο νοσοκομείο	N	227	75	11	212	44	22
	V	72,5%	24,0%	3,5%	76,3%	15,8%	7,9%
Ενημέρωση άσκησης θρησκευτικών καθηκόντων	N	41	263	9	113	142	23
	V	13,1%	84,0%	2,9%	40,6%	51,1%	8,3%
Μη εκτεθειμένες οι ιατρικές/νοσηλευτικές πληροφορίες	N	170	105	38	186	87	5
	V	54,3%	33,5%	12,1%	66,9%	31,3%	1,8%
Ενημέρωση για ειδικό γραφείο παραπόνων ή πληροφοριών	N	59	235	19	80	164	34
	V	18,8%	75,1%	6,1%	28,8%	59,0%	12,2%

**Παράρτημα 10 – Ενημέρωση κατά την έξοδο του ασθενή σε σχέση με εκπαίδευση, επάγγελμα και ηλικία**

Εκπαίδευση		Δυνατότητα έκφρασης ικανοποίησης για την παρεχόμενη φροντίδα		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
<b>Βασική</b>	Τιμές	10	62	<b>72</b>
	Ποσοστά %	13,9%	86,1%	<b>100%</b>
<b>Ανώτερη</b>	Τιμές	21	105	<b>126</b>
	Ποσοστά %	16,7%	83,3%	<b>100,</b>
<b>Ανώτατη</b>	Τιμές	14	82	<b>96</b>
	Ποσοστά %	14,6%	85,4%	<b>100%</b>
<b>Σύνολο</b>	Τιμές	45	249	<b>294</b>
	Ποσοστά %	15,3%	84,7%	<b>100%</b>
<b>Χ<sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας</b>		<b>Τιμή</b>	<b>Βαθμοί ελευθερίας</b>	<b>Τιμή P</b>
		0,330	2	0,848
<b>Επάγγελμα</b>				
<b>Μη εργαζόμενος</b>	Τιμές	13	85	<b>98</b>
	Ποσοστά %	13,3%	86,7%	<b>100%</b>
<b>Χειρωνακτικά επαγγέλματα</b>	Τιμές	4	42	<b>46</b>
	Ποσοστά %	8,7%	91,3%	<b>100%</b>
<b>Μη χειρωνακτικά επαγγέλματα</b>	Τιμές	28	122	<b>150</b>
	Ποσοστά %	18,7%	81,3%	<b>100%</b>
<b>Σύνολο</b>	Τιμές	45	249	<b>294</b>
	Ποσοστά %	15,3%	84,7%	<b>100%</b>
<b>Χ<sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας</b>		<b>Τιμή</b>	<b>Βαθμοί ελευθερίας</b>	<b>Τιμή P</b>
		3,172	2	0,205
<b>Ηλικία</b>				
<b>&lt;44,5</b>	Τιμές	25	120	<b>145</b>
	Ποσοστά %	17,2%	82,8%	<b>100%</b>
<b>&gt;44,5</b>	Τιμές	20	129	<b>149</b>
	Ποσοστά %	13,4%	86,6%	<b>100%</b>
<b>Σύνολο</b>	Τιμές	45	249	<b>294</b>
	Ποσοστά %	15,3%	84,7%	<b>100%</b>
<b>Χ<sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας</b>		<b>Τιμή</b>	<b>Βαθμοί ελευθερίας</b>	<b>Τιμή P</b>
		0,827	1	0,363

Εκπαίδευση		Ενημέρωση για τα συμπτώματα υποτροπής της υγείας		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Βασική	Τιμές	57	13	<b>70</b>
	Ποσοστά %	81,4%	18,6%	<b>100%</b>
Ανώτερη	Τιμές	108	17	<b>125</b>
	Ποσοστά %	86,4%	13,6%	<b>100%</b>
Ανώτατη	Τιμές	83	15	<b>98</b>
	Ποσοστά %	84,7%	15,3%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	248	45	<b>293</b>
	Ποσοστά %	84,6%	15,4%	<b>100%</b>
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας		Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
		0,853	2	0,653
<b>Επάγγελμα</b>				
Μη εργαζόμενος	Τιμές	80	17	<b>97</b>
	Ποσοστά %	82,5%	17,5%	<b>100%</b>
Χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	40	7	<b>47</b>
	Ποσοστά %	85,1%	14,9%	<b>100%</b>
Μη χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	128	21	<b>149</b>
	Ποσοστά %	85,9%	14,1%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	248	45	<b>293</b>
	Ποσοστά %	84,6%	15,4%	<b>100%</b>
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας		Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
		0,542	2	0,763
<b>Ηλικία</b>				
<44,5	Τιμές	120	23	<b>143</b>
	Ποσοστά %	83,9%	16,1%	<b>100%</b>
>44,5	Τιμές	128	22	<b>150</b>
	Ποσοστά %	85,3%	14,7%	<b>100%</b>
Σύνολο	Τιμές	248	45	<b>293</b>
	Ποσοστά %	84,6%	15,4%	<b>100%</b>
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας		Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
		0,113	1	0,737

Εκπαίδευση		Σαφής πληροφόρηση για την συμμετοχή σε δραστηριότητες		Σύνολο
		Ναι	Όχι	
Βασική	Τιμές	63	8	71
	Ποσοστά %	88,7%	11,3%	100%
Ανώτερη	Τιμές	118	11	129
	Ποσοστά %	91,5%	8,5%	100%
Ανώτατη	Τιμές	89	11	100
	Ποσοστά %	89,0%	11,0%	100%
Σύνολο	Τιμές	270	30	300
	Ποσοστά %	90,0%	10,0%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας		Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
		0,549	2	0,760
<b>Επάγγελμα</b>				
Μη εργαζόμενος	Τιμές	87	11	98
	Ποσοστά %	88,8%	11,2%	100%
Χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	43	5	48
	Ποσοστά %	89,6%	10,4%	100%
Μη χειρωνακτικά επαγγέλματα	Τιμές	140	14	154
	Ποσοστά %	90,9%	9,1%	100%
Σύνολο	Τιμές	270	30	300
	Ποσοστά %	90,0%	10,0%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας		Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
		0,314	2	0,855
<b>Ηλικία</b>				
<44,5	Τιμές	133	14	147
	Ποσοστά %	90,5%	9,5%	100%
>44,5	Τιμές	137	16	153
	Ποσοστά %	89,5%	10,5%	100%
Σύνολο	Τιμές	270	30	300
	Ποσοστά %	90,0%	10,0%	100%
Χ <sup>2</sup> έλεγχος ανεξαρτησίας		Τιμή	Βαθμοί ελευθερίας	Τιμή P
		0,073	1	0,788



**Παράρτημα 11 – Έλεγχος καλής προσαρμογής των δεδομένων στην κανονική κατανομή**

	Δείγμα	Kolmogorov-Smirnov			Shapiro-Wilk		
		Τιμή ελέγχου	Βαθμοί ελευθερίας	Κρίσιμη τιμή	Τιμή ελέγχου	Βαθμοί ελευθερίας	Κρίσιμη τιμή
Μέσο σκορ ενημέρωσης για την κατάσταση υγείας	Επαγγελματίες υγείας	,082	278	,000	,955	278	,000
	Ασθενείς	,082	313	,000	,954	313	,000
Μέσο σκορ διερεύνησης προβλημάτων κατά την παραμονή των ασθενών στο νοσοκομείο	Επαγγελματίες υγείας	,136	278	,000	,925	278	,000
	Ασθενείς	,151	313	,000	,960	313	,000
Μέσο σκορ επαγγελματική συμπεριφορά και σεβασμός στην προσωπικότητα του ασθενή	Επαγγελματίες υγείας	,125	278	,000	,973	278	,000
	Ασθενείς	,136	313	,000	,965	313	,000