



ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ
ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ

Η ικανοποίηση του χειρουργικού ασθενούς
στο Γενικό Νοσοκομείο –Κέντρο Υγείας Λήμνου
Δείκτης ποιότητας νοσηλευτικής φροντίδας

Χατζηαντωνάκη Σοφία

Επιβλέπων Καθηγητής

κ. Μιχαήλ Τάλιας

Ιανουάριος, 2015

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΛΗΨΗ	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	5
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΚΗ ΑΝΑΣΚΟΠΗΣΗ	
1.1. Η έννοια της ποιότητας	7
1.1.1. Η έννοια της ποιότητας στην υγεία	11
1.1.2. Μέτρηση της ποιότητας	13
1.2. Η ικανοποίηση των ασθενών	14
1.2.1. Μέτρηση της ικανοποίησης	15
1.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της Ικανοποίησης	18
1.3. Ο κλάδος της υγείας	21
1.3.1. Η διοίκηση της Ολικής ποιότητας	22
1.3.2. Η ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας	24
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΕΡΕΥΝΑ	
2.1. Μεθοδολογία της έρευνας	26
2.2. Σκοπός και σημασία της έρευνας	26
2.3. Παρουσίαση της έρευνας	27
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	38
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ	40

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Όταν ο άνθρωπος ασθενήσει και νοσηλευτεί, τότε η παροχή της φροντίδας θα πρέπει να ανταποκριθεί σε μεγάλο ποσοστό στις ανάγκες του. Οι εν λόγω ανάγκες των ασθενών είναι ποικίλες και εξαρτώνται από διάφορους παράγοντες, όπως για παράδειγμα οι ιδιαιτερότητες της ασθένειάς τους, ο τρόπος χειρισμού της ασθένειας, οι ποικίλες ανάγκες που είχε ο εκάστοτε ασθενής όταν ήταν υγιής. Οι ανάγκες αποτελούν τα μέσα για την επίτευξη σημαντικών σκοπών (Willard L.D.,1982).

Πλέον στις μέρες μας κρίνεται αναγκαία και αναπόφευκτη η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών με απώτερο σκοπό την διεξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας στα νοσοκομεία.

Λέξεις κλειδιά: Νοσηλευτική φροντίδα, υπηρεσίες υγείας, ικανοποίηση ασθενών, ποιότητα υγείας, διοίκηση ολικής ποιότητας.

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Με το πέρασμα των χρόνων, άρχισε να γίνεται αισθητή στα συστήματα υγείας η συμβολή των σημαντικών παραγόντων που τα επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό, οι οποίοι είναι το αυξανόμενο κόστος παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας, η απαίτηση των ενδιαφερομένων ατόμων και κοινωνιών για ισότιμη παροχή αυτών των υπηρεσιών και η ενσωμάτωση της νέας τεχνολογίας στα συστήματα υγείας με στόχο την προσφορά καλύτερων αποτελεσμάτων (Σιγάλας Ι., 1999).

Θα πρέπει να σημειώσουμε σε αυτό το σημείο ότι είναι αναγκαίο να προσμετρήσουμε την αποτελεσματικότητα της παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας, εξαιτίας των συνεχών αλλαγών των συστημάτων υγείας και της τεχνολογίας, για να διαπιστώσουμε αν η αξιοποίηση των διαθέσιμων εν λόγω πόρων γίνεται με σωστό και δίκαιο τρόπο. Ένα σημαντικό μέτρο της αποτελεσματικότητας της παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας είναι η ικανοποίηση των ασθενών, (Fitzpatrick R., 1991). Επίσης, ο Cleary υποστηρίζει ότι ως σημαντικός δείκτης αξιολόγησης της ποιότητας της παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας εμφανίζεται η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών (Cleary P.D., 1997). Επομένως, διαπιστώνεται ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί ένα σημαντικό ποιοτικό δείκτη (Παπανικολάου Β., 2007).

Αν και τα τελευταία χρόνια, στα συστήματα υγείας εμφανίζονται τεχνολογικά πολύπλοκες θεραπείες και ιδιαίτερα τυγχάνουν θεραπευτικής αγωγής από εξειδικευμένο επαγγελματικό προσωπικό, παρόλα αυτά οι ασθενείς θεωρούν ότι δεν τους προσφέρονται οι απαραίτητες παροχές υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας (Meterko, M., 1990). Από τα ανωτέρω γίνεται αντιληπτό ότι κρίνεται αναγκαία η μέτρηση της επίδρασης των συνεχών αλλαγών στα συστήματα υγείας και στις σχετικές παροχές τους σε περίθαλψη και υγεία (Joy L., 1992) και σημαντικός δείκτης για την μέτρηση αυτή αποτελεί η πληροφορία που δίνει ο ίδιος ο ασθενής, (Donabedian, A. 1982). Από την πλευρά του ασθενή δίδεται σωστή πληροφόρηση για τυχόν προβλήματα που μπορεί να επικρατούν στα συστήματα υγείας και αν οι παροχές υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας γίνεται με σωστό και δίκαιο τρόπο και με αυτό τον τρόπο η συμβολή τους είναι σημαντική για την βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας (Παπανικολάου Β., 2007) . Με λίγα λόγια, διαπιστώνεται ότι σημαντικό

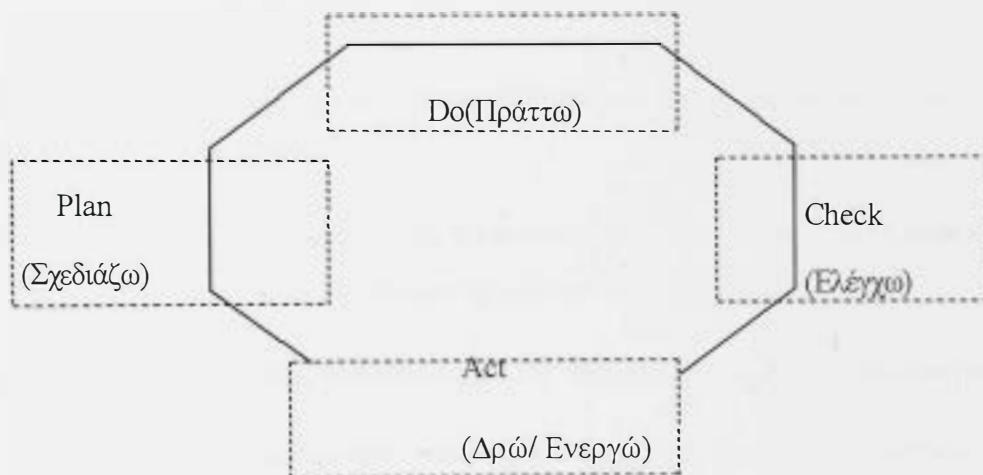
εργαλείο αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών από τις παροχές υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας και η χρήση του αποσκοπεί για να γίνει αντιληπτή η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας και ιδιαίτερα το σημαντικό ρόλο των συνεχών αλλαγών στη διαδικασία λειτουργίας στα συστήματα υγείας. Είναι παράλογο να μην ζητείται η γνώμη των ασθενών, δηλαδή των καταναλωτών υπηρεσιών υγείας, όταν μάλιστα τη σημερινή εποχή δημοσιοποιείται συνεχώς η γνώμη τους με κύριο σκοπό την σχετική βελτίωσή τους (Μερκούρης Α., 2001).

Η παρούσα μελέτη αναφέρεται στο Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου, το οποίο το 2011 σύμφωνα με την δημοσίευση του ΦΕΚ 1681/28-7-2011 διασυνδέθηκε με το Γενικό Νοσοκομείο Μυτιλήνης «ΒΟΣΤΑΝΕΙΟ» με ογδόντα κλίνες. Αυτή την εποχή, η ανάπτυξη του Γενικού Νοσοκομείου είναι διαρκώς εξελισσόμενη με ιατροτεχνολογικό εξοπλισμό και νέα Ιατρικά Τμήματα. Η εργασία έχει σκοπό την διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών του Γενικού Νοσοκομείου από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας και την διατύπωση σχετικών προτάσεων επίλυσης των προβλημάτων που αντιμετωπίζουν.

Οι επιμέρους στόχοι της εν λόγω εργασίας είναι πρώτον, η έκφραση σημαντικών προτάσεων, που προκύπτουν από σχετική έρευνα, και δεύτερον, η παρουσία των προτάσεων αυτών για τη βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας. Όλες αυτές οι κινήσεις συντελούν στην πρόληψη και στη λήψη διορθωτικών μέτρων από το διοικητικό προσωπικό του εκάστοτε νοσοκομείου.

1.1.Η έννοια της ποιότητας

Κατά τη δεκαετία του '50 εμφανίστηκε η έννοια της ποιότητας στο χώρο της βιομηχανίας και στα πλαίσια της παραγωγής της. Έκανε αισθητή την παρουσία της στην Ιαπωνία, καθώς γινόταν προσπάθεια μετά το δεύτερο παγκόσμιο πόλεμο να γίνουν αλλαγές στις παραδοσιακές παραγωγικές διαδικασίες. Ο Αμερικανός στατιστικός Edwards Deming συμμετείχε σε αυτή τη διαδικασία (Τούντας Γ., 2003) και πρότεινε σημαντικές λύσεις που στηρίζονταν ιδιαίτερα στην αναγκαιότητα των συνεχών αλλαγών στην βελτίωση των προϊόντων και των υπηρεσιών (Deming W.E., 1986). Παρακάτω παρουσιάζεται ο «κύκλος του Deming», έναν από τους σημαντικούς κύκλους ποιότητας (Τούντας Γ., 2008).



Σχήμα 1: Ο κύκλος του Deming

Πηγή: Deming (1986)

Σχετικές απόψεις εξέφρασε και ο Joseph M. Juran, ο οποίος παρουσίασε και τις έννοιες: ποιοτικός σχεδιασμός, ποιοτικός έλεγχος και ποιοτική βελτίωση, με δέκα βήματα που οδηγούν στην βελτίωση της ποιότητας και εμφανίζοντας το σχετικό εγχειρίδιο του ποιοτικού ελέγχου (Juran, 1988). Λογικό ήταν εν συνεχεία η έννοια της ποιότητας να εμφανιστεί και στις υπηρεσίες και να ταυτίζεται ιδιαίτερα με τις δυνατότητες πρόσβασης, τις ετοιμότητες παροχής και τις συνεχείς υποστηρίξεις (Σιγάλας Ι., 1999). Έχουν γίνει ποικίλες προσπάθειες για τον προσδιορισμό του ορισμού της ποιότητας. Είτε, ο σχετικός ορισμός παρουσιάζεται ως σύντομος όπως για παράδειγμα ότι ποιότητα αποτελεί ιδιαίτερες συμμορφώσεις με απαιτήσεις και προδιαγραφές, είτε εμφανίζεται ως σύνθετος, όπως για παράδειγμα ο ορισμός που έδωσε η Αμερικανική Ένωση Ποιοτικού Ελέγχου, η οποία όρισε την έννοια της ποιότητας ως τα χαρακτηριστικά ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που έχουν σημαντική επίδραση στην ιδιαιτερότητά και την ικανότητά να φέρνει σε σχετική ικανοποίηση τις επιμέρους ανάγκες (Bicking C., 1979). Επίσης, ορισμός για την ποιότητα δόθηκε και από τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης, καθώς θεώρησε ως ποιότητα εκείνο τον βαθμό, σύμφωνα με τον οποίο εγγενή χαρακτηριστικά πληρούν σχετικές απαιτήσεις (Kotler P., 2003).

Ένας ορισμός που δόθηκε για τη ποιότητα σε γενικό επίπεδο ήταν το 2004 από τον Onvretveit, ο οποίος υποστήριξε ότι στον ορισμό για την ποιότητα θα πρέπει να αναφερθούν και οι παρακάτω έννοιες (Onvretveit J., 2004):

A) ένας ορισμός σε επαγγελματικό επίπεδο που να αφορά τις ανάγκες του πελάτη και στη συγκεκριμένη περίπτωση του ασθενή

B) ένας συγκεκριμένος βαθμός που θα αναφέρεται στην κάλυψη και την ικανοποίηση των αναγκών του πελάτη σύμφωνα με τις υπηρεσίες που του προσφέρονται

Γ) η έκφραση της άποψης του πελάτη για την ικανοποίηση των εν λόγω αναγκών του.

Σαν τελικό ορισμό αναφέρει ότι η ποιότητα εκφράζει τη σχετική ικανοποίηση των αναγκών και απαιτήσεων των πελατών στο χαμηλότερο δυνατό κόστος. Σε αυτό τον ορισμό συμπεριλαμβάνονται τα παρακάτω:

1. Η ποιότητα με βάση τον πελάτη

Τα μεγέθη μέτρησης που χρησιμοποιούνται είναι τα παράπονα των πελατών, η ικανοποίηση τους αλλά και ο βαθμός ανταπόκρισης του προϊόντων και των υπηρεσιών σύμφωνα με τις απαιτήσεις των πελατών.

2. Η επαγγελματική ποιότητα

Τα μεγέθη μέτρησης αποτελούν τα μεγέθη ικανοποίησης των αναγκών των πελατών από τις υπηρεσίες και τα προϊόντα σύμφωνα με τα δεδομένα που ισχύουν σε επαγγελματικό επίπεδο δηλαδή αν το εν λόγω προϊόν ή η υπηρεσία ικανοποιεί τους πελάτες.

3. Η ποιότητα των διαδικασιών

Τα μεγέθη μέτρησης αποτελούν η λειτουργία και ο σχεδιασμός των προϊόντων αλλά και των υπηρεσιών με το πιο αποτελεσματικό δυνατό τρόπο ικανοποίησης που να εκπληρώνει τις απαιτήσεις των εν λόγω πελατών.

Ο Brook εξέφρασε την άποψη ότι στην έννοια της ποιότητας μπορούμε να συναντήσουμε δύο σημαντικές πλευρές: την ποιότητα του σχεδιασμού και την ποιότητα των συμφωνιών για τον σχεδιασμό, που αναφέρεται στο βαθμό ικανοποίησης των πελατών από τα σχετικά προϊόντα και τις υπηρεσίες που έλαβαν (Brook C., 1999). Ως προσανατολισμός για την ποιότητα χρησιμοποιείται η ικανοποίηση του πελάτη. Στην αρχή σημαντική εμφάνιση έκανε η μορφή του Ελέγχου Ποιότητας (QC, Quality Control), που αφορά στον έλεγχο των υπηρεσιών και των προϊόντων. Λέγοντας έλεγχο ποιότητας γίνεται αναφορά στις συστηματικές προσπάθειες που σκοπό έχουν να εντοπίζουν τα προβλήματα ποιότητας στο τομέα παροχής υπηρεσιών υγείας και να πραγματοποιηεί κατάλληλους προγραμματισμούς για να τα επιλύσει αλλά και να τα ξεπεράσει χωρίς να δημιουργηθούν νέα προβλήματα. Παρουσιάζεται με έναν ιδιαίτερο τρόπο η έννοια της ποιότητας στα συστήματα υγείας, γεγονός που εμφανίζεται με ποικίλους τρόπους στους σχετικούς ορισμούς που έχουν δοθεί, τόσο στο παρελθόν όσο και στο παρόν λόγω των σχετικών εμπειριών (Ραφτόπουλος Β., 2003). Θα πρέπει σε αυτό το σημείο να διευκρινίσουμε ότι δεν υπάρχει κάποιος συγκεκριμένος ορισμός ποιότητας στην υγεία, καθώς είναι δύσκολο να οριστεί και να δοθεί μια συγκεκριμένη απάντηση που να τεκμηριώνει τον καθορισμό της (Θεοδώρου Μ., 1992).

Παρόλα αυτά, εμφανίστηκε σημαντικός περιορισμός σε ιδιαίτερους τομείς για τον έλεγχο ποιότητας και με αποτέλεσμα να γίνει αναγκαία η παρουσία της Διασφάλισης της Ποιότητας (QA, Quality Assurance), που αφορούσε μια γενικότερη προσέγγιση του θέματος και αποτελεί προέκταση του ελέγχου ποιότητας. Τις τελευταίες δεκαετίες, η συγκεκριμένη έννοια παρουσιάζεται σε αρκετές βιβλιογραφικές αναφορές αλλά και σχετικές έρευνες πάνω σε θέματα που αφορούσαν την έννοια της ποιότητας. Ο όρος διασφάλιση της ποιότητας αναφέρεται στις συστηματικές προγραμματισμένες ενέργειες αλλά και διαδικασίες, που κρίνονται αναγκαίες έτσι ώστε μία

υπηρεσία ή ένα προϊόν βασίζεται σε συγκεκριμένες προδιαγραφές (Τσιότρας Γ., 1995). Ο βασικός στόχος της εν λόγω περίπτωσης είναι η απομάκρυνση των λαθών και η εξασφάλιση των ποιοτικών κριτηρίων στα στάδια παραγωγής των προϊόντων και υπηρεσιών αλλά και στη σχετική διάθεση τους στους πελάτες (Σιγάλας Ι., 1999). Η εν λόγω δραστηριότητα πια εμφανίστηκε με το νέο όρο Διοίκηση Ποιότητας (QM, Quality Management), καθώς κρίθηκε αναγκαία η ένταξή της σε νεότερες μορφές διοίκησης της σύγχρονης εποχής. Ο βασικός σκοπός και ρόλος της είναι η επίτευξη της μεγαλύτερης δυνατής βελτίωσης της παραγωγικής διαδικασίας των προϊόντων αλλά και των σχετικών υπηρεσιών.

Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα ενός οργανισμού δεν αποτελεί πια τόσο το κόστος των υπηρεσιών ή των προϊόντων, όσο η ποιότητα αυτών, γεγονός που ενισχύει τον ανταγωνισμό. Επομένως, η ποιότητα θεωρείται ως το βασικότερο πλεονέκτημα για την ολοένα αυξανόμενη ανταγωνιστικότητα, που θα οδηγήσει στην επιβίωση του οποιουδήποτε οργανισμού, όταν μάλιστα δραστηριοποιείται είτε σε διεθνές, είτε σε τοπικό επίπεδο. Όταν ένας οργανισμός αντιληφθεί κατά μεγάλο ποσοστό την έννοια της ποιότητας και την εντάξει στην φιλοσοφία του, τότε θα αποτελέσει σημαντική επιτυχία, καθώς θα έχει κατανοήσει απόλυτα τις ανάγκες και τις επιθυμίες του καταναλωτή. Τη σημερινή εποχή, βασικές υπηρεσίες υγείας αποτελούν τα νοσοκομεία και για αυτό το λόγο είναι σημαντικό να έχουν στη διάθεσή τους ένα ικανοποιητικό σύστημα διοίκησης της ποιότητας, το οποίο να βασίζεται σε ειδικούς μηχανισμούς που να βελτιώνουν την ποιότητα πριν, μετά αλλά και κατά τη διάρκεια των παροχών υπηρεσιών της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Για να επιτευχθεί, όμως, ο ανώτερος στόχος θα πρέπει να πραγματοποιείται συλλογή των σχετικών πληροφοριών για την παρακολούθηση, την αξιολόγηση αλλά και την ανάλογη καταγραφή των εν λόγω υπηρεσιών που προσφέρονται. Μικρό ποσοστό των νοσοκομείων σε διεθνή επίπεδο πραγματοποιούν την παραπάνω διαδικασία με σχετικά συστηματικό τρόπο. Αυτή η διαδικασία βασίζεται σε διάφορες συνιστώσες, οι οποίες είναι οι εξής: ο σκοπός, η διαθεσιμότητα, η αποτελεσματικότητα αλλά και η πραγματοποίηση της βελτίωσης της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών (Σιγάλας Ι., 1999).

1.1.1. Η έννοια της ποιότητας στην υγεία

Τα τελευταία χρόνια, η έννοια της ποιότητας εισχώρησε και στα συστήματα υγείας. Από τα παραπάνω γίνεται αντιληπτό ότι η έννοια της ποιότητας στην βιομηχανία ταυτίζεται με την άριστη παραγωγή των προϊόντων, χωρίς ελαττωματικές προδιαγραφές. Στα συστήματα υγείας εμφανίζεται με διαφορετικό τρόπο, καθώς παρουσιάζονται διαφορετικοί τρόποι και παράγοντες που επηρεάζουν τις μεθόδους θεραπείας των ασθενών. Βασικός σκοπός της βιομηχανίας είναι η ύπαρξη μηδενικού ελαττώματος ενώ βασικός σκοπός στα συστήματα υγείας είναι η άριστη παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας στους ασθενείς. Η επίτευξη μηδενικής απόκλισης στην παραγωγική διαδικασία ενός προϊόντος στη βιομηχανία είναι ευκολότερη σε σχέση με την επίτευξη άριστης παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας και μείωσης ελαττωματικών πρακτικών (Τούντας, Γ., 2003α).

Μια σημαντική προσέγγιση του ορισμού πραγματοποιήθηκε το 1980 από τον Donabedian και στηρίχτηκε στην άποψη ότι αποτελεί εκείνο το είδος της φροντίδας που μεγιστοποιεί την ευημερία των ασθενών, έχοντας υπόψη την ισορροπία των απωλειών και των ωφελειών (Donabedian, A., 1980). Επίσης, υποστήριξε ότι η ποιότητα της περίθαλψης περιγράφεται με την χρήση των ομόκεντρων κύκλων. Ως βάση αξιολόγησης της ποιότητας της περίθαλψης αποτελεί το αποτέλεσμα, το οποίο προσδιορίζει τη γενικότερη συμμετοχή του ασθενή με τη συμβολή των προτιμήσεων τους και των κοινωνικών-πολιτιστικών πεποιθήσεων. Επιπλέον, ο Donabedian, το 1990 με ένα σχετικό του άρθρο με την ονομασία «Οι επτά στυλοβάτες της ποιότητας» (Donabedian, A., 1990), παρουσιάζει τα επτά βήματα που θα πρέπει να στηριχτούν τα συστήματα υγείας και αυτά καθορίζουν την ποιότητα της υγείας και της περίθαλψης.

Συγκεκριμένα, είναι τα εξής:

1. Η κλινική αποτελεσματικότητα
2. Η γενικότερη αποτελεσματικότητα
3. Η αποδοτικότητα
4. Η βελτιστότητα
5. Η αποδεκτικότητα
6. Η νομιμότητα
7. Η δίκαιη κατανομή ωφελειών.

Τα συστήματα υγείας ως προς την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας εμφανίζει τρεις σημαντικές πλευρές:

A. Τεχνικό μέρος:

κατά το οποίο για την καλύτερη περίθαλψη του ασθενή εφαρμόζεται η τεχνολογία και η ιατρική επιστήμη αλλά και των γενικότερων συστημάτων και επιστημών υγείας.

B. Διαπροσωπικό μέρος:

σε αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει η παρουσία των ιατρών και των υπόλοιπων επαγγελματιών υγείας στη ψυχολογική διάθεση των ασθενών. Η συμπεριφορά των ιατρών και των επαγγελματιών υγείας επηρεάζονται σε σημαντικό βαθμό από τα ήθη της κοινωνίας, τον επαγγελματισμό των ιατρών και των υπολοίπων επαγγελματιών υγείας αλλά βασικά και από τις απαιτήσεις των ασθενών.

Γ. Υποδομή ως ξενοδοχειακή:

σε αυτή την περίπτωση σημαντικό ρόλο παίζει, για την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας αλλά και γενικότερα για την ποιότητα τους, οι συνθήκες και το σχετικό περιβάλλον, προσφέροντας καλύτερες συνθήκες περίθαλψης και θεραπείας μέσα στο συγκεκριμένο χώρο περίθαλψης.

Δόθηκαν αρκετοί ορισμοί για την ποιότητα στην υγεία, χαρακτηριστικά αναφέρουμε τον ορισμό που δόθηκε από τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (1993). Αναφέρει ότι η ποιότητα υγείας συμπεριλαμβάνει κινήσεις διαγνωστικές και θεραπευτικές που δίνουν την δυνατότητα στη σύγχρονη επιστήμη να πραγματοποιήσει το καλύτερο δυνατό αποτέλεσμα με ελάχιστους κινδύνους και με επίτευξη της μέγιστης ικανοποίησης των ασθενών (Τούντας, Γ., 2008). Επίσης, το Ινστιτούτο Ιατρικής της Αμερικανικής Ακαδημίας προσδιορίζει την ποιότητα όσον αφορά την υγεία εκείνο το επίπεδο κατά το οποίο οι υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας μεγιστοποιούν τις πιθανότητες για τα επιθυμητά αποτελέσματα για τους ανθρώπους αλλά και τις επαγγελματικές γνώσεις (Nelson, A.R., 1996) .

Με λίγα λόγια, θα μπορούσαμε να αναφέρουμε ότι η ποιότητα στην υγεία προσδιορίζεται σε σημαντικό βαθμό από τις παροχές υπηρεσιών που είναι ιδιαίτερα αναγκαίες και αποτελεσματικές, από την τελική ικανοποίηση των ασθενών και επιπλέον με τους ελέγχους στο κόστος. Προσδιοριστικοί παράγοντες για την αξιολόγηση της ποιότητας στην υγεία και στην φροντίδα αποτελούν οι ποικίλες αξιολογήσεις και τα αποτελέσματα, λαμβάνοντας ως κύρια βάση τον ασθενή και το κλινικό επίπεδο (Crow R., 2007)

Οι αξιολογήσεις αυτές επικεντρώνονται ως ακολούθως (Virgo, K.S, 2007):

α) στη δομή (π.χ. επάρκεια υλικών, προσωπικού και εγκαταστάσεων)

β) στη διαδικασία (π.χ. τρόπων βελτίωσης αποδοτικότητας και παροχής φροντίδας)

γ) στα επιθυμητά αποτελέσματα για τους χρήστες (π.χ. μεταβολές στην κατάσταση υγείας του, ο βαθμός ενημέρωσης, η ικανοποίηση, διάρκεια παραμονής, δείκτες επιπλοκών και δείκτες θνησιμότητας).

Μια ιδιαίτερη περίπτωση υπηρεσιών αποτελούν οι υπηρεσίες περιθαλψής και υγείας, καθώς δεν αποτελεί σύνδεση με την αγορά ενός προϊόντος ή με την επιστροφή του σε μια επιχείρηση, αλλά περιλαμβάνουν αρκετές διαδικασίες με βασικό στόχο τις ιδιαίτερες εμπειρίες από την παροχή υγείας που προσφέρεται (Σιγάλας, Ι., 1999).

1.1.2. Μέτρηση της ποιότητας

Οι προβληματικές διαδικασίες στα νοσοκομεία μπορούν να αναδειχτούν μέσα από την χρήση των δεικτών μέτρησης της ποιότητας κατά τη διάρκεια της εισαγωγής των ασθενών, της νοσηλείας τους αλλά της φροντίδας που δέχονται μετά την έξοδό τους από το νοσοκομείο. Η Palmer, το 1991, θεώρησε ότι η μέτρηση αποτελεί την απόδοση μιας ποσότητας σε ένα φαινόμενο με τη συλλογή παρατηρήσεων και τη σύγκριση των στοιχείων που παρατηρήθηκαν σε αντικειμενικά κριτήρια. Επομένως, καθώς η ποιότητα αποτελεί τον βαθμό τελειότητας των υπηρεσιών υγείας και φροντίδας, η απόκλιση της από τον εν λόγω βαθμό αποτελεί μέτρηση της ποιότητας. Τις περισσότερες φορές αναφέρεται ως αποτίμηση της ποιότητας, όπου χαρακτηριστικά η τελειότητα ή τα αντικειμενικά κριτήρια αποτελούν τα πρότυπα, ενώ τα πρωτόκολλα και οι οδηγίες αποτελούν το μέτρο σύγκρισης με την σημερινή πραγματικότητα, καθώς γίνεται καταγραφή της στους δείκτες ή στα αποτελέσματα ανάλογων μετρήσεων, έτσι ώστε μνα διακρίνονται τυχόν λάθη και σχετικές βελτιώσεις (Τούντας, Γ., 2003).

Η μέτρηση της ποιότητας θέτει τις εξής προϋποθέσεις (Οικονομοπούλου Χ., 2002):

-Τα δεδομένα:

Η αρχή της εν λόγω μέτρησης βασίζεται στα λεγόμενα δεδομένα και ο καθορισμός τους ως προς τη χρήση τους πραγματοποιείται από τις εκάστοτε συνθήκες που επικρατούν.

-Τα πρότυπα:

Τα πρότυπα αποτελούν τους αποδεκτούς βαθμούς απόκλισης από ένα κριτήριο ή έναν κανόνα. Ο καθορισμός του βαθμού απόκλισης καθορίζεται από τις αντίστοιχες επαγγελματικές ενώσεις.

-Τα κριτήρια:

Αποτελούν στοιχεία προκαθορισμένα και συστατικά της ποιότητας. Με την χρήση αυτών δίδεται η δυνατότητα σύγκρισης διάφορων όψεων της ποιότητας των ιατρικών υπηρεσιών.

Η μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (service quality, SERVQUAL) πραγματοποιείται με τη σύγκριση των αντιλήψεων με τις προσδοκίες και ο ορισμός της δίδεται ως η διαφορά μεταξύ των εν λόγω αντιλήψεων και προσδοκιών. Η μέτρηση αυτή (SERVQUAL) είναι ένα σημαντικό εργαλείο ανάλυσης και μια μεθοδολογία για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα πρέπει να προσφέρει ο οργανισμός στους χρήστες του, με τέτοιο τρόπο που οι χρήστες να είναι ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες φροντίδας (Κωσταγιόλας Π.Α., 2006)

1.2. Η ικανοποίηση των ασθενών

Η πρώτη επαφή με την αξιολόγηση για την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας αλλά και οι πρώτες προσπάθειες πραγματοποιήθηκαν στην Αμερική, περίπου το 1956 (Abdellah F.G., 1957). Τα τελευταία χρόνια, έχει πια γίνει κατανοητό πια ότι η ικανοποίηση του ασθενή συντελεί αναγκαία υποχρέωση σε ηθικό και νομικό επίπεδο και θεωρείται ένας αναγκαίος και σημαντικός δείκτης για να μπορέσει να καθοριστεί και να αξιολογηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας (Johansson P., 2002).

Θα πρέπει να αναφερθεί σε αυτό το σημείο ότι ως ικανοποίηση από τον ασθενή λαμβάνεται η άποψή του για την ποιότητα από την εν λόγω φροντίδα που αποδέχεται και αποδίδει κάποιες αξίες και προσδοκίες που θα πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψη. Επομένως, θα μπορούσαμε να πούμε ότι ο εξατομικευμένος ορισμός για την ποιότητα αποτελεί η ικανοποίηση, που έρχεται σε αντίθεση με τον απόλυτο και κοινωνικό ορισμό της. Η ικανοποίηση για τους ασθενείς αποτελεί η συνοχή που υπάρχει ανάμεσα στις προσδοκίες τους για την απόλυτη και ιδανική φροντίδα που τους παρέχεται και των σκέψεων τους για το επίπεδο φροντίδας που πραγματικά λαμβάνουν (Risser H.L., 1975). Βέβαια, η σχέση αυτών των δύο συνθηκών, δηλαδή της ικανοποίησης και των προσδοκιών των ασθενών είναι αρκετά δύσκολο να προσδιοριστεί και για αυτό το λόγο η διαφορά του βαθμού μεταξύ των προσδοκιών και της ικανοποίησης του εκάστοτε ασθενούς αποτελεί μια βασική παράμετρος μέτρησης (Tavana M., 2003).

Θα μπορούσαμε να ορίσουμε ως ικανοποίηση για τον ασθενή την προσωπική του εκτίμηση που έχει για τις υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας που του προσφέρονται, τους επαγγελματίες υγείας αλλά και για τον τρόπο που τους προσφέρονται οι εν λόγω υπηρεσίες. Οι επαγγελματίες θα πρέπει να έχουν και να λαμβάνουν σε σημαντικό βαθμό υπόψη τους τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών, καθώς με αυτό τον τρόπο διευκολύνεται ο προσδιορισμός του τρόπου παροχής υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας. Οι οργανισμοί που προσφέρουν αυτές τις συγκεκριμένες υπηρεσίες λαμβάνουν τα παραπάνω ως πληροφορίες, με αποτέλεσμα να ανασυγκροτούν τις υπηρεσίες που προσφέρουν με ιδιαίτερους τρόπους που θα μεγιστοποιούν σε σημαντικό βαθμό τις προτιμήσεις και τις προσδοκίες των ασθενών (Sansgiry S., 2005).

Σημαντικό κριτήριο για τις υπηρεσίες περίθαλψης και υγείας αποτελεί η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, καθώς αποτελεί τη βάση για να καθοριστούν συγκεκριμένοι στόχοι για βελτίωση των εν λόγω υπηρεσιών, για αξιολόγηση των συστημάτων υγείας και των σχετικών προγραμμάτων αλλά για δυνατότητα εύρεσης των ατόμων που στο μέλλον δεν θα θελήσουν να ξαναχρησιμοποιήσουν τις εν λόγω υπηρεσίες (Jackson, J.L., 2001).

Αν και έχει καθιερωθεί ως πάγια τακτική (Andaleeb S.S., 2007) η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών, δεν εμφανίζεται όμως στις πρακτικές που εφαρμόζουν οι ελληνικοί οργανισμοί που βασικό ρόλο έχουν την προσφορά υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας (Τσιριντάνη Μ., 2010). Βασική πεποίθηση που ακολουθούν οι Sitzia & Wood (1997) είναι ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών και συγκεκριμένα των χρηστών των υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας δε θα πρέπει να ακολουθείται με μεμονωμένο τρόπο αλλά να εμφανίζεται ως μια διαδικασία σε τακτά χρονικά διαστήματα με συχνές επαναλήψεις ιδιαίτερα μέσα στα πλαίσια των αξιολογήσεων και των βελτιώσεων των παρεχομένων υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας (Sitzia J., 1997).

1.2.1. Μέτρηση της ικανοποίησης

Όλα τα ανεπτυγμένα κράτη, τη σημερινή εποχή, απασχολούνται σε μεγάλο βαθμό από τη συνεχή αύξηση του κόστους των παρεχόμενων υπηρεσιών της υγείας αλλά και την ανάγκη για την ολοένα βέλτιστη αξιοποίηση των πόρων που βρίσκονται σε διαθεσιμότητα (Merkouris A., 1999). Κρίνεται αναγκαία η μέτρηση της αποτελεσματικότητας της φροντίδας όσον αφορά την υγεία για να πραγματοποιηθεί σχετική κριτική για τη λανθασμένη ή όχι αξιοποίηση των εν λόγω πόρων (Merkouris A., 2008)

Σύμφωνα με άποψη του Donabedian, η ποιότητα επηρεάζεται σε σημαντικό επίπεδο όχι τόσο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, όσο από την ικανοποίηση των ασθενών και αυτό αποτελεί

ένα αναπόσπαστο στοιχείο αλλά και βασικό μέτρο για τη μέτρηση της ποιότητας της φροντίδας στο θέμα της υγείας. Με αυτό τον τρόπο, δίνει μια ξεχωριστή διάσταση στην έννοια της ικανοποίησης των ασθενών (Donabedian A., 1980). Επομένως, η ικανοποίηση αποτελεί βασικός σκοπός των υπηρεσιών υγείας και όχι απλά ένα μέρος όσον αφορά το αποτέλεσμα που προκύπτει από την ενίσχυση της ποιότητας. Όλη αυτή η πράξη επηρεάζει άλλα αποτελέσματα και άλλους βασικούς σκοπούς.

Στο παρελθόν, το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό αποτέλεσαν τους κύριους εκπρόσωπους για την αξιολόγηση της ποιότητας για την υγεία. Τη σημερινή εποχή, οι ασθενείς δηλαδή οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας κατέχουν γενικά υψηλό επίπεδο μόρφωσης και αυτό αποτελεί σημαντικό προσόν για να κατέχουν περισσότερες πληροφορίες αλλά και να είναι περισσότερο κριτικοί για τις υπηρεσίες φροντίδας που τους προσφέρονται. Τα τελευταία χρόνια, η ολοένα και συνεχόμενη αλλαγή της τεχνολογίας και της οργάνωσης των συστημάτων υγείας έχει σαν αποτέλεσμα την αύξηση του κόστους και την εμφάνιση περισσότερων εναλλακτικών διαγνωστικών και θεραπευτικών παρεμβάσεων. Αν και οι ασθενείς αντιμετωπίζουν, από εξειδικευμένους επαγγελματίες, περισσότερες και πολύπλοκες θεραπείες σε τεχνολογικό επίπεδο, έχουν την αίσθηση ότι δεν δέχονται την απαραίτητη φροντίδα, γεγονός που δημιουργούνται αρκετά ερωτήματα για το αν όλες αυτές οι αλλαγές επιδρούν θετικά ή αρνητικά στους ασθενείς. Για να απαντηθούν τα εν λόγω ερωτήματα απαραίτητη είναι η παρουσία του ασθενή, καθώς μπορεί να δώσει απαντήσεις και σχετικές πληροφορίες που δεν εμφανίζονται στους ιατρικούς φακέλους. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς αποτελεί σημαντική πηγή πληροφοριών για την αξιολόγηση των προσφερόμενων υπηρεσιών, για τη βελτίωση της φροντίδας σε ποιοτικό επίπεδο και την προώθηση των υπηρεσιών υγείας, μετά από σχετική μελέτη των συνθηκών που επικρατούν στην αγορά (Merkouris A., 2008)

Το 1987, ο Vuori αμφισβητούσε την εγκυρότητα της μέτρησης της ικανοποίησης του ασθενούς, για τους εξής λόγους (Vuori H., 1987) :

- η έλλειψη των επιστημονικών και τεχνικών γνώσεων των ασθενών για την αξιολόγηση της ποιότητας της φροντίδας
- η ψυχολογική κατάσταση των ασθενών δεν επιτρέπει να δοθούν σχετικές αντικειμενικές απόψεις
- η εμφάνιση διαφορετικών στόχων από τους επαγγελματίες υγείας και των ασθενών
- η έννοιας της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών της υγείας διαφέρει από χώρα σε χώρα και βασίζεται σε μεγάλο βαθμό από τις πολιτισμικές συνήθειες που επικρατούν, τα γενικά

χαρακτηριστικά των ασθενών όπως για παράδειγμα το μορφωτικό επίπεδο, την ηλικία, το φύλο, την κοινωνική τάξη κ.λπ.

Σύμφωνα με τη διεθνή βιβλιογραφία, η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί τον πιο αξιόπιστο δείκτη για τη βασική αξιολόγηση των σχετικών αποτελεσμάτων των υπηρεσιών και πολιτικών υγείας και συσχετίζεται σε μεγάλο βαθμό με την ικανοποίηση των ειδικών αλλά και γενικών αναγκών υγείας. (Sitzia, J., 1997)

Ένας από τους βασικότερους παράγοντες της πιστοποίησης για την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται αποτελεί η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης των ασθενών. (Donabedian, A., 1997)

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών έχει ως βάση τις πτυχές του τομέα υγείας και τη σχετική διερεύνησή τους. Οι πτυχές αυτές σχετίζονται με τη διαθεσιμότητα και την αποτελεσματικότητα των υπηρεσιών υγείας, αλλά και τη ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος και του ανθρώπινου δυναμικού. Παράμετροι, που αξιολογούνται για την τελική εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών για τις υπηρεσίες υγείας, αποτελούν οι ενημερώσεις προς τους ασθενείς για το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζουν, η διαθεσιμότητα και η ποιότητα του εξοπλισμού, τα ποσοστά επιτυχίας αναφορικά με τη διάγνωση κ.λπ. Τρεις βασικοί παράγοντες επηρεάζουν τον βαθμό ικανοποίησης των ασθενών:

- οι προσδοκίες των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας
- οι κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά τους
- οι επιδράσεις των ψυχοκοινωνικών ιδιαιτεροτήτων. (Sitzia, J., 1997).

Κατά κύριο λόγο, η ικανοποίηση των ασθενών εξαρτάται από το βαθμό επαλήθευσης των προσδοκιών τους. Επομένως, η ικανοποίηση εκφράζεται με τη διαφορά που επικρατεί ανάμεσα στις προσδοκίες των ασθενών για τις προσφερόμενες υπηρεσίες υγείας και το τελικό αποτέλεσμα της απόλαυσης αυτών. (Ross, C., 1994) Σύμφωνα με μελέτες, ορισμένοι παράγοντες που επηρεάζουν σημαντικά την ικανοποίηση των ασθενών αποτελούν κάποια κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά, όπως για παράδειγμα αποτελούν το φύλο, η ηλικία αλλά και το μορφωτικό επίπεδο. (Khayat, K., 1994).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν σημαντικά τη διαδικασία που συντελείται για την αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας με τελική αλλοίωση του αποτελέσματος για το μέγεθος ικανοποίησης των ασθενών. Κάποιοι ερευνητές θεώρησαν ότι ένα μεγάλο ποσοστό ασθενών δήλωνε ότι ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι από ότι στην πραγματικότητα για να έχουν καλύτερη μεταχείριση από το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό, ενώ κάποιοι ασθενείς εξέφρασαν

αδιαφορία για τη διαδικασία της αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας και δεν συμμετείχαν, καθώς θεωρούσαν ότι δεν θα επιφέρει αυτή η διαδικασία κάποιες βραχυπρόθεσμες ή μακροπρόθεσμες αλλαγές στο τομέα της υγείας. (Ley, P., 1972) Ο συνιστώμενος τρόπος μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί η χρήση των ερωτηματολογίων, καθώς αποτελούν έναν συνδυασμό μεταξὺ ποιοτικών (Waltz, Cf., 1991) και ποσοτικών (Barbour, Rs., 1999) διαστάσεων. Επιπλέον, ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν την δυνατότητα στον ερωτώμενο να εκφράσει την άποψη του χωρίς περιορισμούς. (Concato, J., 1997)

Η συμπλήρωση των εν λόγω ερωτηματολογίων πραγματοποιείται είτε με τη διαδικασία των συνεντεύξεων σε προσωπικό επίπεδο, είτε με τη χρήση του τηλεφώνου, είτε με την αποστολή ηλεκτρονικών μηνυμάτων. Μεγαλύτερα ποσοστά ανταπόκρισης, σύμφωνα με σχετικές μελέτες, έχουν οι δύο πρώτες διαδικασίες δηλαδή η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων μέσω προσωπικών συνεντεύξεων και τηλεφώνου (Walker, A., 1984), ακόμα και αν η ανωνυμία που επικρατεί στο ηλεκτρονικό ταχυδρομείο δίνει τη δυνατότητα για περισσότερο αξιόπιστη γνώμη των ασθενών. (Rhee, K., 1998)

Τα τελευταία δέκα χρόνια, έχει αυξηθεί σημαντικά το ενδιαφέρον για τη μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς και την εκδήλωση των απόψεών του για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. (Crow, R., 2003)

Αυτό το γεγονός έχει πιστοποιηθεί από αρκετές μελέτες, που έχουν πραγματοποιηθεί στην Βρετανία και στις Ηνωμένες Πολιτείες της Αμερικής. Οι έρευνες, στην Ελλάδα, είναι περιορισμένες αναφορικά με τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών για τις υπηρεσίες φροντίδας στα νοσοκομεία (Κυριόπουλος, Γ., 1990), παρόλο που οι Έλληνες ασθενείς είναι λιγότερο ικανοποιημένοι από τις εν λόγω υπηρεσίες σε σχέση με τους ασθενείς σε άλλα ευρωπαϊκά κράτη. (Robert, J., 2000)

1.2.2. Παράγοντες που επηρεάζουν τους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης

Όπως διαπιστώνεται από την παραπάνω βιβλιογραφική ανασκόπηση, υπάρχουν κάποιοι σημαντικοί παράγοντες που είναι λογικό να καθορίζουν με τον τρόπο τους αλλά και να ασκούν επιρροές στους μηχανισμούς μέτρησης της ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας. Αυτοί οι βασικοί παράγοντες είναι το συναισθηματικό και διανοητικό επίπεδο, η δυνατότητα γλωσσικής συνεννόησης, το επίπεδο βασικής εκπαίδευσης και επιπλέον τα στοιχεία εκείνα που αφορά σε σημαντικό βαθμό την κοινωνική και οικονομική κατάσταση. Η ικανοποίηση και οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζονται σημαντικά, είτε αρνητικά, είτε θετικά, από τους

παραπάνω παράγοντες και εκφράζονται με ανάλογο τρόπο. (Irish Society for Quality & Safety in Healthcare, 2003) Η ικανοποίηση των ασθενών θα πρέπει να διερευνάται με τη χρήση και την εξέταση των παραγόντων και είναι σχετική η ανάλυσή τους από την Irish Society for Quality & Safety in Healthcare το 2003.

Οι παράγοντες αναλύονται παρακάτω:

Οι προσδοκίες των ασθενών:

Βασικό ρόλο για το τελικό αποτέλεσμα αποτελούν οι προσδοκίες των ασθενών. που χαρακτηρίζουν αν θα είναι ικανοποιητικό ή όχι. Όπως αναφέρεται σε σχετική βιβλιογραφική πηγή, βασική θεματική ενότητα δεν αποτελεί η συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης του ασθενή με την πραγματοποίηση των ανάλογων προσδοκιών, καθώς κατά ένα μεγάλο σημαντικό ποσοστό οι αντιλήψεις των ασθενών για τις παρεχόμενες φροντίδες είναι ανεξάρτητες από αυτές που πραγματικά έλαβαν. (Williams, B., 1994)

Η ηλικία:

Σε ερευνητικά πλαίσια, οι νεότεροι σε ηλικία ασθενείς εκφράζουν χαμηλότερα ποσοστά ικανοποίησης σε αντίθεση με τους ηλικιωμένους, οι οποίοι δίνουν επιπλέον και θετικές απαντήσεις για τις υπηρεσίες που τους παρέχονται αφού δεν επιθυμούν να δημιουργήσουν προκλήσεις για την αυθεντική στάση του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. (Papanikolaou, V., 2008). Η παραπάνω περίπτωση ίσως δημιουργείται γιατί οι προσδοκίες των ηλικιωμένων έχουν χαμηλότερο μέγεθος σε σχέση με εκείνο των νέων, καθώς οι πρώτοι δεν εκφράζουν τις δυσαρέσκειές τους γιατί εξαρτώνται σε μεγαλύτερο βαθμό από το ιατρικό προσωπικό, όταν μάλιστα έχουν χρόνιες παθήσεις. Η ηλικία επηρεάζει σε σημαντικό βαθμό την ικανοποίηση αλλά δεν έχει καθοριστεί αν γίνεται αυτό και με το φύλο. Σύμφωνα με κάποιες μελέτες αποδεικνύεται ότι το γυναικείο φύλο πραγματοποιεί περισσότερες επισκέψεις στους ιατρούς σε σχέση με το αντρικό φύλο και εκφράζει υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. (Pappa, E., 2006).

Η ασθένεια:

Βασικό ρόλο παίζει η ασθένεια ως προς την έκφραση της ικανοποίησης των ασθενών. Λιγότερο ικανοποιημένοι είναι οι ασθενείς εκείνοι που εμφανίζουν σοβαρές ασθένειες γιατί παρουσιάζουν μεγαλύτερη ψυχολογική πίεση, με αποτέλεσμα να εκφράζουν μικρότερη ικανοποίηση για την παροχή υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας. Παρόλα αυτά, η δυσαρέσκειά τους δεν αποδεικνύεται με το αν προκαλείται από τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας ή λόγω της σοβαρότητας της ασθένειάς τους, κλ.π. (Hall, J.A., 1998)

Η κοινωνική και η οικονομική κατάσταση:

Η ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται, επίσης, σε σημαντικό βαθμό από την εκπαίδευση και το μορφωτικό τους επίπεδο. Ασθενείς με υψηλότερο επίπεδο μόρφωσης και μικρότερη ηλικία παρουσιάζουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης σε σχέση με τους χρήστες των παροχών υπηρεσιών υγείας που εμφανίζουν χαμηλό επίπεδο μόρφωσης και είναι μεγαλύτεροι ηλικιακά. Η παραπάνω εικόνα προκαλείται από τις υψηλότερες προσδοκίες της πρώτης κατηγορίας ασθενών και στις χαμηλότερες προσδοκίες της δεύτερης κατηγορίας. (Niakas D., 2004)

Τέλος, η ικανοποίηση δεν εμφανίζει να δέχεται επιρροές από το επαγγελματικό επίπεδο των ασθενών, ενώ οι άγαμοι, οι διαζευγμένοι και οι χήροι ασθενείς εμφανίζουν μικρότερη ικανοποίηση σε σχέση με τους έγγαμους ασθενείς. (Κέπεντζης, Σ., 2004)

Οι προηγούμενες εμπειρίες ικανοποίησης:

Θα πρέπει να αναφέρουμε σε αυτό το σημείο ότι οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών από παροχές υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας αλλά και ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και των επιθυμιών τους συνδέονται σε μεγάλο ποσοστό με τον βαθμό ικανοποίησης αυτών των χρηστών των υπηρεσιών περίθαλψης και υγείας. (Crow R., 2003)

Οι σχέσεις των επαγγελματιών υγείας, δηλαδή των ιατρών και των νοσηλευτών, με τον ασθενή:

Σημαντικό και βασικό ρόλο για την ικανοποίηση των ασθενών παίζει η επικοινωνία που έχουν με τους επαγγελματίες υγείας, δηλαδή το ιατρικό και το νοσηλευτικό προσωπικό αλλά ιδιαίτερο νόημα αποκτά το επικοινωνιακό προφίλ που εφαρμόζουν οι εν λόγω επαγγελματίες υγείας στους νοσηλευόμενους και τους ασθενείς. (Scotto, F., 2009)

Είναι λογική η διαπίστωση ότι η επικοινωνία σε αποτελεσματικό επίπεδο του ιατρικού προσωπικού με τους ασθενείς αποτελεί καθοριστικό και σημαντικό ρόλο για το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Αφορά ιδιαίτερα τις προσεγγίσεις, τις αδιαφορίες στις ανησυχίες του ασθενούς, τη μη ξεκάθαρες επεξηγήσεις και επίσης τη μη σωστή χρήση της ιατρικής ορολογίας, που εμφανίζεται σημαντικά δυσνόητη. Η ικανοποίηση του χρήστη των υπηρεσιών φροντίδας δέχεται σημαντική αύξηση όταν υπάρχει άμεση διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού για την αντιμετώπιση των σημαντικών αναγκών του ασθενούς. (Scotto, F., 2009)

Τα λειτουργικά και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά του οργανισμού:

Τα λειτουργικά και τα οργανωτικά χαρακτηριστικά των οργανισμών αποτελούν βασική προϋπόθεση προσδιορισμού της ικανοποίησης των ασθενών. Συγκεκριμένα, η καλή δομή σε ποιοτικό επίπεδο των εγκαταστάσεων, η εικόνα του νοσοκομείου ως προς την καθαριότητα, οι διαδικασίες εισαγωγής και αναχώρησης του ασθενούς αποτελούν σημαντικοί παράγοντες που επηρεάζουν το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. (Scotto, F., 2009)

Με τα παραπάνω στοιχεία και τις σχετικές μελέτες της βιβλιογραφικής ανασκόπησης που διατυπώθηκαν, εκφράστηκαν και τα σχετικά ερευνητικά ερωτήματα της παρούσας εργασίας. Σύμφωνα με τα εξεταζόμενα θέματα, όπως τα κοινωνικά, οικονομικά και δημογραφικά στοιχεία, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο μόρφωσης και το εισόδημα, η συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, η υποδομή του νοσοκομείου, οι προσδοκίες των ασθενών, η ασθένεια αλλά και οι προηγούμενες εμπειρίες των ασθενών ασκούν σημαντικές επιρροές στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών που νοσηλεύονται στο Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Λήμνου.

1.3. Ο κλάδος της υγείας

Στα δημόσια και στα ιδιωτικά νοσοκομεία, η ιατρική περίθαλψη προσφέρεται από τους εξειδικευμένους γιατρούς και τους γενικούς παθολόγους, με σύγχρονα ή ακόμα και με πεπαλαιωμένα μέσα. Η χρηματοδότηση της εν λόγω περίθαλψης πραγματοποιείται από την κοινωνική ασφάλιση, ή την γενική φορολογία, ή το προσωπικό εισόδημα, η τον συνδυασμό των ανωτέρω μέσων. (Freeman, R., 1998)

Το 1997, σύμφωνα με τη Παγκόσμια τράπεζα σε έκθεση της με θέμα «Υγείας, Διατροφή και Πληθυσμός», οι δαπάνες για την υγεία έφτασαν περίπου το ποσό των 2.300 δις δολάρια, δηλαδή περίπου 9% του παγκόσμιου ακαθάριστου προϊόντος. Όλη αυτή η κατάσταση οδήγησε και κατέταξε την υγεία ως έναν από τους μεγαλύτερους κλάδους της οικονομίας. Οι οργανισμοί υγείας βασίζονται σε πρωταρχικούς στόχους, οι οποίοι είναι οι διαγνώσεις, οι θεραπείες, οι επανεξετάσεις και οι εκπαιδεύσεις των ασθενών. Τα παλαιότερα χρόνια, στο κλάδο υγείας, οι μάντζερ υποστήριζαν ότι η προσφορά σχετικού υψηλού επιπέδου ιατρικών και νοσηλευτικών υπηρεσιών ήταν ιδιαίτερα αρκετή. Όμως, πια οι ασθενείς θεωρούν αναγκαία την ευγένεια, την άνεση, την κατανόηση αλλά και την σχετική επικοινωνία. Άρα, η ιατρική και η νοσοκομειακή περίθαλψη δεν έχει ως βασικό περιορισμό την θεραπεία των ασθενειών. (Angeloroulou, P., 1998)

Όλη αυτή η διαδικασία έχει ως αποτέλεσμα η Διοίκηση των Νοσηλευτικών Μονάδων να αποκτά καινούργιους σκοπούς, ακόμα και όταν η κύρια ευθύνη των νοσοκομείων αποτελεί η παροχή ιατροφαρμακευτικής περίθαλψης. Από τα τέλη της δεκαετίας του '80, εμφανίζεται η

ανάγκη της αναδιοργάνωσης του κλάδου και αποτελεί είναι σημαντικό ζήτημα σε παγκόσμιο επίπεδο. Οι παράγοντες που συνετέλεσαν στον ανασχηματισμό του κλάδου υγείας είναι οι εξής: η παγκοσμιοποίηση, η αύξηση του κόστους υπηρεσιών, οι αλλαγές στην κοινωνική συνείδηση αναφορικά με την υγεία, που μέχρι εκείνη την εποχή την θεωρούσαν ένα δημόσιο αγαθό. Ο κυριότερος στόχος του κλάδου υγείας αποτελεί η επίτευξη της μέγιστης ποιότητας. Θεωρείται αναγκαία η παροχή της υψηλής ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας αλλά και η σχετική αποδοχή και αναγνώριση από τους ασθενείς.

1.3.1. Η διοίκηση της Ολικής ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management, TQM) αποτελεί ένα σύνολο βασικών αρχών ή γενικά μια φιλοσοφία, καθώς η συνεχή βελτίωση της λειτουργίας των οργανισμών βασίζεται σε αυτή την εν λόγω φιλοσοφία. Η διοίκηση αυτή περιλαμβάνει τις βασικές και θεμελιώδεις αρχές του μάνατζμεντ, τα τεχνικά εργαλεία αλλά και τις προσπάθειες βελτίωσης με ιδιαίτερο στόχο την μεγιστοποίηση της ποιότητας των προϊόντων και των παρεχόμενων υπηρεσιών. Ο εκάστοτε οργανισμός ή υπηρεσία εφαρμόζει ένα σύνολο μεθόδων και λειτουργιών, τα οποία αποτελούν τη Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και θέτει ένα συγκεκριμένο στόχο, ο οποίος είναι η ικανοποίηση των πελατών αλλά και η ενεργοποίηση του δυναμικού του οργανισμού ή της υπηρεσίας με το μικρότερο δυνατό κόστος. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας αποτελεί μια σημαντική διαδικασία με συνεχή εμφάνιση του προγραμματισμού, της εφαρμογής και της αξιολόγησης των συστημάτων, των δομών, των διαδικασιών αλλά και των δραστηριοτήτων με βασικό σκοπό την εξασφάλιση της ποιότητας. (Παπανικολάου, Β., 1995)

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, αναφορικά με τις υπηρεσίες υγείας, έχει ως βάση και επίκεντρο τον ασθενή, ενώ ο προσανατολισμός της έγκειται στο προϊόν που παράγεται. Είναι σημαντική η εμφάνιση ενός ολοκληρωμένου συστήματος διοίκησης της ποιότητας σε νοσοκομείο, ως βασική μονάδα παροχής υπηρεσιών υγείας, και θα πρέπει να αποτελείται από μηχανισμούς που βασικό σκοπό έχουν τη βελτίωση της ποιότητας πριν, κατά αλλά και μετά της παροχής της ιατρικής και νοσηλευτικής φροντίδας. Οι άνωθεν μηχανισμοί θα πρέπει να συμβάλλουν σημαντικά στην παραγωγή των αναγκαίων πληροφοριών που αφορούν την παρακολούθηση, την αξιολόγηση και την καταγραφή των παρεχόμενων υπηρεσιών αλλά και θα πρέπει να συμμετέχουν στη βελτίωση της ίδιας της διοίκησης της ποιότητας. Για να πραγματοποιηθεί ο βασικός στόχος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, κατά τον οποίο θα πρέπει να εξαιρεθούν οι αποκλίσεις μεταξύ των επιθυμιών των ασθενών και των τελικών απόψεων που εκφράζουν για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει να κάνει την εμφάνισή της η προτυποποίηση στις διαδικασίες των υπηρεσιών. Όπως για

παράδειγμα η προτυποποίηση των διαδικασιών στις εγχειρίσεις καθώς μειώνονται οι διαφοροποιήσεις στα αποτελέσματα, οι οποίες αποτελούν απειλές για την υγεία των ασθενών. (Νιάκας, Δ., 2000)

Υπάρχουν τρεις βασικές αρχές, στις οποίες στηρίζεται η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας και είναι οι εξής (Λογοθέτης Ν., 1992):

1) Δέσμευση της ηγεσίας

Η δέσμευση της ηγεσίας και της στελέχωσης του οργανισμού για τη διαρκή βελτίωση της ποιότητας θεωρείται απαραίτητη και θα πρέπει να επικρατεί η επιβεβαίωση της σε πρακτικό επίπεδο. Υποχρέωση της ηγεσίας του εκάστοτε οργανισμού είναι να διαθέτει εκείνα τα απαιτούμενα μέσα, που θα το βοηθήσουν να επιτύχει τη βελτίωση της ποιότητας και να δημιουργηθούν οι κατάλληλες συνθήκες για την περαιτέρω ανάπτυξή της. Όταν ένας οργανισμός και ιδιαίτερα τα ηγετικά στελέχη της έχουν στόχο την τελειοποίηση των υπηρεσιών τους αλλά δεν διαθέτουν τα κατάλληλα μέσα για την επίτευξη της ανωτέρω διαδικασίας, τότε δημιουργούνται προσωπικοί ανταγωνισμοί ανάμεσα στα στελέχη και επιπλέον δεν υπάρχει ομαδικό πνεύμα. Αυτά τα στοιχεία αποτελούν εμπόδια για την περαιτέρω βελτίωση των σχετικών υπηρεσιών.

2) Επιστημονική γνώση

Τη σημερινή εποχή θεωρείται αναγκαία η κατάρτιση και η εκπαίδευση των στελεχών όλων των βαθμίδων. Για να είναι το προϊόν αλλά και η υπηρεσία υψηλής ποιότητας, θα πρέπει τα στελέχη του εκάστοτε οργανισμού να έχουν τις κατάλληλες τεχνικές δεξιότητες και τις επιστημονικές γνώσεις, έτσι ώστε να επιτυγχάνεται η συνεχή βελτίωση. Κρίνεται αναγκαία η συνεχή βελτίωση και σε αυτό βοηθάει η συνεχής επιμόρφωση των στελεχών σε νέες τεχνικές και μεθόδους, οι οποίες σε καθημερινή βάση πολλαπλασιάζονται.

3) Συμμετοχή του προσωπικού

Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας απαιτεί την συμμετοχή όλων στελεχών του εκάστοτε οργανισμού στις ανάλογες διαδικασίες βελτίωσης των σχετικών προϊόντων ή των υπηρεσιών. Θα πρέπει να συμμετέχουν όλοι στην επίτευξη των εν λόγω διαδικασιών και για αυτό το λόγο χαρακτηρίστηκε ως «ολική», η διοίκηση ποιότητας. Όλοι οι εργαζόμενοι είναι υπεύθυνοι για την ποιότητα προσφοράς των υπηρεσιών του οργανισμού, αλλά και σε προσωπικό επίπεδο ο εκάστοτε εργαζόμενος είναι υπεύθυνος για την ποιότητα της δικής του προσωπικής εργασίας. Τα ηγετικά στελέχη θα πρέπει να γνωρίζουν ότι το προσωπικό είναι ιδιαίτερα κατάλληλο για την επίτευξη και την υπόδειξη του τρόπου βελτίωσης της εργασίας του αλλά και της ποιότητας του σχετικού προϊόντος που παράγεται. Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας εφαρμόστηκε στο τομέα της υγείας στις αρχές της δεκαετίας του '90 και πραγματοποιήθηκε κυρίως στα μεγάλα νοσοκομεία. Τη

σημερινή εποχή, μικρό ποσοστό νοσοκομείων σε διεθνή επίπεδο εφαρμόζει την διοίκηση ολικής ποιότητας με συστηματικό τρόπο.

1.3.2. Η ανάγκη για ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας

Κρίνεται αναγκαία η εμφάνιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας αλλά και απαραίτητα τα οφέλη από τη σχετική βελτίωση της ποιότητας. Είναι σημαντική η παρουσία της κατάλληλης θεραπείας και του ικανοποιητικού αλλά και ευχάριστου περιβάλλοντος ανάρρωσης για τον εκάστοτε ασθενή στα νοσοκομεία.

Οι νοσοκομειακές μονάδες αντιμετωπίζουν συχνά τα ακόλουθα προβλήματα:

A) Η μερική χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Αν οι θεραπευτές δεν χρησιμοποιήσουν όλα τα απαραίτητα μέσα για την θεραπεία του εκάστοτε ασθενούς, τότε αυξάνονται οι πιθανότητες δημιουργίας σοβαρών επιπλοκών στην υγεία αλλά και στην σωματική ακεραιότητα του ασθενούς.

B) Η υπερβολική χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση, αυξάνεται το κόστος της θεραπείας, καθώς γίνεται υπερβολική χρήση και χορήγηση των φαρμακευτικών σκευασμάτων αλλά και διενέργεια επιπροσθέτων εργαστηριακών ελέγχων, που δεν κρίνονται ιδιαίτερα αναγκαίοι.

Γ) Η κακή χρήση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση, λόγω της κακής χρήσης των υπηρεσιών υγείας, δηλαδή των καθυστερημένων νοσηλειών και των λανθασμένων διαγνώσεων, αυξάνονται το κόστος και οι απώλειες των ανθρώπινων ζωών.

Δ) Η διαφοροποίηση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας

Σε αυτή την περίπτωση έχουμε σημαντικές διαφοροποιήσεις στους τρόπους και στα μέσα ελέγχου, που χρησιμοποιούν οι γιατροί. Επιπλέον, ορισμένα από τα προβλήματα που εμφανίζονται αναφορικά με την ποιότητα, είναι τα εξής: η λανθασμένη διάγνωση της ασθένειας, η καθυστερημένη διάγνωση της συγκεκριμένης ασθένειας και η πλημμελής θεραπεία.

Τα άνωθεν προβλήματα προκύπτουν από τους εξής λόγους: την αποτυχία του νοσοκομειακού συστήματος, όπως για παράδειγμα οι λανθασμένες εργαστηριακές εξετάσεις, το ανθρώπινο λάθος, όπως για παράδειγμα η έλλειψη της λεπτομερούς εξέτασης από τον γιατρό και η

οργάνωση του συστήματος, όπως για παράδειγμα η παρερμηνεία των συμπτωμάτων αλλά και η αναποτελεσματική επικοινωνία του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού. Είναι σημαντική η διάκριση μεταξύ των ανθρώπινων λαθών και των λαθών του νοσοκομειακού συστήματος. Συνήθως αυτά τα λάθη προκύπτουν από την υπερκόπωση των γιατρών, την οργάνωση του νοσοκομείου, σε σχετικά δυσανάγνωστες συνταγογραφήσεις κ.λπ. Η επιτακτική ανάγκη για την εδραίωση του συστήματος για την διασφάλιση της ποιότητας στον τομέα της υγείας θεωρείται σημαντική, η οποία οδηγεί σε σημαντικές αλλαγές στον τρόπο παροχής υπηρεσιών της υγείας αλλά και στην κουλτούρα της υγείας. (Nelson E., 1992)

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2.

ΕΡΕΥΝΑ

2.1.Μεθοδολογία της έρευνας

Για να αναλυθεί περισσότερο το συγκεκριμένο θέμα πραγματοποιήθηκε μια έρευνα. Αρχικά διατυπώθηκε το ερευνητικό ερώτημα μέσω ενός ερωτηματολογίου με σκοπό να μοιραστεί στο νοσοκομείο της Λήμνου, αφού προηγουμένως είχε δοθεί η σχετική γραπτή άδεια από την Αναπληρώτρια Διοικήτρια του εν λόγω νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο αφορά την ικανοποίηση χειρουργικών ασθενών στο νοσοκομείο της Λήμνου. Το ερωτηματολόγιο μοιράστηκε σε ασθενείς και σε συνοδούς που βρίσκονταν στο νοσοκομείο της Λήμνου. Όλοι δηλαδή που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είχαν άποψη για τις υπηρεσίες υγείας που προσφέρει το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Τα ερωτηματολόγια απαντήθηκαν ανώνυμα και τα στοιχεία που συλλέχθηκαν χρησιμοποιήθηκαν αποκλειστικά και μόνο για τη συγκεκριμένη έρευνα στα πλαίσια της πτυχιακής εργασίας.

Το ερωτηματολόγιο περιέχει ερωτήσεις πολλαπλής επιλογής και ερωτήσεις τύπου ναι / όχι. Μοιράστηκαν συνολικά 173 ερωτηματολόγια. Για να διεξαχθεί η έρευνα και η συμπλήρωση των ερωτηματολογίων χρειάστηκαν περίπου 60 μέρες. Η διάρκεια που χρειάστηκε για να συμπληρωθεί το κάθε ένα από τα ερωτηματολόγια ήταν περίπου 10 με 15 λεπτά.

2.2.Σκοπός και σημασία της ερευνάς

Ο πιο σωστός τρόπος για να προκύψουν συμπεράσματα για το νοσοκομείο της Λήμνου είναι να ερωτηθούν οι ασθενείς του νοσοκομείου αυτού. Έτσι, σκοπός της παρούσας έρευνας είναι να διερευνηθεί αν οι ασθενείς που χειρουργήθηκαν στο νοσοκομείο αυτό είναι ικανοποιημένοι. Για αυτό το λόγο οι ερωτήσεις αφορούν την ικανοποίηση των χειρουργημένων ασθενών. Σκοπός της έρευνας είναι να συλλεχθούν δεδομένα προκειμένου να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών που έχουν χειρουργηθεί στο νοσοκομείο της Λήμνου.

Η σημασία της έρευνας, ωστόσο, εμφανίζεται και σε κοινωνικούς προβληματισμούς. Η υγεία είναι ένα θέμα που αφορά όλη τη κοινωνία. Είναι λοιπόν, σημαντικό να γνωρίζουμε κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι οι ασθενείς που έχουν χειρουργηθεί στο νοσοκομείο της Λήμνου.

2.3. Παρουσίαση της ερευνάς

Πίνακας 1: Φύλο

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
άντρας	79	45,7	45,7	45,7
γυναίκα	94	54,3	54,3	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 2: Ηλικία

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
05-16	12	6,9	6,9	6,9
17-24	8	4,6	4,6	11,6
25-34	18	10,4	10,4	22,0
35-44	27	15,6	15,6	37,6
45-54	33	19,1	19,1	56,6
55-64	29	16,8	16,8	73,4
65+	46	26,6	26,6	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 3: Εκπαίδευση

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μεταπτυχιακός τίτλος ή Διδακτορικό	9	5,2	5,2	5,2
Πτυχίο Ανωτάτων Σχολών	41	23,7	23,7	28,9
Απολυτήριο Λυκείου	52	30,1	30,1	59,0
Απολυτήριο Γυμνασίου	30	17,3	17,3	76,3
Απολυτήριο Δημοτικού	25	14,5	14,5	90,8
Δεν πήγε καθόλου σχολείο	16	9,2	9,2	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 4: Οικογενειακή Κατάσταση

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Άγαμος/η	39	22,5	22,5	22,5
Έγγαμος/η	88	50,9	50,9	73,4
Χήρος/α	17	9,8	9,8	83,2
Διαζευγμένος/η	29	16,8	16,8	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 5: Επάγγελμα

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
ΔΗΜ. ΥΠΑΛ.	39	22,5	22,5	22,5
ΙΔ. ΥΠΑΛ.	28	16,2	16,2	38,7
ΣΥΝΤ/ΧΟΣ	44	25,4	25,4	64,2
ΑΓΡΟΤΗΣ	23	13,3	13,3	77,5
ΜΑΘΗΤΗΣ	14	8,1	8,1	85,5
ΟΙΚΙΑΚΑ	8	4,6	4,6	90,2
ΑΝΕΡΓΟΣ	17	9,8	9,8	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 6: Μηνιαίο Εισόδημα

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Μέχρι 400 ευρώ	21	12,1	12,1	12,1
401- 800	38	22,0	22,0	34,1
801-1400	75	43,4	43,4	77,5
1401-2000	31	17,9	17,9	95,4
Πάνω από 2000	8	4,6	4,6	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 7: Ασφάλιση

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	126	72,8	72,8	72,8
Όχι	47	27,2	27,2	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 8: Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ο ασθενής	134	77,5	77,5	77,5
Συγγενής ή συνοδός	39	22,5	22,5	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 9: Έχετε ξανά χειρουργηθεί στο παρελθόν

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Όχι	92	53,2	53,2	53,2
Μία φορά	58	33,5	33,5	86,7
Δύο φορές	15	8,7	8,7	95,4
Περισσότερες από 2 φορές	8	4,6	4,6	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 10: Σε τι είδους νοσοκομείου έχετε ξανά χειρουργηθεί;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Στο ίδιο νοσοκομείο	42	24,3	51,9	51,9
Σε άλλο κρατικό ή δημόσιο νοσοκομείο	25	14,5	30,9	82,7
Σε ιδιωτικό νοσοκομείο	11	6,4	13,6	96,3
Και σε κρατικό και σε ιδιωτικό νοσοκομείο	3	1,7	3,7	100,0
Σύνολο	81	46,8	100,0	
	92	53,2		
	173	100,0		

Πίνακας 11: Το χειρουργείο ήταν προγραμματισμένο;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	119	68,8	68,8	68,8
Όχι	54	31,2	31,2	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 12: Για ποιον λόγο επιλέξετε το συγκεκριμένο νοσοκομείο;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Γιατί μου το είπε ο γιατρός που με παρακολουθεί	81	46,8	46,8	46,8
Γιατί μου το είπε κάποιος γνωστός/ φίλος που έχει νοσηλευτεί σε αυτό και έμεινε ικανοποιημένος	27	15,6	15,6	62,4
Γιατί το νοσοκομείο είναι γνωστό σε όλους ότι είναι καλό στο συγκεκριμένο τομέα	4	2,3	2,3	64,7
Γιατί τα έξοδα νοσηλείας ήταν μικρότερα από άλλα νοσοκομεία	19	11,0	11,0	75,7
Άλλο	42	24,3	24,3	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 13: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την νοσηλεία σας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πάρα πολύ	142	82,1	82,1	82,1
Πολύ	23	13,3	13,3	95,4
Μέτρια	7	4,0	4,0	99,4
Ελάχιστα	1	,6	,6	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 14: Πόσο ικανοποιημένοι είστε από την χειρουργική επέμβαση σας στο συγκεκριμένο νοσοκομείο;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πολύ	29	16,8	16,8	94,8
Μέτρια	7	4,0	4,0	98,8
Ελάχιστα	2	1,2	1,2	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 15: Θα προτείνατε το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε γνωστούς και φίλους σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	154	89,0	89,0	89,0
Πιθανόν	19	11,0	11,0	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 16: Πόσο συχνά οι νοσηλεύτριες και οι γιατροί σας άκουσαν με προσοχή;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πάντα	161	93,1	93,1	93,1
Μερικές φορές	3	1,7	1,7	94,8
Συνήθως	9	5,2	5,2	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 17: Όταν χρειαστήκατε βοήθεια οι νοσηλεύτριες και οι γιατροί σας την παρέιχαν γρήγορα;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πάντα	159	91,9	91,9	91,9
Μερικές φορές	4	2,3	2,3	94,2
Συνήθως	10	5,8	5,8	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 18: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες σας εξήγησαν με απλό τρόπο αυτό που σας συμβαίνει;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Ναι	142	82,1	82,1	82,1
Λίγο	28	16,2	16,2	98,3
Όχι	3	1,7	1,7	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 19: Οι γιατροί σας εξήγησαν και σας έλυσαν οποιαδήποτε απορία σχετικά με το χειρουργείο και την ανάρρωση σας;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Πάντα	152	87,9	87,9	87,9
Μερικές φορές	9	5,2	5,2	93,1
Συνήθως	12	6,9	6,9	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Πίνακας 20: Κατά την παραμονή σας στο νοσοκομείο, οι γιατροί ή οι νοσηλεύτριες συζήτησαν μαζί σας σχετικά με τυχόν βοήθεια που θα χρειαζόσασταν μετά την έξοδό σας από το νοσοκομείο;

	Συχνότητα	Ποσοστό επί της εκατό	Έγκυρο ποσοστό	Αθροιστικό ποσοστό
Λίγο	4	2,3	2,3	2,3
Ναι	169	97,7	97,7	100,0
Σύνολο	173	100,0	100,0	

Το 26,6% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είναι άτομα ηλικίας πάνω των 65 ετών, το 19,1% είναι από 45 μέχρι 54 ετών, το 16,8% είναι από 55 μέχρι 64 ετών, το 15,6% είναι από ηλικίας 35 μέχρι 44 ετών, το 10,4% είναι ηλικίας 25 μέχρι 34 ετών, το 6,9% είναι ηλικίας από 5 μέχρι 16 ετών και το 4,6% είναι από 17 μέχρι 24 ετών. Το 30,1% των ατόμων που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο είναι απόφοιτοι λυκείου, το 23,7% έχουν πτυχίο ανώτατων σχολών, το 17,3% έχουν απολυτήριο γυμνασίου, το 14,5% έχουν απολυτήριο δημοτικού, το 9,2% δεν έχουν πάει καθόλου σχολείο και το 5,2% έχουν μεταπτυχιακό τίτλο ή διδακτορικό.

Το 50,9% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είναι παντρεμένοι, το 22,5% είναι ανύπαντροι, το 16,8% είναι διαζευγμένοι και το 9,8% είναι χήροι.

Το 25,4% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είναι συνταξιούχοι, το 22,5% είναι δημόσιοι υπάλληλοι, το 16,2% είναι ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 13,3% είναι αγρότες, το 9,8% είναι άνεργοι, το 8,1% είναι μαθητές και το 4,6% έχουν επάγγελμα οικιακά.

Το 43,4% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο έχουν μηνιαίο εισόδημα από 801 μέχρι 1400 ευρώ, το 22% έχουν από 401 από 800 ευρώ, το 17,9% έχουν από 1.401 μέχρι 2000 ευρώ, το 12,1% έχουν μέχρι 400 ευρώ και το 4,6% έχουν μηνιαίο εισόδημα πάνω από 2.000 ευρώ.

Το 72,8% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι έχουν ασφάλεια και το 27,2% ότι δεν έχουν. Από τα άτομα που είναι ασφαλισμένα, το 38,9% έχουν ΔΥ, το 19,8% έχουν ΟΓΑ, το 19% έχουν ΙΚΑ, το 16,7% έχουν ΟΑΕΕ και το 5,6% έχουν ΝΑΤ.

Το 77,5% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο είναι ασθενείς και το 22,5% είναι συγγενείς ή συνοδοί.

Το 51,9% των ατόμων που έχουν χειρουργηθεί δηλώνουν ότι έχουν ξανά χειρουργηθεί στο ίδιο νοσοκομείο, το 30,9% ότι έχουν ξανά χειρουργηθεί σε άλλο κρατικό ή δημόσιο νοσοκομείο, το 13,6% ότι έχουν ξανά χειρουργηθεί σε ιδιωτικό νοσοκομείο και το 3,7% ότι έχουν χειρουργηθεί σε κρατικό και σε ιδιωτικό νοσοκομείο.

Το 68,8% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι το χειρουργείο τους ήταν προγραμματισμένο και το 31,2% ότι δεν ήταν.

Το 46,8% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι επέλεξαν το συγκεκριμένο νοσοκομείο γιατί τους το είπε ο γιατρός που τους παρακολουθεί, το 15,6% γιατί τους το είπε κάποιος γνωστός ή φίλος που είχε νοσηλευτεί στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και έμεινε

ικανοποιημένος, το 11% γιατί τα έξοδα νοσηλείας ήταν μικρότερα από τα άλλα νοσοκομεία και το 2,3% γιατί είναι γνωστό σε όλους ότι είναι καλό στο συγκεκριμένο τομέα

Το 82,1% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το 13,3% ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από τη νοσηλεία τους στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το 4% ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι και το 0,6% ότι είναι ελάχιστα ικανοποιημένοι.

Το 78% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την χειρουργική επέμβασή τους στο συγκεκριμένο νοσοκομείο, το 16,8% ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι, το 4% ότι είναι μέτρια ικανοποιημένοι και το 1,2% ότι είναι ελάχιστα ικανοποιημένοι.

Το 89% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι θα πρότειναν το συγκεκριμένο νοσοκομείο σε γνωστούς και φίλους τους και το 11% ότι πιθανόν θα το πρότειναν.

Το 91,9% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι πάντα όταν χρειάστηκαν βοήθεια οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες τους την παρείχαν γρήγορα, το 5,8% ότι συνήθως τους την παρείχαν και το 2,3% ότι μερικές φορές τους την παρείχαν.

Το 93,1% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι οι νοσηλεύτριες και οι γιατροί πάντα τους άκουγαν με προσοχή, το 5,2% ότι συνήθως τους άκουγαν με προσοχή και το 1,7% ότι μερικές φορές τους άκουγαν με προσοχή.

Το 82,1% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο οι γιατροί και οι νοσηλεύτριες τους εξήγησαν με απλό τρόπο τι συμβαίνει, το 16,2% ότι τους εξήγησαν λίγο το τι συμβαίνει και το 1,7% ότι δεν τους εξήγησαν καθόλου.

Το 87,9% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι πάντα οι γιατροί τους εξήγησαν και τους έλυσαν όλες τις απορίες τους σχετικά με το χειρουργείο και την ανάρρωσή τους, το 6,9% ότι συνήθως το έκαναν και το 5,2% ότι μερικές φορές το έκαναν.

Το 97,7% των ατόμων που απάντησαν το ερωτηματολόγιο δηλώνουν ότι κατά την παραμονή τους στο νοσοκομείο οι γιατροί ή οι νοσηλεύτριες συζήτησαν μαζί.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ

Η αξιολόγηση της ποιότητας σε μια μονάδα νοσηλείας έχει ως βάση τους εξής τρόπους:

Ο πρώτος τρόπος είναι η μέτρηση των παραγωγικών συντελεστών, καθώς αξιολογούνται τα προϊόντα με τη χρήση της μέτρησης της εν λόγω ποιότητας των παραγωγικών συντελεστών, δηλαδή εκείνων των συντελεστών που χρησιμοποιούνται στην παραγωγική διαδικασία.

Ο δεύτερος τρόπος είναι η εκτίμηση του τελικού αποτελέσματος, καθώς αξιολογείται η ιατρική και η νοσηλευτική φροντίδα με τη χρήση ορισμένων παραμέτρων παροχής της εν λόγω φροντίδας

Ο τρίτος τρόπος είναι η μέθοδος της διαδικασίας, καθώς χρησιμοποιούνται συγκεκριμένες διαδικασίες ρουτίνας σε περιπτώσεις που αφορούν διάγνωση ή και θεραπεία. (Donabedian, A., 1996)

Τη σημερινή εποχή, αναφορικά με τον τομέα της ποιότητας στην υγεία βασικό ρόλο παίζει η έννοια της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας, η οποία δεν στηρίζεται μόνο στην συμμόρφωση σε ορισμένα προκαθορισμένα πρότυπα και στην απλή μέτρηση. Η βελτίωση της ποιότητας αποτελεί βασικός σκοπός για τη διασφάλιση της ποιότητας ακόμα και σε ιδιαίτερα πολύπλοκους οργανισμούς, όπως είναι τα νοσοκομεία. Η συνεχής βελτίωση της ποιότητας αναφέρεται σε όλες τις λειτουργίες της επιχείρησης, με βασικό στόχο την αποφυγή των λαθών.

Η πρόληψη αποτελεί το βασικό θεμέλιο στη βελτίωση της ποιότητας και επιτυγχάνεται με τους ακόλουθους μηχανισμούς: την πρόληψη λαθών, την πρόληψη από την επανάληψη των λαθών στα επόμενα παραγωγικά στάδια και τη διακοπή της παραγωγής μέχρι να εξακριβωθεί το λάθος. Οι κλινικές εφαρμογές έχουν στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, καθώς βασικά στοιχεία της αποτελούν η δέσμευση του προσωπικού, η συλλογή και η ανάλυση των δεδομένων και των αποτελεσμάτων με συστηματικό τρόπο αλλά και η ενεργή διοικητική υποστήριξη. (Walker, A., 1984)

Αναφορικά με τα οφέλη λόγω της παρουσίας της βελτίωσης της ποιότητας, διακρίνουμε τις εξής κατηγορίες για τους ασθενείς και για τους επαγγελματίες υγείας:

Τα οφέλη για τον ασθενή

- Τα υγειονομικά οφέλη. Συσχετίζονται με την άμεση διάγνωση του προβλήματος που αντιμετωπίζει ένας ασθενής, την αποτελεσματική αντιμετώπισή του κ.λπ.
- Τα ψυχολογικά οφέλη. Όταν ο ασθενής βρίσκεται σε καλή ψυχολογική κατάσταση, τότε στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής αγωγής που του έχει υποβληθεί θα έχει θετική επίδραση.
- Τα οικονομικά οφέλη. Η οικονομική επιβάρυνση κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του ασθενή είναι μικρότερη, όταν το πρόβλημα της υγείας του διαγνωστεί έγκαιρα και αντιμετωπιστεί σε σύντομο χρονικό διάστημα.

Τα οφέλη για τους επαγγελματίες της υγείας

- Απόκτηση σεβασμού και εμπιστοσύνης από τους ασθενείς και τις οικογένειές τους
- Απαλλαγή από το καθημερινό άγχος και εκνευρισμό
- Ικανοποίηση από την εξέλιξη και βελτίωση της προσωπικής τους εργασίας
- Μεγαλύτερη ανοχή της κοινωνίας σε σφάλματα και λάθη, την οποία καλλιεργεί σημαντική η ποιότητα.

Εμφανίζονται δύο σημαντικοί παράγοντες επιρροής της ικανοποίησης ανάμεσα στη σχέση που επικρατεί στον ασθενή και στον επαγγελματία υγείας, οι οποίοι αφορούν:

1) την ποιότητα και την ποσότητα της παροχής των πληροφοριών από τον μέλος του προσωπικού υγείας προς τον ασθενή, και

2) την κατανόηση και το ενδιαφέρον που δείχνει το εν λόγω μέλος στον ασθενή. Η ποιότητα και ο βαθμός της επικοινωνίας και των ενημερώσεων επιδρά σε μεγάλο βαθμό στη διαμόρφωση της σχέσης μεταξύ του επαγγελματία υγείας και του ασθενή.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αντωνοπούλου, Λ., Καραμητρόπουλος, Δ. και Σοφιανός, Ε. (1991). Παράγοντες που επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Επιθεώρηση Υγείας, Νοέμβριος-Δεκέμβριος, 50-53.
2. Θεοδώρου, Μ. (1992). Ποιοτικός έλεγχος στις υπηρεσίες υγείας. Ιατρική Επιθεώρηση ΙΚΑ, 3:1, 41-47.
3. Κέπεντζης, Σ., Γκογκόσης, Κ. και Νιάκας Δ. (2004). Διερεύνηση της Ικανοποίησης Ασθενών και των Παραγόντων που την επηρεάζουν: Το παράδειγμα των Εξωτερικών Ιατρείων σε 6 Νοσοκομεία της Αττικής. Στο Υπηρεσίες Υγείας, Μάνατζμεντ και Τεχνολογία: Επιλεγμένα Κείμενα Εργασιών του 5ου Πανελλήνιου Επιστημονικού Συνεδρίου Management Υπηρεσιών Υγείας, Επιμέλεια Νιάκας Δ. Αθήνα: Εκδόσεις Mediforce. Σειρά Επιστήμες Διοίκησης και Οικονομίας της Υγείας.
4. Κουμανδράκη, Α. Θεοδώρου, Μ. και Καϊτελίδου, Δ. (2004). Ικανοποίηση ασθενών από τα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία του Γ.Π.Ν.Θ. «Παπαγεωργίου». Νοσηλευτική, 43(2), 237-245.
5. Κυριόπουλος, Γ., Γεωργούση, Ε., Γεννηματά, Α., Μάκου, Ν. και Σωμαράκη, Μ.(1990). Τι πιστεύουν οι ασθενείς για τα νοσοκομεία μας. Ιατρικό Βήμα, 19-27.
6. Κωσταγιόλας, Π.Α., Πλατής Χ.Γ. και Ζήμερας, ΣΤ. (2006). Διοίκηση συστήματος υπηρεσιών υγείας στο δημόσιο τομέα με βάση τις προσδοκίες χρηστών. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 23(6):603-614.
7. Λογοθέτης, Ν. (1992). Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας. Από τον Deming στον Taguchi και το SPC. Αθήνα: Εκδόσεις TQM Hellas Ltd, Interbooks.
8. Μερκούρης, Α., Οζουνίδου, Α., Μουδερίδου, Δ., Ρουμπή, Μ., Ζουγρής, Π. και Λεμονίδου, Χ. (2001). Αξιολόγηση της ικανοποίησης παθολογικών και χειρουργικών ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα σε γενικό νοσοκομείο, Νοσηλευτική, 3, 74-84.

9. Νιάκας, Δ. και Γαρδέλης, Χ. (2000). Ικανοποίηση νοσηλευθέντων ασθενών σε ένα περιφερειακό γενικό νοσοκομείο της Αθήνας. *Ιατρική*, 77(5):464-470.
10. Οικονομοπούλου, Χ. (2002). Ποιότητα. Εκπαιδευτικές σημειώσεις.
11. Παπανικολάου, Β. (1995). Ανάπτυξη στρατηγικής για την εφαρμογή της Ολικής Ποιότητας και της συνεχούς ποιοτικής βελτίωσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας. *Κοινωνία, Οικονομία και Υγεία*, 2:4, 4.
12. Παπανικολάου, Β. (2007). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Παπαζήση, 55-78.
13. Πολύζος, Ν., Μπαρτσώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημανοπούλου, Ι. και Υφαντόπουλος, Ι. (2005). Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22:284-295.
14. Ραφτόπουλος, Β. και Οικονομοπούλου, Χ. (2003). Ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων διαχείρισης της ποιότητας στις Υπηρεσίες φροντίδας υγείας. *Δελτίο Ελληνικής Μικροβιολογικής Εταιρείας*, 48(2), 84-94.
15. Σιγάλας, Ι. (1999). Η ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας. *Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο. Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις*. Πάτρα: Εκδ. Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, 15-65.
16. Σιγάλας, Ι. (1999). Βασικές Αρχές Διοίκησης Διαχείρισης (Management) Υπηρεσιών Υγείας. *Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου*. Πάτρα: Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου.
17. Τούντας, Γ. (2003α). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελλ. Ιατρικής*, 20(5), 525-546.
18. Τσιριντάνη, Μ., Γιοβάνης, Α., Μπινιάρης, Σ. και Γούλα, Α. (2010). Μια νέα προσέγγιση στη μοντελοποίηση της σχέσης μεταξύ ποιότητας υπηρεσιών υγείας και ικανοποίησης ασθενών. *Νοσηλευτική*, 49(1), 40-52.
19. Τσιότρας, Γ. (1995). Βελτίωση ποιότητας. Αθήνα: Εκδόσεις Ευγ. Μπένου.
20. Τούντας, Γ. (2003). Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20(5):532-546.
21. Τούντας, Γ., Λοπαταντζίδης, Θ. και Χουλιάρα, Λ. (2003). Έρευνα γνώμης και ικανοποίησης των ασφαλισμένων του ΙΚΑ από τις παρεχόμενες πρωτοβάθμιες υπηρεσίες. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 20:497-503.
22. Τούντας, Γ. (2008). Υπηρεσίες υγείας. Αθήνα: Εκδόσεις Οδυσσέας/Νέα Υγεία, 89-357.

Βεβόλωση

1. Abdellah, F.G. and Levine, E. (1957). Developing a measure of patient and personnel satisfaction with nursing care. *Nursing Research*, 5(3), 100-108.
2. Andaleeb, S.S., Siddiqui, N. and Khandakar, S. (2007). Patient Satisfaction with health services in Bangladesh. *Health Policy and Planning*, 22, 263-273.
3. Angelopoulou, P., Kangis, P. and Babis, G.(1998). Private and public medicine: a comparison of quality perceptions. *International Journal of Health Quality Assurance*.
4. Barbour, R. (1999). The case of combining qualitative and quantitative approaches in health services research. *J Health Serv Res Policy*, 4:39-43.
5. Bicking, C. and Gryna, F.M. (1979). Process control by statistical methods. In J.M. Juran (Ed), *The Quality control Handbook*. New York: McGraw-Hill.
6. Brook, C. (1999). Motivation for improvement in quality: personal and international perspectives. *International journal for Quality in Health Care*.
7. Cleary, P.D. and Edgman-Levitan, S. (1997). Health care quality: incorporating consumer perspectives, *JAMA*, 278, 1608-1612.
8. Cleary, P.D. (2003). A hospitalization from hell: A patient's perspective on quality. *Ann Intern Med*, 138(1), 33-39.
9. Concato, J. and Feinstein, A. (1997). Asking patients what they like: Overlooked attributes of patients satisfaction with primary care. *Am J Med*, 102:399-406.
10. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. and Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment*, 32(6).
11. Crow, R., Storey, L. and Page, H. (2003). The measurement of patient satisfaction: implications for health service delivery through a systematic review of the conceptual, methodological and empirical literature. *Health Technology Assessment*, 6(32).
12. Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A. and Storey, L. (2003). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health Technology Assessment NHS R&D HTA Programme*, Southampton, UK, 13.
13. Deming, W.E. (1986). *Out of the crisis*. Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study, Cambridge.

14. Donabedian, A. (1980). Explorations in quality assessment and monitoring. The definition of quality and approaches to its assessment. USA: Health Administration Press, University of Michigan.
15. Donabedian, A. (1980). The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Anne Arbor. Michigan: Health Administration Press.
16. Donabedian, A. (1982). Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 22-38.
17. Donabedian, A. (1990). The Seven Pillars of Quality. Archives of Pathology and Laboratory Medicine, 114, 14-16.
18. Donabedian, A. (1996). Quality improvement through monitoring health care. Annual Meeting of the Society of the Quality Assurance in Health Care, Seoul, 29 March.
19. Donabedian, A. (1997). The quality of care: How can it be assessed? Arch Pathol Lab Med J, 11:1145-1150.
20. Fitzpatrick, R. (1991). Surveys on patient satisfaction: Important general considerations. British Medical Journal, 302, 887- 889.
21. Freeman, R.(1998). Competition in context: the politics of health care reform in Europe. International Journal for Quality in Health Care.
22. Harpole, L., Orav, E., Hickey, M., Posther, K. and Brennan, T. (1996). Patient satisfaction in the ambulatory setting. J Gen Intern Med, 11:431-434.
23. Hall, J.A. and Milburn, M.A. (1998). Why are sicker patients less satisfied with their medical care? Tests for two explanatory models. Health Psychology, 17(1), 70-75.
24. Irish Society for Quality and Safety in Healthcare (2003). Measurement of patient satisfaction - Guidelines. Health Strategy Implementation project 2003. Dublin: Irish Society for Quality in Healthcare.
25. Jackson, J.L., Chamberlin, J. and Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. Social Science and Medicine. 52, 609-620.
26. Johansson, P. Oleni, M. and Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. Scand J Caring Sci, 16(4), 337-344.
27. Joy, L. and Malay, M. (1992). Evaluation instruments to measure professional nursing practice. Nursing Management, 23(7), 73-77.
28. Juran, J.M. and Gryna, F.M. (1988). The Quality control Handbook. New York: McGraw-Hill.

29. Khayat, K. and Salter, B. (1994). Patient satisfaction surveys as a market research tool for general practices. *Br J Gen Pract*, 44:215–219.
30. Kotler, P. (2003). *Marketing Management*. Eleventh Edition. New Jersey: Prentice Hall International Editions.
31. Ley, P. (1972). Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature. *Bull Br Psychol*, 25:115–120.
32. Loewy, E.H. (1990). Commodities, needs and health care: a communal perspective. In Jensen U.J., Mooney G. eds. *Changing values in Medical and Health Care Decision Making*. New York: John Wiley & Sons.
33. Merkouris, A., Ifantopoulos, J., Lanara V. and Lemonidou C. (1999). Developing an instrument to measure patient satisfaction with nursing care in Greece. *Nurs manage*. 7(2): 91- 100.
34. Merkouris, A. (2008). *Nursing Management*. Athens: Ellin, 230-354.
35. Meterko, M., Nelson, E.C. and Rubm, H.R. (1990). Patient judgments of hospital quality. Report of a pilot study. *Medical Care Supplement*, 28(9).
36. Nelson, E. C. (1992). Do patient perceptions of quality relate to hospital financial performance. *Journal of Health Care Marketing*, 12(4), 6-12.
37. Nelson, A.R. (1996). *Measuring Performance and Improving Quality*. London: Sterling.
38. Ng, C.W. Lim, G.H. McMaster, F. Molina, J. Seow, E. and Heng, B.H. (2009). Patient satisfaction in an observation unit: the consumer assessment of health providers and systems hospital survey. *Emergency Medicine Journal*, 26(8), 586-589.
39. Niakas, D. Gnardellis, C. and Theodorou, M. (2004). Is there a problem with quality in the Greek hospital sector? Preliminary results from a patient satisfaction survey. *Health Services Management Research*, 17 (1), 62-69.
40. Ovretveit, J. (2004). Formulating a health quality improvement strategy for a developing country. *International Journal of Health Care Quality Assurance*.
41. Papanikolaou, V. and Ntani, Sp. (2008). Addressing the paradoxes of satisfaction with hospital care. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 21(6), 548-561.
42. Pappa, E. and Niakas, D. (2006). Assessment of health care needs and utilization in a mixed public – private system: the case of the Athens area. *BMC Health Services Research*, 6, 146.
43. Quintana, J.M., Gonzalez, N., Bilbao, A., Aizpuru, F., Escobar, A., Esteban, C., San-Sebastian, J.A., De-la-Sierra, E. and Thomson, A. (2006). Predictors of patient satisfaction with hospital care. *BMC Health Services Research*, 6, 102-111.

44. Rhee, K., Allen, R. and Bird, J. (1998). Telephone vs mail response to an emergency department patient satisfaction survey. *Acad Emerg Med*, 5:1121-1123.
45. Risser, H.L. (1975). Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care in primary care settings. *Nurs. Res.* 24, 45-52.
46. Robert, J., Minah, K. and Benson, J.(2000). The public versus the World Health Organization on health system performance, *Health Affairs*, vol 20, no 3, **May-June** 2001. Eurobarometer 52.1 (1999); US and Canada data from Harvard School of Public Health.
47. Ross, C., Frommelt, G., Hazelwrod, L. and Chang, R. (1994). The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed). *Health care marketing: A foundation for managed quality*. Gaithersburg, MD, Aspen, 55-69.
48. Sansgiry, S. (2005). Pharmacy patient –reported satisfaction with health care **services** offered by health plans, health clinics and pharmacies. *Drug Benefit Trends*, 17(1), 38-49.
49. Sitzia, J. and Wood, N. (1997). Patient satisfaction: A review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. 45(12), 1760-1843.
50. Scotto, F., De Ceglie, A., Guerra, V., Misciagna, G. and Pellecchia, A. (2009). Determinants of patient satisfaction survey in a gastrointestinal endoscopy services. *Clinical Governance International Journal*, 114(2), 70-97.
51. Tavana, M., Mohebbi, B. and Kennedy, D.T. (2003). Total quality index: a bench-marking tool for total quality management. *Benchmarking: An International Journal*, 10(6), 507-527.
52. Virgo, K.S. Piry, J.R. Valentine, M.P. Denner, D.R. Ryan, G. Risk, N.K. Price, R.K. (2007). Access, Quality and Satisfaction with care: Concerns of Vietnam Veterans. *Research in the Sociology of Health Care*, 24, 17-40.
53. Vuori, H. (1987). Patient satisfaction: an attribute or indicator of the quality of care? *Quality Review Bulletin*, 13(3): 106-108.
54. Walker, A. Restuccia, J. (1984). Obtaining information on patient satisfaction with hospital care: Mail versus telephone. *Health Serv Res*, 19:291-306.
55. Waltz, Cf., Strickland, Ol. Lenz, Er. (1991). *Measurement in nursing research*. FA Davis Co, Philadelphia.
56. Willard, L.D. (1982). Needs and Medicine. *Journal of Medical Philosophy*, 7: 259- 274.
57. Williams, B. (1994). Patient satisfaction: a valid concept? *Soc Sci Med*, 38(4), 509-516.
58. Woodward, J.L. (2009). Effects of rounding on patient satisfaction and patient safety on a medical-surgical unit. *Clinical Nurse Specialist*, 23(4), 200-206.