



ΑΝΟΙΚΤΟ  
ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ  
ΚΥΠΡΟΥ

# ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΚΑΙ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ

ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΣΠΟΥΔΩΝ

«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ»

**ΔΙΑΤΡΙΒΗ ΕΠΙΠΕΔΟΥ ΜΑΣΤΕΡ**

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο: Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου

ΓΚΑΪΔΑΤΖΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΓΚΡΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

ΜΑΙΟΣ, 2017

**Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου**  
Σχολή Οικονομικών Επιστημών και Διοίκησης

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των  
ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο: Η περίπτωση του  
Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου

ΓΚΑΪΔΑΤΖΗ ΑΘΑΝΑΣΙΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ

ΓΚΡΟΣ ΧΡΗΣΤΟΣ

Μάιος, 2017

## **Πίνακας περιεχομένων**

<b>ΠΕΡΙΛΗΨΗ</b> .....	8
<b>ABSTRACT</b> .....	10
<b>ΕΙΣΑΓΩΓΗ</b> .....	12
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1</b> .....	14
<b>ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ</b> .....	14
Εισαγωγή .....	14
1.1 Προσδιορισμός της ποιότητας .....	14
1.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας .....	17
1.3 Μέτρηση της Ποιότητας στο Χώρο της Υγείας .....	19
1.4 Διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στο Χώρο της Υγείας .....	21
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2</b> .....	25
<b>Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ</b> .....	25
Εισαγωγή .....	25
2.1 Ο ορισμός της ικανοποίησης ασθενών .....	25
2.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών .....	26
2.3 Η ικανοποίηση των ασθενών ως αποτέλεσμα της σχέσης γιατρού ασθενούς .....	28
2.4 Η σχέση που υπάρχει μεταξύ της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των χρηστών .....	29
2.5 Αποτελέσματα ερευνών γύρω από το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας .....	30
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3</b> .....	34
<b>Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ</b> .....	34
Εισαγωγή .....	34
3.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας και η Οικονομική Κρίση .....	35
3.2 Μελέτη Περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης .....	38
3.3 Ανάλυση Οικονομικών Στοιχείων .....	38
3.4 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας .....	42
3.5 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας .....	44
3.6 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας .....	46
<b>ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4</b> .....	49

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	49
Εισαγωγή.....	49
4.1 Ερευνητική Μέθοδος.....	49
4.2 Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας .....	50
4.3 Το δείγμα της έρευνας.....	51
4.4 Χώρος και διαδικασία της έρευνας .....	52
4.5 Ηθική της έρευνας.....	52
4.6 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας .....	53
4.7 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης.....	53
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5.....	54
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ .....	54
Εισαγωγή.....	54
5.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος.....	54
5.2 Στοιχεία σχετικά με την αιμοκάθαρση .....	56
5.3 Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών.....	57
5.3.1 Περιβάλλον νοσοκομείου.....	57
5.3.2 Ιατρική φροντίδα .....	61
5.3.3 Νοσηλευτική φροντίδα.....	64
5.3.4 Διοικητικό προσωπικό.....	66
5.4 Γενική αξιολόγηση από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής.....	68
5.5 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης.....	69
5.6 Ποιότητα υπηρεσιών και ικανοποίηση ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.....	70
5.7 Συσχέτιση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης.....	73
5.8 Συζήτηση αποτελεσμάτων.....	75
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6.....	79
ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ.....	79
6.1 Συμπεράσματα.....	79
6.2 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα .....	80
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	81
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	86

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΠΙΝΑΚΩΝ

Πίνακας 1: Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (τα ποσά είναι εκφρασμένα σε εκατομμύρια ευρώ).....	37
Πίνακας 2: Αριθμοδείκτης τρέχουσας ρευστότητας .....	42
Πίνακας 3: Αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας .....	43
Πίνακας 4: Αποτελέσματα χρήσης από το 2009 έως και το 2014.....	44
Πίνακας 5: Αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς τις συνολικές υποχρεώσεις .....	45
Πίνακας 6: Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίων .....	46
Πίνακας 7: Αριθμοδείκτης κυκλοφορίας καθαρού κεφαλαίου κίνησης.....	47
Πίνακας 8: Δείκτης Cronbach's Alpha.....	53
Πίνακας 9: Συχνότητες και σχετικές συχνότητες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων .....	55
Πίνακας 10: Συχνότητες και σχετικές συχνότητες για το επάγγελμα και την ασφάλιση των συμμετεχόντων .....	56
Πίνακας 11: Περιγραφικά στοιχεία για την αιμοκάθαρση .....	57
Πίνακας 12: Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου ...	59
Πίνακας 13: Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την ιατρική φροντίδα.....	62
Πίνακας 14: Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα .....	65
Πίνακας 15: Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το διοικητικό προσωπικό.....	67
Πίνακας 16: Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης .....	70
Πίνακας 17: Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης.....	74
Πίνακας 18: Αποτελέσματα παλινδρόμησης.....	75

## ΕΥΡΕΤΗΡΙΟ ΔΙΑΓΡΑΜΜΑΤΩΝ

Διάγραμμα 1: Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας.....	37
Διάγραμμα 2: Δαπάνες του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης.....	39
Διάγραμμα 3: Εισπράξεις του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης .....	40
Διάγραμμα 4: Αριθμοδείκτης τρέχουσας ρευστότητας.....	42
Διάγραμμα 5: Αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας.....	43
Διάγραμμα 6: Αριθμοδείκτης Συνολικής Αποδοτικότητας για τα έτη 2009 έως και 2014.....	44
Διάγραμμα7: Αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς τις συνολικές υποχρεώσεις.....	45
Διάγραμμα 8: Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας.....	46
Διάγραμμα 9: Αριθμοδείκτης κυκλοφορίας καθαρού κεφαλαίου κίνησης.....	47
Διάγραμμα 10: Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου.....	60
Διάγραμμα 11: Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την ιατρική φροντίδα.....	63
Διάγραμμα 12: Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα.....	66
Διάγραμμα 13: Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το διοικητικό προσωπικό.....	68
Διάγραμμα 14: Κατανομή της συνολικής ικανοποίησης από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής...	69
Διάγραμμα 15: Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάλογα με το φύλο των ασθενών	71
Διάγραμμα 16: Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάλογα με την ηλικία των ασθενών .....	73

## Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένεια μου που με ενθάρρυνε σε όλη τη διάρκεια της φοίτησης μου.

Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω τη διοίκηση του νοσοκομείου στο οποίο διεξήχθη η έρευνα, καθώς και όλους τους ασθενείς που αφιέρωσαν το χρόνο τους για την επιτυχή επίτευξη της έρευνας.

Τέλος, θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου κ. Γκρος Χρήστο για τις πολύτιμες συμβουλές και καθοδήγηση που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διατριβής.

## ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι πολύ σημαντική για τη διασφάλιση ενός υψηλού επιπέδου υγείας των πολιτών μίας χώρας. Λόγω της σημαντικότητας της, οι κυβερνήσεις των χωρών καθώς επίσης και οι αρμόδιες αρχές των συστημάτων υγείας των χωρών, έχουν προχωρήσει στη δημιουργία δεικτών, για την αξιολόγησή της. Ένας από τους δείκτες αυτούς είναι η ικανοποίηση των ασθενών, η οποία αφορά στην κάλυψη των αναγκών που έχουν οι ασθενείς αναφορικά με την υγεία τους και συμβάλει σημαντικά στη διαχείριση της ασθένειάς τους. Από τις σύγχρονες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί προκύπτει, ότι σημαντικό μέρος των Ελλήνων πολιτών που έχει χρησιμοποιήσει τις υπηρεσίες υγείας της χώρας, έχει λάβει υψηλό επίπεδο ικανοποίησης. Η παρούσα έρευνα, προσπάθησε και αυτή να διερευνήσει το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνει μία συγκεκριμένη ομάδα ασθενών. Ειδικότερα, στόχος της ήταν η διερεύνηση του επιπέδου ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελευταίο στάδιο της νεφρικής νόσου, από το νεφρολογικό τμήμα του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου. Στην έρευνα συμμετείχαν 33 ασθενείς, οι οποίοι κλήθηκαν να συμπληρώσουν ένα ερωτηματολόγιο. Από τα αποτελέσματα προέκυψε, μέτριος προς υψηλός βαθμός ικανοποίησης αναφορικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου, υψηλός βαθμός ικανοποίησης ως προς την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα και μέτριος βαθμός ικανοποίησης ως προς το διοικητικό προσωπικό. Επίσης, δεν προέκυψε κάποια σημαντική συσχέτιση μεταξύ φύλου και βαθμού ικανοποίησης, όπως επίσης και μεταξύ ηλικίας και βαθμού ικανοποίησης. Καταληκτικά, οι ασθενείς που συμμετείχαν στην έρευνα, εντόπισαν βασικές ελλείψεις ως προς τη στελέχωση, τα αναλώσιμα και τον τεχνολογικό εξοπλισμό, ως αποτέλεσμα της οικονομικής κρίσης και των μέτρων λιτότητας.

**Σκοπός:** Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να ερευνηθεί η ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχονται στο νεφρολογικό τομέα του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου σε συνάρτηση με την ικανοποίηση των ασθενών που προσέρχονται σε αυτό.

**Μεθοδολογία:** Για το σκοπό της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική προσέγγιση, η οποία αποτελεί και μία από τις συνηθέστερες μορφές έρευνας που επιλέγονται στα κοινωνικά και ανθρωπιστικά πεδία. Το εργαλείο της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι το ερωτηματολόγιο. Ο αριθμός των



ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα ανέρχεται στους 33 ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου και επιλέχθηκαν με το κριτήριο αφενός να έχουν την υπό μελέτη πάθηση και αφετέρου να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί και παρέχονται από το Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου. Τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ασθενείς στο τέλος της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, ώστε οι απαντήσεις τους να αντιπροσωπεύουν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν.

**Αποτελέσματα:** Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν στο πλαίσιο της φροντίδας τους. Συγκεντρωτικά, από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα παρουσιάζουν μετρίου προς υψηλού βαθμού ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το περιβάλλον του νοσοκομείου. Επίσης, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν πάρα πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα. Ωστόσο, οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το διοικητικό προσωπικό. Τέλος, από τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών αναφορικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, γίνεται εμφανές ότι οι ασθενείς, έχουν αντιληφθεί ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις που αφορούν στο ανθρώπινο δυναμικό, στα αναλώσιμα καθώς επίσης και στον τεχνολογικό εξοπλισμό.

**Συμπεράσματα:** Συνολικά, η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί σημαντικό εργαλείο μέτρησης της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και προσδιορισμού των στοιχείων εκείνων που χρίζουν βελτίωσης.

Λέξεις Κλειδιά: Ποιότητα υπηρεσιών υγείας, Ικανοποίηση Ασθενών, Οικονομική κρίση, Νεφρική νόσος, Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου.

## **ABSTRACT**

The provided health service quality is very important, in order to ensure a high level of health for the citizens of a country. Due to its significance, the governments, as well as the competent authorities of the health systems of the countries, have proceeded with the development of indicators, in order to assess it. One of these indicators is patient satisfaction, which refers to meeting patient health needs, and contributing effectively to treating their diseases. Evidence from modern research that has been conducted, has shown, that a considerable portion of the Greek citizens who have made use of the health services of the country, has received a significant level of satisfaction. This survey attempted to explore, as well, the level of satisfaction received by a specific group of patients. In more detail, its objective was to investigate the level of satisfaction received by patients who are in the final stage of kidney disease, from the Nephrology Department of the General Hospital of Didymoteicho. The 33 patients who participated in the survey were asked to fill in a questionnaire. The outcomes resulted in a medium-to-high degree of satisfaction concerning the environment of the hospital, a high degree of satisfaction in terms of medical and nursing care, and a medium degree of satisfaction with regard to the administrative personnel. Furthermore, there was no significant correlation between the gender or age, and the degree of satisfaction. Finally, the patients who took part in the survey identified basic staff shortages, as well as shortages in consumables and technological equipment, as a result of the economic crisis and austerity measures.

**Aim:** The aim of this work is to investigate the quality of the services provided in the kidney sector of the Didymoteicho General Hospital in relation to the satisfaction of the patients who come to it.

**Method:** For the purpose of this research, the quantitative approach has been used, which is also one of the most common forms of research selected in the social and human fields. The research tool used in this paper is the questionnaire. The number of people surveyed was 33 patients in the final stage of renal disease and were selected on the one hand to have the condition under study and on the other hand to use the services designed and provided by the General Hospital of Didymoteicho. The questionnaires were distributed

to patients at the end of the dialysis process so that their responses represent the services they receive.

**Results:** The results showed that the majority of the patients who participated in the research are very satisfied with the services they received in their care. In summary, the results of the survey revealed that the participants in the survey showed moderate to a high degree of satisfaction with the services provided in the hospital environment. Also, results show that hemodialysis patients are very satisfied with the services provided in the field of medical and nursing care. However, patients undergoing hemodialysis are moderately satisfied with the services provided by the administrative staff. Finally, from exploring patients' views on the impact of the economic crisis, it is clear that patients have realized that there are significant shortcomings in human resources, in consumables as well as in technological equipment.

**Conclusions:** Overall, measuring patient satisfaction is an important tool for measuring the quality of health services and identifying those who require improvement.

**Keywords:** Health service quality, Patient Satisfaction, Kidney disease, Economic crisis, General Hospital of Didymoteicho.

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, αποτελεί ένα πολύ σοβαρό ζήτημα για τις κυβερνήσεις των χωρών και των αρμόδιων αρχών σχεδιασμού των εθνικών συστημάτων υγείας. Η ποιότητα στο χώρο της υγείας, επηρεάζει σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο υγείας των πολιτών μίας χώρας καθώς επίσης και την ποιότητα της ζωής τους. Πρόκειται για μία διάσταση των υπηρεσιών υγείας που σχετίζεται με την καθολικότητα τους, την καταλληλότητά τους καθώς επίσης και την αμεσότητά τους. Όταν οι υπηρεσίες υγείας, παρέχονται καθολικά στους ασθενείς, χωρίς να πραγματοποιούνται διακρίσεις, είναι κατάλληλες για το πρόβλημα υγείας του εκάστοτε ασθενούς και παρέχονται τη στιγμή που υπάρχει ανάγκη, τότε χαρακτηρίζονται από ποιότητα και είναι ιδιαίτερα ωφέλιμες για τον άνθρωπο και το κοινωνικό σύνολο (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

Λόγω της συμβολής της ποιότητας στο βιοτικό επίπεδο και στο επίπεδο υγείας των πολιτών μίας χώρας, η αξιολόγηση της έχει αποτελέσει αντικείμενο έρευνας τόσο για τους κρατικούς μηχανισμούς όσο και για την επιστημονική κοινότητα. Διάφοροι δείκτες έχουν προταθεί για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας εκ των οποίων ένας από τους ευρέως χρησιμοποιούμενους είναι η ικανοποίηση των ασθενών (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010). Η ικανοποίηση των ασθενών σχετίζεται άμεσα με την κάλυψη των αναγκών που έχουν, αναφορικά με την κατάσταση της υγείας τους και αποτελεί πολύ σημαντικό κίνητρο, για την ενεργή συμμετοχή τους, στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας τους (Λέντζας, 2010).

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα ζήτημα το οποίο έχει διερευνηθεί σε μεγάλο βαθμό τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Ωστόσο, στην Ελλάδα η έρευνα είναι περιορισμένη μετά την εκδήλωση της κρίσης, η οποία έχει επηρεάσει σε πολύ σημαντικό βαθμό το Εθνικό Σύστημα Υγείας και κατά συνέπεια τις μονάδες υγείας που λειτουργούν μέσα σε αυτό. Πρόκειται για ένα ζήτημα ιδιαίτερα επίκαιρο καθώς η ανάληψη μέτρων λιτότητας στο πλαίσιο της αντιμετώπισης της κρίσης, έχει επιφέρει σημαντικές μειώσεις στις δαπάνες για την υγεία (Χαλκιά & Βαρακλιώτη, 2015). Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνήσει το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που δέχονται από το Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου.

Ειδικότερα, η παρούσα εργασία καλείται να δώσει απαντήσεις στα παρακάτω ερευνητικά ερωτήματα:

1. Ποιος είναι ο βαθμός ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, από τις υπηρεσίες της νεφρολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου;
2. Ποια είναι η σχέση που υπάρχει μεταξύ του φύλου και της ηλικίας των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου και του βαθμού ικανοποίησης που λαμβάνουν από τις υπηρεσίες της νεφρολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου;
3. Ποια είναι η σχέση που υπάρχει μεταξύ της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, από τις υπηρεσίες της νεφρολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου;
4. Ποιες είναι οι απόψεις των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, σχετικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου;

Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι για να μπορέσει η παρούσα εργασία να δώσει απαντήσεις στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα έχει χρησιμοποιήσει τόσο την πρωτογενή όσο και τη δευτερογενή έρευνα. Ειδικότερα, για την βιβλιογραφική ανασκόπηση της παρούσας εργασίας, έχει χρησιμοποιηθεί η σύγχρονη βιβλιογραφία και αρθρογραφία που αφορά στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και στην ικανοποίηση των ασθενών. Για την ανάλυση των επιπτώσεων της κρίσης στο Εθνικό Σύστημα Υγείας και στο Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου, έχει λάβει χώρα ανάλυση αριθμοδεικτών. Τέλος, έχει χρησιμοποιηθεί και η πρωτογενής έρευνα και συγκεκριμένα η ποσοτική προσέγγιση, ώστε να μπορέσουν να δοθούν απαντήσεις στα παραπάνω ερευνητικά ερωτήματα.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

## ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

### Εισαγωγή

Στο κεφάλαιο αυτό γίνεται προσπάθεια να διερευνηθεί η σημασία της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας καθώς επίσης και η συμβολή της ποιότητας στο επίπεδο υγείας και στην ποιότητα ζωής των χρηστών των υπηρεσιών υγείας. Ειδικότερα, στο κεφάλαιο αυτό λαμβάνει χώρα η βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από την έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες και ειδικότερα γύρω από τη σημασία της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Στη συνέχεια, παρατέθηκαν τα εργαλεία που χρησιμοποιούνται για την μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και τέλος, παρουσιάστηκαν οι πρακτικές και τα συστήματα που πρέπει να εφαρμοστούν από τις διοικήσεις των μονάδων υγείας, ώστε να εξασφαλιστεί η υψηλή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια το υψηλό επίπεδο υγείας των ατόμων που προχωρούν στη χρήση των υπηρεσιών αυτών.

### 1.1 Προσδιορισμός της ποιότητας

Η ποιότητα αποτελεί μία ανθρώπινη αναζήτηση από την αρχαιότητα και είναι συνώνυμη με την αρετή, τη συνεχή βελτίωση και το “αιέν αριστεύειν” (Ρίκος, 2015). Μεγάλος αριθμός μελετητών έχει προσπαθήσει να προσεγγίσει και να δώσει τον κατάλληλο ορισμό στην έννοια της ποιότητας (Κυριόπουλος & Λιονής, 2004; Παπανικολάου, 2007). Ωστόσο, δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός ορισμός γύρω από την ποιότητα και πολλές φορές προκαλείται σύγχυση. Πρώτος προσδιόρισε τη ποιότητα ο Walter Shewhart (1931) λέγοντας ότι «ποιότητα είναι το πόσο καλό είναι ένα προϊόν». Με αυτήν την έννοια, «η ποιότητα είναι απόλυτα και παγκόσμια αναγνωρίσιμη, πρόκειται για ένα σημείο το οποίο αποτελείται από μη διαπραγματεύσιμα όρια και υψηλή απόδοση. Έτσι, ενώ δεν μπορεί να οριστεί ακριβώς, παρ’ όλα αυτά γίνεται αντιληπτή όπου υπάρχει» (Garvin, 1988).

Ένας από τους βασικότερους μελετητές που ασχολήθηκαν με την έννοια της ποιότητας είναι ο Deming (1982), σύμφωνα με τον οποίο η ποιότητα ενός προϊόντος είναι άμεσα συνυφασμένη με την ικανοποίηση που λαμβάνει ο χρήστης, από την κατανάλωσή του. Σύμφωνα με τον Ishikawa (1985) «η ποιότητα περιλαμβάνει την ανταπόκριση ή την υπερκάλυψη των προσδοκιών των πελατών, η ποιότητα εφαρμόζεται στα προϊόντα, στις υπηρεσίες, στους ανθρώπους, στις διαδικασίες και στο περιβάλλον, η ποιότητα αποτελεί μία διαρκώς μεταβαλλόμενη κατάσταση» (Παπανικολάου, 2007, σελ. 29). Από τον παραπάνω ορισμό γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι η ποιότητα μεταβάλλεται στο χρόνο και παίρνει άλλη μορφή ανάλογα με τις ανάγκες του οργανισμού και τις απαιτήσεις των καταναλωτών.

Οι Κεφαλοπούλου και συν. (2006), υποστηρίζουν ότι η ποιότητα δεν είναι ένα θεωρητικό μέγεθος, το οποίο δε μπορεί να προσδιοριστεί αλλά ένα διακριτό μέγεθος, το οποίο έχει συγκεκριμένες διαστάσεις και προεκτάσεις. Στις βιομηχανικές επιχειρήσεις, η ποιότητα είναι ταυτόσημη με την τήρηση των προδιαγραφών του προϊόντος με βασικό σκοπό να μην υπάρχουν αποκλίσεις από τη διαδικασία και φυσικά από το τελικό αποτέλεσμα (Μπαλάσκα & Μπιτσώρη, 2015). Όπως ήδη σημειώθηκε και παραπάνω όμως, η ποιότητα δεν αφορά μόνο στα προϊόντα αλλά και στις υπηρεσίες και υπάρχουν συγκεκριμένοι παράγοντες ή διαστάσεις που καθορίζουν το επίπεδο της. Ειδικότερα, στην περίπτωση των προϊόντων, οι ποιοτικές διαστάσεις είναι (Παπανικολάου, 2007):

1. Η απόδοση, η οποία καταδεικνύει το βαθμό στον οποίο το προϊόν ανταποκρίνεται στις ανάγκες του καταναλωτή.
2. Η αξιοπιστία, η οποία δείχνει την συχνότητα με την οποία εκδηλώνονται προβλήματα και ελαττώματα ανεξαρτήτως της σοβαρότητας τους.
3. Η διάρκεια, η οποία καταδεικνύει το χρονικό διάστημα το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί το προϊόν χωρίς να πρέπει να υποβληθεί σε κάποια επισκευή ή αντικατάσταση.
4. Η επισκευή, η οποία σχετίζεται με το κόστος και το χρόνο, που χρειάζεται ώστε το προϊόν να διορθωθεί.
5. Η αισθητική, η οποία αφορά σε προδιαγραφές εμφάνισης και άλλων χαρακτηριστικών του.
6. Η αντιληπτική ικανότητα, η οποία σχετίζεται με την αντιληπτική κρίση, που στηρίζεται στην εικόνα και στο εμπορικό όνομα του προϊόντος.

7. Τα δευτερεύοντα χαρακτηριστικά, τα οποία είναι χαρακτηριστικά του προϊόντος, τα οποία μπορούν να προσελκύσουν το ενδιαφέρον του καταναλωτή.
8. Η συμφωνία με τα πρότυπα, κατά την οποία όλα τα χαρακτηριστικά του προϊόντος ακολουθούν τις προδιαγραφές των προτύπων που έχουν ορισθεί.

Η ποιότητα των υπηρεσιών είναι ένα μέγεθος που δε μπορεί εύκολα να μετρηθεί και να καθοριστεί, λόγω της φύσης και της άυλης μορφής των υπηρεσιών. Ωστόσο, οι διαστάσεις που καθορίζουν την ποιότητα των υπηρεσιών είναι δέκα και παρουσιάζονται ακολούθως (Παπανικολάου, 2007):

1. Η αξιοπιστία, η οποία αφορά στη σταθερότητα φροντίδας, στη συνέπεια κατά τη διαδικασία της εκτέλεσης και παράλληλα της παροχής της υπηρεσίας.
2. Η ανταπόκριση, η οποία σχετίζεται με την επιθυμία και την ετοιμότητα των ατόμων που παρέχουν την υπηρεσία, να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των χρηστών.
3. Η ικανότητα, η οποία αφορά στα προσόντα που διαθέτουν τα άτομα που παρέχουν τις υπηρεσίες στους χρήστες.
4. Η πρόσβαση, η οποία αφορά στην ύπαρξη δυνατότητας πρόσβασης στον πάροχο των υπηρεσιών.
5. Η ευγένεια, η οποία σχετίζεται με τη συμπεριφορά και την φιλικότητα που αναπτύσσει το άτομο που παρέχει την υπηρεσία με τον χρήστη.
6. Η επικοινωνία, η οποία αφορά στους τρόπους πληροφόρησης που αναπτύσσει το άτομο που παρέχει την υπηρεσία με τους χρήστες.
7. Η επαγγελματική πίστη, η οποία σχετίζεται με βασικές έννοιες όπως είναι η εμπιστοσύνη και η ειλικρίνεια.
8. Η ασφάλεια, που αφορά τόσο στην ηθική όσο και στη σωματική ασφάλεια όπως επίσης και στην εχεμύθεια.
9. Η κατανόηση, η οποία σχετίζεται με την καταβολή σημαντικής προσπάθειας ώστε τα άτομα που παρέχουν τις υπηρεσίες να μπορέσουν να ικανοποιήσουν τις ανάγκες των χρηστών.
10. Φυσικά χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται με την παρουσία των ατόμων που παρέχουν τις υπηρεσίες αλλά και το χώρο μέσα στον οποίο παρέχονται οι υπηρεσίες.

Όπως φαίνεται, υπάρχει πλειάδα κριτηρίων που καθορίζουν την ποιότητα των προϊόντων και την ποιότητα των υπηρεσιών. Επίσης, είναι σαφές, ότι η αξιολόγηση της ποιότητας



των υπηρεσιών, βασίζεται περισσότερο σε κριτήρια, τα οποία έχουν υποκειμενικό χαρακτήρα και σχετίζονται με την κρίση και τις ανάγκες που έχει ο εκάστοτε χρήστης των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η διαφοροποίηση αυτή ενδέχεται να οφείλεται στα ιδιαίτερα χαρακτηριστικά των υπηρεσιών, τα οποία τις διαφοροποιούν σημαντικά από τα προϊόντα. Πιο συγκεκριμένα, οι υπηρεσίες είναι άυλες και δεν έχουν από χαρακτήρα καθώς επίσης και ότι ο καταναλωτής συμμετέχει με άμεσο τρόπο στη διαδικασία της παραγωγής της υπηρεσίας που λαμβάνει. Ακόμη, οι υπηρεσίες τις περισσότερες φορές δεν έχουν διάρκεια καθώς καταναλώνονται την ίδια στιγμή που παράγονται. Ενδιαφέρον παρουσιάζει το γεγονός ότι η χρήση κάποιας υπηρεσίας δε ταυτίζεται με την κατοχή τίτλου ιδιοκτησίας, όπως συμβαίνει στην περίπτωση των προϊόντων. Τέλος, ο χρήστης δεν έχει τη δυνατότητα να αξιολογήσει τις υπηρεσίες, πριν προχωρήσει στην κατανάλωση τους καθώς πρόκειται για διαδικασίες και όχι για προϊόντα (Παπανικολάου, 2007).

## **1.2 Η ποιότητα στο χώρο της υγείας**

Η ποιότητα στο τομέα της υγείας είναι πολύ πιο σύνθετη υπόθεση απ' ό,τι στο χώρο της βιομηχανίας. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας αποτελεί μία από τις βασικότερες υποχρεώσεις που καλούνται να εκπληρώσουν οι κυβερνήσεις και οι αρμόδιοι φορείς της υγείας ενός κράτους καθώς σχετίζεται άμεσα και έμμεσα με την ευημερία και την αυξημένη ποιότητα ζωής των πολιτών (Κυριόπουλος & Λιονής, 2004). Πρόκειται για μία έννοια η οποία δεν είναι καινούργια στο χώρο της υγείας καθώς από τις αρχές του 20<sup>ου</sup> αιώνα, άρχισαν να γίνονται προσπάθειες αξιολόγησης και βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών (Κεφαλοπούλου και συν., 2006). «Ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας σημαίνει τη παροχή της καλύτερης διαθέσιμης περίθαλψης στον ασθενή, δηλαδή να πραγματοποιείται αυτό που χρειάζεται, στον κατάλληλο χρόνο, με το σωστό τρόπο, στο άτομο που το έχει ανάγκη, εξασφαλίζοντας το βέλτιστο αποτέλεσμα» (Department of Health, UK, 2003). Επίσης, η ποιότητα της φροντίδας υγείας, θα μπορούσε να οριστεί ως «ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας κατορθώνουν να αυξήσουν την πιθανότητα εμφάνισης των επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας και είναι ανάλογες και συνεπείς με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση» (Λιαρόπουλος, 2015, σελ. 244).

Ένας από τους βασικότερους μελετητές γύρω από το χώρο της υγείας είναι ο Avedis Donabedian, καθηγητής στη Σχολή Δημόσιας Υγείας του Πανεπιστημίου του Michigan, ο οποίος ορίζει την ποιότητα στο χώρο της υγείας «ως η μεγιστοποίηση της ικανοποίησης

του ασθενούς, λαμβάνοντας υπόψη τα κέρδη και τις ζημίες που υπάρχουν σε μία διαδικασία περίθαλψης» (Κεφαλοπούλου και συν., 2006, σελ. 18). Ένας ακόμη ορισμός που έχει αποδοθεί στην ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι αυτός που προτάθηκε από τον Thompson (1980, όπως αναφέρεται στους Πέππας & Κοράκη, 2013) σύμφωνα με τον οποίο «ποιότητα υπηρεσιών υγείας είναι το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή στη διάγνωση, θεραπεία, αποκατάσταση, την αποφυγή λαθών και την ευαισθητοποίηση και προσοχή στις ανάγκες του ασθενούς και της οικογένειάς του, με έναν τρόπο, που ενσωματώνει το κόστος, όσο και την αποτελεσματικότητα και παράλληλα καταγράφει το σύνολο των αποτελεσμάτων».

Ο Donabedian, αναλύοντας μελέτες σχετικές με τη ποιότητα υπηρεσιών υγείας, κατέληξε στη διαμόρφωση του πλαισίου διασφάλισης της ποιότητας στο τρίπτυχο "sound structures, good processes and suitable outcomes" (σωστές δομές, καλές διαδικασίες και κατάλληλα αποτελέσματα). Σύμφωνα με αυτό, υποστηρίζει ότι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, είναι αποτέλεσμα τριών διαφορετικών διαστάσεων, της δομής, της διεργασίας και της έκβασης (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012; Κεφαλοπούλου και συν., 2006). Με τον όρο της δομής, εννοούνται τα διαθέσιμα κτίρια, ο διαθέσιμος εξοπλισμός τόσο σε υγειονομικό όσο και σε τεχνολογικό επίπεδο καθώς επίσης και το ανθρώπινο δυναμικό που στελεχώνει τις μονάδες υγείας. Οι διεργασίες αποτελούν όλες τις διαδικασίες που πραγματοποιούνται μέσα στη μονάδα και σχετίζονται είτε με το λειτουργικό είτε με το κλινικό επίπεδο. Οι εκβάσεις είναι τα κλινικά αποτελέσματα, η ικανοποίηση που λαμβάνει ο ασθενής και ο χρήστης των υπηρεσιών υγείας και κατά συνέπεια το επίπεδο υγείας των ατόμων αυτών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012; Κεφαλοπούλου και συν., 2006).

Σύμφωνα με τους Brook et al. (2000), οι περισσότεροι από τους ορισμούς που έχουν προταθεί για την ποιότητα των υπηρεσιών στο χώρο της υγείας έχουν δύο βασικά συστατικά εκ των οποίων το πρώτο αφορά στην τεχνολογική διάσταση της ποιότητας και το δεύτερο στον ανθρωποκεντρικό χαρακτήρα των υπηρεσιών υγείας. Πιο απλά, σύμφωνα με το στοιχείο της ανώτερης τεχνολογικής ποιότητας, όλοι οι χρήστες των υπηρεσιών πρέπει να λαμβάνουν υπηρεσίες υγείας που στηρίζονται στη χρήση διαδικασιών και ελέγχων, που έχουν την ικανότητα να παρέχουν ασφαλή διάγνωση και θεραπεία, σύμφωνα πάντα με την εξέλιξη της ιατρικής επιστήμης και της τεχνολογίας. Σύμφωνα με το στοιχείο της ανθρωποκεντρικής προσέγγισης, οι ασθενείς επιθυμούν να

λάβουν υπηρεσίες στις οποίες μπορούν να έχουν ενεργό ρόλο και χαρακτηρίζονται για το σεβασμό και την ηθική τους.

Σύμφωνα με τον Donabedian, η ποιότητα στο χώρο της υγείας διακρίνεται από 7 διακριτά χαρακτηριστικά, την κλινική αποτελεσματικότητα (efficacy), η οποία σχετίζεται με την βέλτιστη δυνατότητα παροχής φροντίδας, έχοντας ως στόχο τη βελτίωση της ποιότητας, την αποτελεσματικότητα (effectiveness), η οποία αφορά στο βαθμό στον οποίο πραγματοποιούνται βελτιώσεις υγειονομικού χαρακτήρα, την αποδοτικότητα (efficiency), η οποία σχετίζεται με την ικανότητα να επιτευχθούν οι προσφορότερες υγειονομικές βελτιώσεις, με το ελάχιστο δυνατό κόστος, τη βελτιστότητα (optimality), που αφορά στη σχέση κόστους οφέλους, την αποδεκτικότητα (acceptability), που σχετίζεται με την τροποποίηση και προσαρμογή των παρεχόμενων υπηρεσιών στις ανάγκες των ασθενών, τη νομιμότητα (legitimacy) και τέλος τη δίκαιη και ίση διανομή ωφελειών (equity), που αφορά στην ισότητα όλων των χρηστών (Παπανικολάου, 2007).

Ωστόσο, μεγάλο ενδιαφέρον παρουσιάζουν και τα διακριτά χαρακτηριστικά της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σύμφωνα με τον Maxwell. Ειδικότερα, τα χαρακτηριστικά αυτά είναι έξι και είναι η προσπελασιμότητα, η οποία σχετίζεται με την αντιμετώπιση όλων εκείνων των εμποδίων, που αποτρέπουν την πρόσβαση όλων των χρηστών στις υπηρεσίες υγείας και η ισότητα, σύμφωνα με την οποία όλοι οι χρήστες πρέπει να αντιμετωπίζονται με τον ίδιο τρόπο από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας, ανεξαρτήτως των δημογραφικών χαρακτηριστικών τους. Επίσης, είναι η κοινωνική αποδοχή, σύμφωνα με την οποία πρέπει να λαμβάνεται υπόψη η άποψη του ασθενή και να γίνεται δεκτή η κριτική τους, η σχετικότητα ως προς τις ανάγκες, η αποδοτικότητα, η οποία σχετίζεται με την ορθολογική κατανομή των πόρων και η τεχνική αποτελεσματικότητα που αφορά στην επίτευξη του βέλτιστου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία των ασθενών (Παπανικολάου, 2007).

### **1.3 Μέτρηση της Ποιότητας στο Χώρο της Υγείας**

Λόγω της σημαντικότητας της ποιότητας στο χώρο της υγείας είναι απαραίτητη η μέτρηση και η αξιολόγησή της. Μέσα από τα αποτελέσματα που προκύπτουν από τη διαδικασία, οι αρμόδιοι φορείς και οι υπεύθυνοι των μονάδων παροχής υπηρεσιών υγείας, μπορούν να προχωρήσουν στην ανάληψη όλων εκείνων των πρωτοβουλιών που θα

συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας (Λιαρόπουλος, 2015). Η μέτρηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας μπορεί να πραγματοποιηθεί με διάφορους τρόπους και μέσα. Ειδικότερα, τέτοια εργαλεία είναι το διάγραμμα αιτίας-αποτελέσματος, το φύλλο ελέγχου, το διάγραμμα ελέγχου μίας διαδικασίας, το ιστόγραμμα, το διάγραμμα Pareto, το διάγραμμα διασποράς και τέλος η στρωμάτωση (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Πέρα όμως από τα παραπάνω εργαλεία η μέτρηση της ποιότητας μπορεί να πραγματοποιηθεί και μέσα από τη χρήση διαφόρων δεικτών που σχετίζονται με τις τρεις διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας, τη δομή, τις διαδικασίες και την έκβαση (Λιαρόπουλος, 2015).

Οι δείκτες δομής διερευνούν την ποιότητα των εγκαταστάσεων, των κτιριακών υποδομών και των επαγγελματιών υγείας (Λιαρόπουλος, 2015). Τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι η ασφάλεια, η προσβασιμότητα, το εκπαιδευτικό επίπεδο των επαγγελματιών υγείας, η πληρότητα σε ανθρώπινο δυναμικό, η επάρκεια του τεχνολογικού και του ιατρικού εξοπλισμού και άλλοι ανάλογοι που διερευνούν τους παράγοντες που ενσωματώνονται στη δομή των μονάδων υγείας (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Αν και τα παραπάνω χαρακτηριστικά αποτελούν αναγκαίες συνθήκες για τη παροχή υπηρεσιών υγείας, ωστόσο δεν αρκούν για τη διασφάλιση ικανοποιητικών αποτελεσμάτων. Οι δείκτες διαδικασιών διερευνούν το τι γίνεται και το πώς γίνεται μέσα στη μονάδα υγείας, ώστε να παραχθεί και να προσφερθεί η υπηρεσία υγείας στους χρήστες (Λιαρόπουλος, 2015). Τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι η πληρότητα του φακέλου του ασθενούς, ο χρόνος αναμονής των ασθενών, ο αριθμός των ασθενών που εξυπηρετούνται από το εκάστοτε τμήμα σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα, ο αριθμός των εξετάσεων που πραγματοποιούνται σε συγκεκριμένο χρονικό διάστημα και άλλοι ανάλογοι δείκτες. Οι δείκτες διαδικασιών μπορεί να είναι ενδεικτικοί της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, όμως η δυσκολία στη μέτρηση τους, όπως επίσης και η ελλιπής ή μη ορθή καταγραφή των δεδομένων μπορεί να οδηγήσει σε αμφίβολα συμπεράσματα (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012). Τέλος, οι δείκτες που αξιολογούν την έκβαση, προσπαθούν να μετρήσουν τα αποτελέσματα που προκύπτουν μέσα από την παροχή της φροντίδας (Λιαρόπουλος, 2015). Τέτοιοι δείκτες μπορεί να είναι η ποιότητα ζωής των χρηστών, το διάστημα που οι ασθενείς έπεται από τη θεραπεία είναι υγιείς, τα ποσοστά επιβίωσης των χρηστών καθώς επίσης και η ικανοποίηση των χρηστών (Παπακωστίδη & Τσουκαλάς, 2012).

## 1.4 Διασφάλιση και βελτίωση της ποιότητας στο Χώρο της Υγείας

Μέσα από τις προηγούμενες ενότητες γίνεται εύκολα αντιληπτό, ότι είναι αναγκαία η διασφάλιση και η βελτίωση της ποιότητας, στις μονάδες υγείας καθώς αφορά στο επίπεδο της υγείας των πολιτών που εξυπηρετούν καθώς επίσης και στην ποιότητα της ζωής τους. Για να διασφαλιστεί η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας υφίσταται η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Patel, 2009). Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας είναι περισσότερο μία φιλοσοφία πάνω στην οποία στηρίζεται η διοίκηση ενός οργανισμού και λιγότερο ένα μοντέλο διοίκησης (Ακριβός & Ψαρόπουλος, 2008). Πρόκειται για ένα διαφορετικό είδος διοίκησης το οποίο τοποθετεί στο επίκεντρο της, τις επιχειρηματικές στρατηγικές που έχουν τη δυνατότητα να αξιοποιήσουν στο μέγιστο βαθμό τους ανθρώπινους πόρους, με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο, ώστε να επιτευχθούν οι στόχοι του οργανισμού. Επίσης, αυτό το είδος διοίκησης, δίνει πολύ μεγάλη έμφαση στην ποιότητα και αποσκοπεί στη διασφάλιση της μέσα από την ενθάρρυνση της συμμετοχής όλων των συμβαλλόμενων μερών. Ακόμη, πρέπει να αναφερθεί πως στόχος της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι η ικανότητα ανταπόκρισης του οργανισμού στις ανάγκες των εργαζομένων, των πελατών, των μετόχων και της κοινωνίας γενικότερα (Ακριβός & Ψαρόπουλος, 2008).

Σύμφωνα με τον Asim (2001), η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας στηρίζεται σε τρεις βασικές αρχές, στην εστίαση στις ανάγκες των πελατών, στη συνεχή καταβολή προσπάθειας ώστε να επιτευχθεί η συνεχής βελτίωση και η ομαδική εργασία. Η εστίαση στις ανάγκες των πελατών, επιβάλλει την αναδιάρθρωση του οργανισμού με τέτοιο τρόπο, που θα είναι εφικτή η ανταπόκρισή του, στις ανάγκες των πελατών. Επίσης, η διοίκηση του οργανισμού αναζητά συνεχώς τρόπους μέσα από τους οποίους θα καταφέρει να επιτύχει τη βελτιωμένη ποιότητα των υπηρεσιών που παρέχει, ώστε ο πελάτης να λαμβάνει τη μέγιστη δυνατή ικανοποίηση των αναγκών του. Καταληκτικά, η διοίκηση του οργανισμού ενθαρρύνει την ομαδική εργασία καθώς μέσα από τη συνεργασία επιτυγχάνεται η καλύτερη δυνατή αξιοποίηση των ανθρώπινων πόρων.

Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, έχει πολλαπλά οφέλη για τους οργανισμούς, που την υιοθετούν. Ειδικότερα, μέσα από την εφαρμογή της, ελαχιστοποιείται ο αριθμός των λαθών και ο οργανισμός καταφέρνει να οδηγηθεί σε

μεγαλύτερη αποτελεσματικότητα. Πέρα όμως από τα νούμερα, μέσα από την εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, οι εργαζόμενοι βελτιώνουν τα επίπεδα συνεργασίας τους και απολαμβάνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την ίδια τη φύση της εργασίας τους αλλά και από το περιβάλλον μέσα στο οποίο αναπτύσσεται η εργασιακή τους εμπειρία. Από την άλλη πλευρά, η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας έχει και κάποια μειονεκτήματα, τα οποία ουσιαστικά σχετίζονται με την αδυναμία εφαρμογής της, με ολιστικό τρόπο λόγω των προβληματικών διαδικασιών μέσα σε έναν οργανισμό καθώς επίσης και λόγω της ύπαρξης συγκρούσεων και εντάσεων (Asim, 2001).

Η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, στις μονάδες υγείας μπορεί να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας καθώς πρόκειται για έναν τρόπο διοίκησης, που παρακινεί τους εργαζόμενους, να παράγουν όσο το δυνατόν μεγαλύτερο έργο, έχοντας ως γνώμονα την υψηλή ποιότητα. Πρόκειται για ένα μέσο που ενθαρρύνει τη συνεργασία και την επικοινωνία μεταξύ των επαγγελματιών υγείας, με συνέπεια, το παραγόμενο έργο να προσανατολίζεται στον ασθενή και να είναι αποτέλεσμα μίας ολιστικής προσπάθειας (Patel, 2009). Σύμφωνα με τους Faloudah et al. (2015), η εφαρμογή της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας είναι αναγκαία καθώς μέσα από αυτή εξασφαλίζεται η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών των μονάδων υγείας καθώς επίσης και περιορίζεται το κόστος λειτουργίας των μονάδων υγείας. Επίσης, οι ίδιοι καθιστούν σαφές, ότι πρόκειται για ένα μέσο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί από τις διοικήσεις των μονάδων υγείας με σκοπό την αύξηση της ανταγωνιστικότητας της μονάδας και την αποφυγή προβλημάτων που αφορούν την εύρυθμη λειτουργία τους.

Ωστόσο, στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών για να βελτιωθεί, είναι απαραίτητο να διασφαλιστεί η ύπαρξη διαφόρων παραγόντων ταυτόχρονα, στο πλαίσιο της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας. Πιο συγκεκριμένα σύμφωνα με τον Mosadeghrad (2014), για να διασφαλιστεί η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, είναι απαραίτητο να υπάρχει μέσα σε μία μονάδα υγείας, η κατάλληλη ηγεσία, η οποία θα ενθαρρύνει τους εργαζόμενους να συνεργάζονται τόσο μεταξύ τους όσο και με τους ασθενείς, ώστε να εξασφαλίζεται η παροχή μίας ολοκληρωμένης φροντίδας υγείας. Επίσης, κρίνει απαραίτητη την εκπαίδευση και την κατάρτιση των επαγγελματιών υγείας πάνω σε θέματα ποιότητας καθώς επίσης και την ορθολογική διαχείριση των διαθέσιμων πόρων.

Εκτός της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, η υιοθέτηση της κλινικής διακυβέρνησης είναι απαραίτητη για τη διασφάλιση και τη βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Μέσα από την κλινική διακυβέρνηση καταβάλλεται αξιόλογη προσπάθεια ώστε να δημιουργηθεί ένα νέο βελτιωμένο σύστημα υγείας, που θα παρέχει υπηρεσίες υγείας υψηλής ποιότητας καθώς στηρίζεται σε πρακτικές οι οποίες επιφέρουν στη συνεχή βελτίωση των διαδικασιών που ακολουθούνται μέσα σε αυτό (Πάτσιοι και συν., 2014). Σύμφωνα με τους Mousavi et al. (2014), η κλινική διακυβέρνηση είναι απαραίτητη ώστε να διασφαλιστεί η ύπαρξη της αποτελεσματικής επικοινωνίας μεταξύ των επαγγελματιών υγείας καθώς και η ύπαρξη των κατάλληλων διαδικασιών ελέγχου, που θα εξασφαλίσει ότι τόσο οι χρήστες των παρεχόμενων υπηρεσιών όσο και οι εργαζόμενοι μέσα στις μονάδες υγείας απολαμβάνουν τη μέγιστη δυνατή ασφάλεια.

Η κλινική διακυβέρνηση, στηρίζεται στον κλινικό έλεγχο, ο οποίος ορίζεται ως «η συστηματική κριτική ανάλυση της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας, στην οποία συμπεριλαμβάνονται οι διαδικασίες οι οποίες χρησιμοποιούνται για τη διάγνωση και τη θεραπεία, η χρήση των πόρων, οι επιπτώσεις για τον ασθενή και η απορρέουσα ποιότητα ζωής» (Παπανικολάου, 2007, σελ. 245), στην κλινική αποτελεσματικότητα η οποία ορίζεται «ως ο βαθμός στον οποίο συγκεκριμένες παρεμβάσεις, όταν εφαρμοστούν επί τόπου σε έναν συγκεκριμένο ασθενή ή πληθυσμό, επιτυγχάνουν το στόχο τους» (Παπανικολάου, 2007, σελ. 253), στις κλινικές κατευθυντήριες οδηγίες, οι οποίες ορίζονται «ως οι τοπικά προσαρμοσμένες εκδοχές, οι οποίες περιέχουν περισσότερες επιχειρησιακές λεπτομέρειες των ευρύτερων δηλώσεων σχετικά με την καλή ιατρική πρακτική» (Παπανικολάου, 2007, σελ. 254) και στην τεκμηριωμένη φροντίδα υγείας, η οποία είναι «η πρακτική η οποία αντανακλά την επιδίωξη των γιατρών και των άλλων επαγγελματιών υγείας να βασίσουν τη δουλειά τους, σε διαδικασίες των οποίων η αποτελεσματικότητα έχει τεκμηριωθεί επιστημονικά (Παπανικολάου, 2007, σελ. 261).

Απαραίτητη είναι και η επένδυση στα συστήματα ποιότητας καθώς πρόκειται για εργαλεία, τα οποία μπορούν να χρησιμοποιηθούν από τις μονάδες υγείας στο πλαίσιο της βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Πρόκειται για ένα εργαλείο, το οποίο περιλαμβάνει διάφορες μεθόδους και διαδικασίες που αφορούν στην αποτελεσματική λειτουργία της μονάδας υγείας (Παπανικολάου, 2007). Η συμβολή των συστημάτων ποιότητας στις μονάδες υγείας, γίνεται ορατή και μέσα από την έρευνα των Πάτσιοι και συν. (2014), σύμφωνα με τους οποίους έγινε αντιληπτό, ότι η εφαρμογή τους, συνέβαλε σημαντικά στην αύξηση των δεικτών της ποιότητας. Επίσης, χάρη στην

εφαρμογή των συστημάτων αυτών, βελτιώθηκε σημαντικά η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας καθώς και των οικογενειών τους (Πάτσιος και συν., 2014).

Αξίζει λοιπόν να σημειωθεί, πως η διασφάλιση της ποιότητας στην υγεία αφορά τη λειτουργία των συστημάτων υγείας, τη λειτουργία υπηρεσιών υγείας και την παροχή μεμονωμένης φροντίδας. Σε όλες αυτές τις περιπτώσεις η ποιότητα στην υγεία δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο, αλλά επεκτείνεται σε όλο το φάσμα των υπηρεσιών και φροντίδων. Γι' αυτό άλλωστε, τα τελευταία χρόνια, η ποιότητα δεν στοχεύει μόνο στην ικανοποίηση του ασθενούς, αλλά όλων των «πελατών» των υπηρεσιών υγείας, στους οποίους περιλαμβάνονται, εκτός από τους ασθενείς, οι συγγενείς, οι επισκέπτες, ο κοινωνικός περίγυρος κ.λπ. Επίσης, οι εργαζόμενοι, πρέπει να θεωρούνται «εσωτερικοί πελάτες» των υπηρεσιών (Τούντας, 2008).



## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

# Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

### Εισαγωγή

Τα τελευταία χρόνια η ιατρική επιστήμη και οι υπηρεσίες που παρέχονται στους ασθενείς έχουν αλλάξει σημαντικά και εστιάζουν το ενδιαφέρον τους στον άνθρωπο. Η μετάβαση από ένα μοντέλο ιατρικής προσανατολισμένο στον γιατρό προς ένα μοντέλο προσανατολισμένο στον ασθενή, έδωσε πολύ μεγάλη έμφαση στην ικανοποίηση που λαμβάνει από τις υπηρεσίες που του παρέχονται, με αποτέλεσμα να προσελκύσει το ενδιαφέρον σημαντικών ερευνητών. Στο κεφάλαιο αυτό πραγματοποιείται η βιβλιογραφική ανασκόπηση γύρω από τη σημασία της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και των παραγόντων που τη διαμορφώνουν, όπως επίσης παρατίθενται και τα αποτελέσματα άλλων ερευνών αναφορικά με το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας.

### 2.1 Ο ορισμός της ικανοποίησης ασθενών

Η ικανοποίηση των ασθενών αποτελεί ένα ιδιαίτερα περίπλοκο ζήτημα το οποίο έχει προσελκύσει το ενδιαφέρον μεγάλου αριθμού ερευνητών. Σύμφωνα με τους Κοτσαγιώργη & Γκέκα (2010), η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας συνδέεται άρρηκτα με την εκπλήρωση των αναγκών τους. Πιο συγκεκριμένα, αναφέρουν ότι «ως εκπλήρωση αναγκών μπορεί να οριστεί ο βαθμός ικανοποίησης των προσδοκιών και της κάλυψης των εσωτερικών αναγκών σε σχέση με την προσωπική εμπειρία» (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010, σελ. 398). Συνεπώς, για να μπορέσει ένας ασθενής να βιώσει ικανοποιημένος από τις υπηρεσίες που δέχεται, αυτές θα πρέπει να έχουν τη δυνατότητα να καλύψουν τις ανάγκες του και τις προσδοκίες του.

Σύμφωνα με τους Bond και Thoma (όπως αναφέρεται στους Αντεριώτη & Αντωνίου, 2014) «οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι όταν εκπληρώνονται οι εσωτερικές ανάγκες

τους, όπως ανάγκη για διαπροσωπικές σχέσεις, αναγνώριση και συμμετοχή στις αποφάσεις, ενώ είναι δυσαρεστημένοι όταν οι περιβαλλοντολογικοί παράγοντες και οι ευκολίες που παρέχονται δεν είναι οι κατάλληλες». Από τον ορισμό αυτόν, γίνεται εύκολα αντιληπτό ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα ζήτημα υποκειμενικό καθώς σχετίζεται με τις προσωπικές ανάγκες του κάθε ατόμου, οι οποίες διαφοροποιούνται από το ένα άτομο στο άλλο, ανάλογα με το εσωτερικό του και το εξωτερικό του περιβάλλον.

Η διερεύνηση του επιπέδου της ικανοποίησης των ασθενών είναι πολύ σημαντική διαδικασία καθώς σχετίζεται αφενός με την έκβαση της υγείας των ασθενών και αφετέρου με την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Λέντζας και συν., 2010; Κωνσταντίνου & Μητρόπουλος, 2012). Ο υψηλός βαθμός ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες που δέχονται είναι καθοριστικής σημασίας για την εξέλιξη της υγείας τους. Χαρακτηριστικά, οι ασθενείς που λαμβάνουν υψηλό επίπεδο ικανοποίησης είναι περισσότερο πρόθυμοι να συνεργαστούν με τους επαγγελματίες υγείας καθώς επίσης και να ακολουθήσουν πιστά τις οδηγίες των ειδικών, με αποτέλεσμα να επιτυγχάνουν καλύτερα αποτελέσματα (Κοτσαγιώργη & Γκέκα, 2010).

## **2.2 Παράγοντες που προσδιορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών**

Η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας είναι αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασης διαφόρων παραγόντων, όπως είναι οι προσδοκίες που έχουν από αυτές, τα κοινωνικά και οικονομικά χαρακτηριστικά τους καθώς και οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες που διαμορφώνουν τις αντιλήψεις και τις στάσεις τους (Λέντζας και συν., 2010). Πιο συγκεκριμένα, τα άτομα που έχουν πολύ υψηλές προσδοκίες και κατά συνέπεια απαιτήσεις τόσο από την ίδια την υπηρεσία όσο και από τους επαγγελματίες υγείας, αδυνατούν να τις ικανοποιήσουν πλήρως με συνέπεια ο βαθμός ικανοποίησης που λαμβάνουν να μην είναι ο μέγιστος δυνατός.

Επίσης, μέσα από διάφορες έρευνες έχει καταστεί σαφές ότι τα δημογραφικά χαρακτηριστικά, επηρεάζουν σημαντικά και σε μεγάλο βαθμό το επίπεδο ικανοποίησης που δέχονται οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας (Λέντζας και συν., 2010). Πιο συγκεκριμένα, οι Γαβριήλ και συν. (2012), υποστηρίζουν ότι το φύλο, η ηλικία, το

επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση, η ασφαλιστική κάλυψη όπως επίσης και το επίπεδο της υγείας των χρηστών, αποτελούν προσδιοριστικούς παράγοντες για το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας. Χαρακτηριστικά, οι Πολύζος και συν. (2007), υποστηρίζουν ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας καθώς και τα άτομα χαμηλότερου μορφωτικού επιπέδου, τείνουν να ικανοποιούνται σε μεγαλύτερο βαθμό από τα άτομα μικρότερης ηλικίας και τα άτομα υψηλότερου μορφωτικού επιπέδου αντίστοιχα. Με την ύπαρξη σχέσης ανάμεσα στο εκπαιδευτικό επίπεδο των χρηστών και την ικανοποίηση που λαμβάνουν, συμφωνούν και οι Καμπάνταη & Νιάκας (2004). Οι Καδδά και συν. (2010), μέσα από τη διενέργεια πρωτογενούς έρευνας κατέληξαν ότι οι γυναίκες ασθενείς λαμβάνουν χαμηλότερα επίπεδα ικανοποίησης, συγκριτικά με τους άντρες ασθενείς. Ωστόσο, υπάρχουν και έρευνες οι οποίες δεν υποστηρίζουν τη σχέση μεταξύ των δημογραφικών χαρακτηριστικών και της ικανοποίησης, όπως είναι αυτή των Chou et al. (2010).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, φαίνεται και αυτοί να έχουν τη δυνατότητα να επιδράσουν στο βαθμό της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς από τις υπηρεσίες υγείας που δέχονται. Ανάλογα με το περιβάλλον του ατόμου, τις αντιλήψεις του και τις πεποιθήσεις του, διαμορφώνονται οι ανάγκες του και κατά συνέπεια οι απαιτήσεις που έχει από τις υπηρεσίες που λαμβάνει με σκοπό να ικανοποιήσει τις ανάγκες αυτές (Λέντζας και συν., 2010). Συμπερασματικά, πρέπει να αναφερθεί ότι οι Λέντζας και συν. (2010), υποστηρίζουν ότι οι διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας που σχετίζονται άρρηκτα με το βαθμό της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες, είναι η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, η οποία όπως σημειώθηκε και στο πρώτο κεφάλαιο της παρούσας εργασίας σχετίζεται με τις δομές, τις διαδικασίες και την έκβαση και η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς. Η σχέση που υπάρχει μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ποιότητας όπως και η σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ γιατρού και ασθενή και της ικανοποίησης που απορρέει μέσα από αυτή, παρουσιάζονται στις επόμενες ενότητες του κεφαλαίου αυτού.

## 2.3 Η ικανοποίηση των ασθενών ως αποτέλεσμα της σχέσης γιατρού ασθενούς

Η σχέση γιατρού ασθενούς επηρεάζεται επίσης κατά κόρον από την γενικότερη αντίληψη της κοινωνίας για την υγεία και την ασθένεια, η οποία μπορεί να είναι σύμφωνη είτε με το βιοϊατρικό είτε με το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο θεώρησης της υγείας. Σύμφωνα με το πρώτο μοντέλο, κάθε σύμπτωμα του ασθενούς εξηγείται βάσει διαταραγμένων σωματικών λειτουργιών. Έτσι υπεραπλουστεύεται η φύση της ασθένειας, ώστε να είναι και πιο εύκολα διαχειρίσιμη επιστημονικά, αλλά αυτή η προσέγγιση παραμελεί τις κοινωνικές και ψυχολογικές της διαστάσεις. Το μοντέλο αυτό αναπτύχθηκε κατά τον 19<sup>ο</sup> αιώνα, όποτε και συντελέστηκαν μείζονες ανακαλύψεις επιστημονικές, όπως η αποσαφήνιση της φυσιολογίας του κυκλοφορικού συστήματος και η απόδειξη της θεωρίας πως για τα λοιμώδη νοσήματα ευθύνονται παθογόνοι μικροοργανισμοί (Kaba & Sooriakumaran, 2007).

Αυτή η θεώρηση ελαχιστοποιεί τη σημασία της σχέσης μεταξύ γιατρού και ασθενούς για την επίτευξη του θεραπευτικού αποτελέσματος, καθώς ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται ολιστικά, αλλά σαν ένα σύνολο συστημάτων που πάσχουν, ενώ η συζήτηση με αυτόν θεωρείται για το γιατρό ένα αναγκαίο κακό για την απόκτηση διαγνωστικών πληροφοριών. Έτσι ο γιατρός αποκτά το ρόλο της αυθεντίας που κατέχει τη γνώση της βιοϊατρικής επιστήμης και ο ασθενής, που την αγνοεί, υπακούει παθητικά στις ιατρικές συμβουλές και δέχεται τους θεραπευτικούς χειρισμούς που του προτείνονται. Αυτή η αντίληψη επιβάλλει ουσιαστικά να κινηθεί η σχέση γιατρού ασθενούς στα πλαίσια των δύο πρώτων (της ενεργητικότητας-παθητικότητας και της καθοδήγησης-συνεργασίας), ιατροκεντρικών μοντέλων που προτάθηκαν από τους Szasz και Hollander, με απουσία της ενσυναίσθησης και της ουσιαστικής επικοινωνίας (Cushing, 2015).

Αρχίζοντας από την άποψη πως η αντιμετώπιση του ασθενούς σύμφωνα με το βιοϊατρικό μοντέλο δεν είναι εφικτή αν είναι ασαφής η διάγνωση, άρχισε από τη δεκαετία του 1960 να διατυπώνεται το αίτημα για τη συγκρότηση ενός νέου μοντέλου θεώρησης της υγείας. Έτσι αναπτύχθηκε το βιοψυχοκοινωνικό μοντέλο, που πρεσβεύει πως τα χαρακτηριστικά της ασθένειας δεν μπορούν να εξηγηθούν μόνο βάσει της επιστήμης και πως η ιατρική γνώση είναι ατελής, καταργώντας έτσι το ρόλο του γιατρού ως αυθεντία (Engel, 1977). Στα πλαίσια του βιοψυχοκοινωνικού μοντέλου συνίσταται μια ολιστική προσέγγιση του

ασθενούς και της σχέσης του με το γιατρό, με σκοπό την αντιμετώπιση όχι μόνο των σωματικών, αλλά των κοινωνικών και των ψυχολογικών συνιστωσών της ασθένειας. Έτσι η εστίαση της ιατρικής περίθαλψης μεταβαίνει από το γιατρό στον ασθενή και αναγνωρίζεται η αδιαπραγμάτευτη σημασία της σχέσης τους για την επιτυχή έκβαση. Ο ασθενής δεν αντιμετωπίζεται ως σύνολο συμπτωμάτων αλλά επαναπροσωποποιείται και αναγνωρίζεται η αμφίδρομη σχέση μεταξύ της κοινωνικής και ψυχολογικής του συγκρότησης με τα συμπτώματα που τον ταλαιπωρούν (Cushing, 2015).

Η σχέση μεταξύ του γιατρού και του ασθενούς που δίνει έμφαση στις ανάγκες του δεύτερου και τοποθετεί τον ασθενή στο επίκεντρο των ιατρικών υπηρεσιών, είναι αυτή που μπορεί να συνεισφέρει στην αύξηση της ικανοποίησης του ασθενούς, από τον γιατρό του και από τις υπηρεσίες που λαμβάνει. Το όφελος από την ανθρωποκεντρική αυτή σχέση και η έντονη στάση ενδιαφέροντος του γιατρού απέναντι στον ασθενή μπορεί να ταξινομηθεί σε άμεσο, βραχυπρόθεσμο και μακροπρόθεσμο. Άμεσα, ενθαρρύνει τον ασθενή να συμμετέχει ενεργά στη συνάντηση, να είναι πιο συνεργάσιμος και να αποκαλύπτει περισσότερες πληροφορίες για το ιστορικό και τη γενικότερη κατάστασή του. Έτσι, μέσω της καλύτερης επικοινωνίας είναι και ο γιατρός σε θέση να εκτιμήσει καλύτερα την κατάσταση του ασθενούς, να διερευνήσει πιο αποδοτικά τυχόν συννοσηρότητες ή επιβαρυντικούς παράγοντες και να επιλέξει από όλες τις εγκεκριμένες θεραπείες αυτήν που έχει τον ευνοϊκότερο λόγο κόστους/όφελος για τον συγκεκριμένο ασθενή. Παράλληλα, ο ασθενής αισθάνεται περισσότερο ικανοποιημένος μετά το πέρας της συνάντησης επειδή νιώθει πως τον κατανοούν παρά την ασθένειά του και ελπίζει πως θα βελτιωθεί η κατάσταση. Έτσι έχει περισσότερη εμπιστοσύνη στον θεράποντα γιατρό και είναι πιο πρόθυμος να συμμορφωθεί στη θεραπεία (Lelorain et al., 2012).

## **2.4 Η σχέση που υπάρχει μεταξύ της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης των χρηστών**

Οι Πολύζος και συν. (2005), υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα μέτρο το οποίο μπορεί να χρησιμοποιηθεί για την αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Πιο συγκεκριμένα, υποστηρίζει ότι πρόκειται για δύο

μεταβλητές οι οποίες παρουσιάζουν θετική συσχέτιση και όσο αυξάνεται η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών τόσο αυξάνεται και η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες. Ωστόσο, πρόκειται για ένα μέγεθος το οποίο δε μπορεί εύκολα να υπολογιστεί καθώς οι έρευνες που πραγματοποιούνται στους χρήστες των υπηρεσιών υγείας και οι δείκτες που μετρούν διάφορες διαστάσεις της που σχετίζονται με τις παρεχόμενες υπηρεσίες, μπορεί να διαφοροποιούνται σημαντικά ως προς τα αποτελέσματά τους (Λιαρόπουλος, 2010). Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι υπάρχουν αρκετοί ειδικοί στο χώρο της υγείας, οι οποίοι ασκούν κριτική στη σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση των ασθενών και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η κριτική που ασκείται αναφορικά με την ικανότητα της ικανοποίησης των ασθενών να χρησιμοποιηθεί ως μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας στηρίζεται στο γεγονός ότι η ικανοποίηση που λαμβάνει ο ασθενής είναι αποτέλεσμα ενός συνδυασμού παραγόντων που μπορεί να διαφοροποιείται από τη μία μέτρηση στην άλλη, λόγω των διαφορετικών χαρακτηριστικών του εκάστοτε χρήστη. Ειδικότερα, ο Λιαρόπουλος (2010, σελ. 111), υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση που λαμβάνει ο χρήστης υπηρεσιών «επηρεάζεται από τις ελευθερίες των επιλογών που παρέχονται στην επιλογή γιατρού, χρόνου και τόπου παροχής υπηρεσιών και τύπου ασφάλισης». Επίσης, οι Merkouris et al. (2013), υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση δε μπορεί να αποτελέσει μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών καθώς οι ασθενείς και γενικότερα οι χρήστες των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, δεν έχουν την κατάλληλη γνώση και επιστημονική κατάρτιση ώστε να κρίνουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες.

## **2.5 Αποτελέσματα ερευνών γύρω από το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας**

Μία ιδιαίτερα πρόσφατη έρευνα που διενεργήθηκε με σκοπό να εξετάσει το επίπεδο ικανοποίησης των χρηστών των υπηρεσιών υγείας στην Ελλάδα, αποτελεί η έρευνα των Χαντζοπούλου και συν. (2017). Στην έρευνα αυτή συμμετείχαν 382 ασθενείς που πραγματοποίησαν επείγουσα εισαγωγή σε νοσοκομείο τριτοβάθμιας περίθαλψης στην Ελλάδα. Από τα ευρήματα της έρευνας προέκυψε ότι το 69% των ασθενών ήταν πολύ ικανοποιημένο από τις δομές του νοσοκομείου και συγκεκριμένα από τους χώρους, τον

εξοπλισμό του καθώς επίσης και από τις συνθήκες που επικρατούν μέσα στους θαλάμους. Το ίδιο ποσοστό δήλωσε πολύ ικανοποιημένο και από τη διατροφή που τους πρόσφεραν κατά τη διάρκεια της νοσηλείας τους. Μεγάλη ήταν και η ικανοποίηση των ασθενών από τις διαπροσωπικές σχέσεις που ανέπτυξαν με τους επαγγελματίες υγείας. Από την άλλη πλευρά, οι ασθενείς δήλωσαν δυσαρέσκεια αναφορικά με τον χρόνο που χρειάστηκαν ώστε να εισαχθούν και να πραγματοποιήσουν τις απαραίτητες εξετάσεις.

Ακόμη μία έρευνα που πραγματοποιήθηκε για τον ίδιο σκοπό είναι αυτή των Χαλκίδη και συν. (2016). Ειδικότερα, η υπό μελέτη έρευνα προσπάθησε να διερευνήσει το βαθμό της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι οικογένειες των ασθενών, οι οποίοι νοσηλεύονται στις ΜΕΘ. Η έρευνα πραγματοποιήθηκε σε 47 συγγενείς και φροντιστές ασθενών που νοσηλεύονται στις ΜΕΘ για περισσότερες από 48 ώρες. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξε ότι ήταν ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που λάβανε. Ωστόσο, είχαν ανάγκη για καλύτερη πληροφόρηση σχετικά με την κατάσταση της υγείας των ασθενών και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Η συγκεκριμένη εργασία, παρουσιάζει μεγάλο ενδιαφέρον, λόγω της κρισιμότητας της κατάστασης των ασθενών και των έντονων αναγκών των συγγενών τους.

Η Καλογεροπούλου (2011) προσπάθησε και αυτή με τη σειρά της να διενεργήσει έρευνα ώστε να διεξάγει συμπεράσματα αναφορικά με το επίπεδο ικανοποίησης που λαμβάνουν οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας έξι γενικών νοσοκομείων της Αθήνας. Στην έρευνα συμμετείχαν 300 άτομα και τα αποτελέσματα που προέκυψαν διαφοροποιούνται σημαντικά από των υπολοίπων ερευνών. Ειδικότερα, αρκετά μεγάλο ποσοστό του δείγματος δεν έμεινε ικανοποιημένο από την ενημέρωση που έλαβε αναφορικά με την κατάσταση της υγείας του, την προτεινόμενη θεραπεία και τα αναμενόμενα αποτελέσματα. Επίσης, παράγοντες που επηρέασαν αρνητικά το επίπεδο ικανοποίησης που έλαβαν οι χρήστες είναι η καθαριότητα, οι συνθήκες διαμονής και η ποιότητα του φαγητού. Ιδιαίτερο ενδιαφέρον παρουσιάζει η δυσαρέσκεια αναφορικά με την παραβίαση του ιατρικού απορρήτου όπως επίσης και η δυσαρέσκεια αναφορικά με τη συμπεριφορά του προσωπικού. Ωστόσο, αρκετά σημαντικό ποσοστό του δείγματος έμεινε απόλυτα ικανοποιημένο από την ταχύτητα εξυπηρέτησης και την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας.

Μία ακόμη από τις έρευνες που έχουν διενεργηθεί με σκοπό να διερευνήσουν το επίπεδο ικανοποίησης των Ελλήνων πολιτών από τις υπηρεσίες υγείας που λαμβάνουν είναι αυτή

των Λέντζας και συν. (2010). Στην έρευνα συμμετείχαν 922 άτομα τα οποία χρησιμοποίησαν τις υπηρεσίες υγείας δέκα Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας. Από την ανάλυση των δεδομένων προέκυψε ότι συνολικά οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας των Κέντρων αυτών έχουν λάβει υψηλή ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν. Τα βασικά προβλήματα τα οποία αντιμετώπισαν οι χρήστες που συμμετείχαν στην έρευνα σχετίζονται με τις ελλείψεις που σημειώνονται στο προσωπικό και στην αδυναμία πλήρους λειτουργίας όλων των τμημάτων των υπό μελέτη Κέντρων Υγείας.

Οι Παπαγιαννοπούλου και συν. (2008), εξέτασαν την ικανοποίηση που δέχονται οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ενός παιδιατρικού νοσοκομείου της Αττικής. Στην έρευνα συμμετείχαν 1000 άτομα εκ των οποίων μεγάλο ποσοστό δήλωσε υψηλή ικανοποίηση αναφορικά με την ενημέρωση που έλαβε από τους επαγγελματίες υγείας. Τα αποτελέσματα αναφορικά με την ταχύτητα εισαγωγής και εξυπηρέτησης διαφοροποιούνται σημαντικά καθώς σημαντικό μέρος του δείγματος υποστηρίζει ότι έμεινε απόλυτα ικανοποιημένο ενώ αντίστοιχο τμήμα του δείγματος τοποθετήθηκε σε διαμετρικά αντίθετο σημείο. Ακόμη, η πλειοψηφία του δείγματος υποστήριξε ότι οι επαγγελματίες υγείας ήταν ιδιαίτερα ευγενικοί και οι διοικητικοί υπάλληλοι ιδιαίτερα εξυπηρετικοί.

Οι Πολύζος και συν. (2007), προσπάθησαν να διερευνήσουν την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες των υπηρεσιών που προσφέρει ένα Κέντρο Υγείας της Ελλάδας. Στην έρευνα συμμετείχαν 150 άτομα εκ των οποίων η πλειοψηφία των χρηστών δήλωσε ότι είναι απόλυτα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που έχουν λάβει. Κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς αφορά στους επαγγελματίες υγείας, στις υποδομές, στις διαδικασίες και στην έκβαση της υγείας των ασθενών, μέσω των θεραπειών που προτάθηκαν. Οι κύριοι λόγοι που περιόρισαν την ικανοποίηση των χρηστών ήταν ο χρόνος αναμονής όπως επίσης και η ανεπαρκής στελέχωση του Κέντρου Υγείας με εξειδικευμένο προσωπικό.

Αρκετά παλαιότερη είναι η έρευνα που πραγματοποιήθηκε από τους Πολύζος και συν. (2005), έχοντας και αυτή σκοπό να διερευνήσει την ικανοποίηση των ασθενών που προχώρησαν σε χρήση υπηρεσιών υγείας δύο νοσοκομείων της Αττικής εκ των οποίων το πρώτο ήταν μη κερδοσκοπικού χαρακτήρα και το δεύτερο δημόσιο. Από την ανάλυση των δεδομένων έγινε αντιληπτό, ότι η ικανοποίηση που λάβανε οι ασθενείς από τις



υπηρεσίες ήταν αρκετά υψηλή. Υψηλή ήταν η ικανοποίηση τόσο για τις υποδομές των δύο νοσοκομείων όσο και για τις υπηρεσίες, το επίπεδο ενημέρωσης και τη διαπροσωπική σχέση που αναπτύχθηκε μεταξύ των επαγγελματιών υγείας και των ασθενών.

Οι Καμπάντα & Νιάκας (2004), πραγματοποίησαν έρευνα με σκοπό να διαπιστώσουν το επίπεδο της ικανοποίησης που δέχονται οι χρήστες των υπηρεσιών που παρέχονται από το Κοινοτικό Κέντρο Ψυχικής Υγείας στη βόρεια Ελλάδα. Η πλειοψηφία των συμμετεχόντων υποστήριξαν ότι έμειναν ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις υποδομές της μονάδας και από τις υπηρεσίες που τους παρείχαν τόσο οι διοικητικοί υπάλληλοι όσο και οι επαγγελματίες υγείας. Ακόμη, μέσα από την έρευνα αυτή διαφάνηκε ότι υπάρχει έντονη σχέση ανάμεσα στα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος και στο βαθμό ικανοποίησης. Χαρακτηριστικά, τα άτομα που λαμβάνουν υψηλό βαθμό ικανοποίησης έχουν χαμηλό εκπαιδευτικό υπόβαθρο και ζούνε σε αγροτικές περιοχές.

## **ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3**

# **Η ΕΠΙΔΡΑΣΗ ΤΗΣ ΚΡΙΣΗΣ ΣΤΟ ΕΘΝΙΚΟ ΣΥΣΤΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΣΤΟ ΓΕΝΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΔΙΔΥΜΟΤΕΙΧΟΥ**

### **Εισαγωγή**

Η Ελλάδα από το 2009, μέχρι και σήμερα, διανύει μια από τις πιο σοβαρές κρίσεις χρέους στην ιστορία της, η οποία οδήγησε το 2010 στην υπογραφή του Μνημονίου Οικονομικής και Χρηματοπιστωτικής Πολιτικής, ώστε να λάβει δάνειο 110 δις ευρώ, με σκοπό τη διάσωση της οικονομίας. Οι κοινωνικό-οικονομικές συνέπειες της κρίσης χρέους εμφανίστηκαν αμέσως με τα ποσοστά ανεργίας να φθάνουν το 14,2% και το Ακαθάριστο Εγχώριο Προϊόν (ΑΕΠ) της χώρας να διαμορφώνεται στο -3,5% το 2010, με τα στοιχεία για το 2011 να είναι ακόμη πιο ανησυχητικά (Economou, 2010).

Μετά την υπογραφή του Μνημονίου - και άλλων πακέτων οικονομικής διάσωσης μετά από αυτό - μια σειρά από μέτρα λιτότητας έχουν αρχίσει να επιβάλλονται στον ελληνικό πληθυσμό από το 2010, τα οποία απαιτούν τόσο επείγουσας όσο και ζωτικής σημασίας μεταρρυθμίσεις του δημόσιου τομέα. Το Εθνικό Σύστημα Υγείας δεν θα μπορούσε να αποτελεί εξαίρεση από αυτά τα μεταρρυθμιστικά μέτρα, καθώς είχε σοβαρά διαρθρωτικά προβλήματα σχετικά με τη χρηματοδότηση, την οργάνωση και την παροχή των υπηρεσιών, τουλάχιστον για μια δεκαετία. Τα εν λόγω προβλήματα έχουν πλέον ενταθεί λόγω των σοβαρών τρεχουσών οικονομικών συνθηκών (Economou, 2010; Kentikelenis & Papanicolas, 2011).

Η παρούσα ενότητα, αποσκοπεί στο να αποτυπώσει την κατάσταση των νοσοκομείων, και πιο συγκεκριμένα, την οικονομική πορεία του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, στο οποίο ανήκει διοικητικά το Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου, από το 2009 έως και το 2014. Η αποτύπωση θα γίνει τόσο μέσω της βιβλιογραφικής ανασκόπησης όσο και μέσω της ανάλυσης των ισολογισμών του Νοσοκομείου με την χρήση αριθμοδεικτών.

### 3.1 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Ελλάδας και η Οικονομική Κρίση

Όταν ξεκίνησε η παγκόσμια χρηματοπιστωτική κρίση, το σύστημα υγείας στην Ελλάδα λειτουργούσε μέσα σε μια ξεπερασμένη οργανωτική δομή στην οποία κυριαρχούσαν οι κλινικές ιατρικές και νοσοκομειακές υπηρεσίες, χωρίς την υποστήριξη από μια κατάλληλη μονάδα σχεδιασμού ή την πρόσβαση σε επαρκείς πληροφορίες σχετικά με την κατάσταση της υγείας, τη χρησιμοποίηση των υπηρεσιών υγείας ή το κόστος για την υγεία, και χωρίς να είναι προοδευτική και δυναμική για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού μέσω δημόσιων δράσεων της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας. Ως αποτέλεσμα, το ελληνικό σύστημα υγείας έπασχε από διάφορες ανεπάρκειες (Davaki & Mosialos, 2005; Economidou, 2010), οι οποίες μπορούν να συνοψιστούν ως εξής:

- Υψηλός βαθμός συγκέντρωσης στη διαδικασία λήψης αποφάσεων και διοικητικών διαδικασιών.
- Αναντιστοιχία διαχειριστικών δομών που δεν διέθεταν επαρκείς πληροφορίες για τα συστήματα διαχείρισης και συχνά στελεχώνονται από προσωπικό χωρίς επαρκείς διαχειριστικές ικανότητες.
- Έλλειψη σχεδιασμού και συντονισμού, καθώς και περιορισμένη διαχειριστική και διοικητική χωρητικότητα.
- Άνιση και αναποτελεσματική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων.
- Κατακερματισμένη πληθυσμιακή κάλυψη.
- Απουσία ενός συστήματος παραπομπής και αποτελεσματικών μηχανισμών.
- Ανισότητες στην πρόσβαση στις υπηρεσίες.
- Άνιση περιφερειακή κατανομή των ανθρώπινων πόρων και των υποδομών υγείας.
- Υπανάπτυξη των μηχανισμών αξιολόγησης και καθορισμού προτεραιοτήτων στις ανάγκες.
- Οπισθοδρομικοί μηχανισμοί χρηματοδότησης.
- Απουσία ενός συστήματος αξιολόγησης της τεχνολογίας υγείας.

Στο πλαίσιο της ευρύτερης οικονομικής κατάστασης, το ελληνικό σύστημα υγείας δέχθηκε πιέσεις και η μεταρρύθμιση ήταν σαφώς προτεραιότητα η οποία επιβλήθηκε από την Τρόικα. Θα πρέπει να σημειωθεί, ωστόσο, ότι οι οικονομικές πιέσεις πριν από την

κρίση, και τα διαρθρωτικά προβλήματα είχαν συσσωρευτεί για μια δεκαετία (Economidou, 2010). Η αποτυχία να περιοριστεί το κόστος προκύπτει από την εξέλιξη των δαπανών των τελευταίων ετών, όπως φαίνεται και στο γράφημα 1. Κατά τη διάρκεια της δεκαετίας του 2000, τόσο οι δαπάνες στο δημόσιο όσο και στον ιδιωτικό τομέα αυξάνονται σταθερά. Οι συνολικές δαπάνες για την υγεία αυξήθηκαν από 8,6% του ΑΕΠ το 2003 σε 9,9% το 2009, παρά το γεγονός ότι οι συνολικές δαπάνες για την υγεία (ως ποσοστό του ΑΕΠ) στην Ελλάδα ήταν ήδη πάνω από το μέσο όρο της Ευρωπαϊκής Ένωσης (ΕΕ) (8,06% το 2003 και 8,92% το 2009) (Eurostat, 2013).

Οι δαπάνες της Γενικής Κυβέρνησης αυξήθηκαν από 59,5% έως 70,3% των συνολικών δαπανών για την υγεία στην ίδια περίοδο. Τα υψηλά επίπεδα των ιδιωτικών δαπανών για την υγεία, κυρίως με τη μορφή των ιδιωτικών πληρωμών, ήταν πάντα ένα χαρακτηριστικό του ελληνικού συστήματος υγείας συνεχίζοντας να είναι υψηλές. Οι φαρμακευτικές δαπάνες αυξήθηκαν επίσης έως και κατά 80% στη διάρκεια της περιόδου, από € 293 ανά κάτοικο το 2003 σε € 528 το 2010 (OECD, 2013), με περισσότερο από το 77% των δαπανών να καλύπτονται από το δημόσιο χρήμα (OECD, 2013). Ταυτόχρονα, η αύξηση στις φαρμακευτικές δαπάνες σε άλλες ευρωπαϊκές χώρες ήταν σημαντικά μικρότερη (29%) με τη μέση κατά κεφαλήν δαπάνη να εκτιμάται σε € 326 το 2003 και € 420 το 2010 (OECD, 2013).

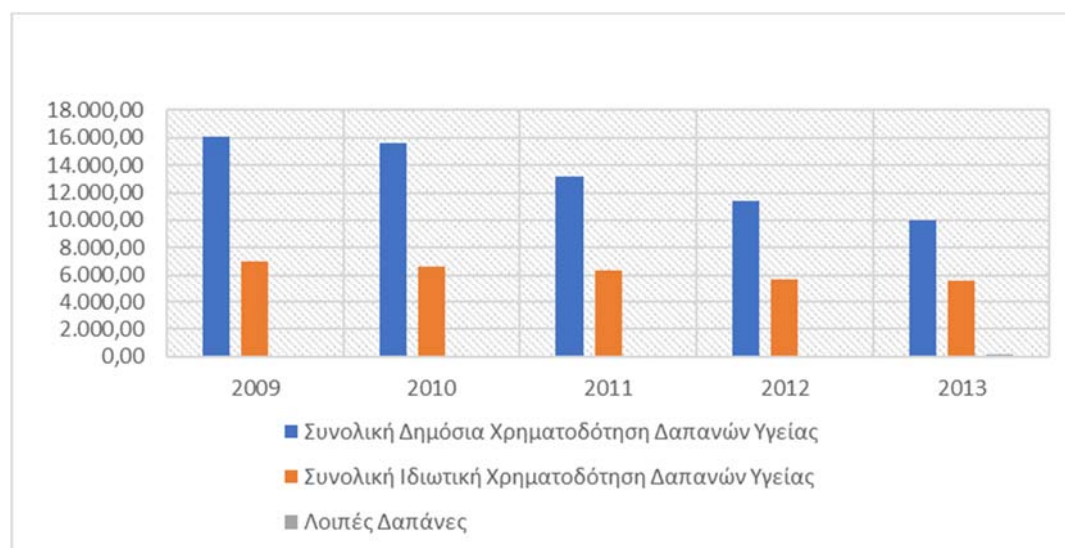
Η αποτυχία για τον έλεγχο της αύξησης των δαπανών μπορεί να αποδοθεί σε διάφορους λόγους, συμπεριλαμβανομένης της έλλειψης ελέγχου επί των επενδύσεων και της κατανομής των πόρων καθώς και των συνεχών επιδοτήσεων από τον κρατικό προϋπολογισμό για την κάλυψη των ελλειμμάτων στα νοσοκομεία (Economidou, 2010).

**Πίνακας 1:** Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας (τα ποσά είναι εκφρασμένα σε εκατομμύρια ευρώ)

	<i>2009</i>	<i>2010</i>	<i>2011</i>	<i>2012</i>	<i>2013</i>
<b>Συνολική Δημόσια Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας</b>	16.098,20	15.581,50	13.188,30	11.407,80	<b>10.020,90</b>
<b>Συνολική Ιδιωτική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας</b>	7.026,10	6.614,60	6.358,00	5.644,60	<b>5.616,30</b>
<b>Λοιπές Δαπάνες</b>	<b>52,60</b>	<b>73,20</b>	<b>52,40</b>	<b>53,50</b>	<b>139,30</b>

Πηγή: ΕΛΣΤΑΤ, 2015

**Διάγραμμα 1:** Συνολική Χρηματοδότηση Δαπανών Υγείας



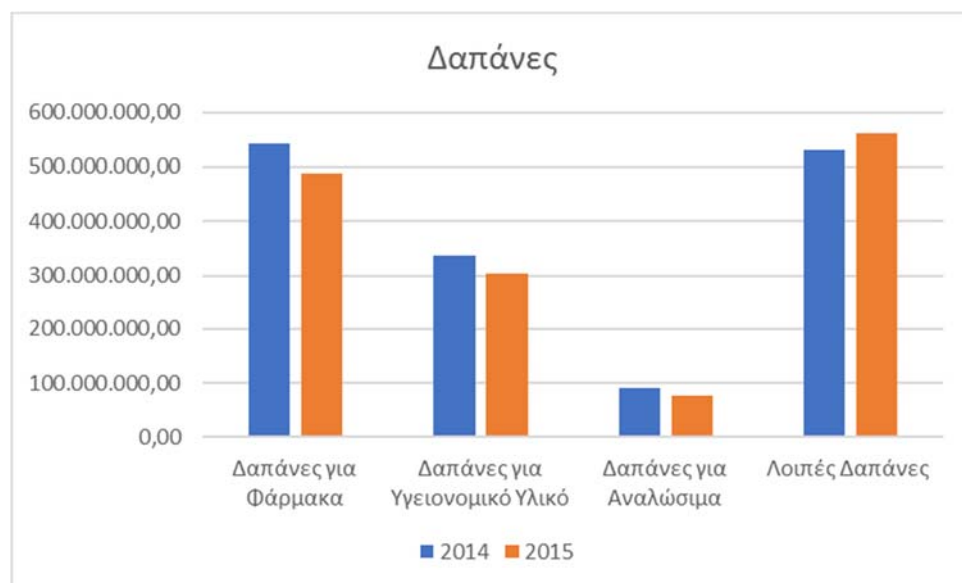
## **3.2 Μελέτη Περίπτωσης του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης**

Προκειμένου να αποτυπωθεί η κατάσταση των νοσοκομείων κατά την περίοδο της κρίσης, θεωρήθηκε δόκιμο να χρησιμοποιηθούν κάποιοι από τους αριθμοδείκτες αλλά και μια συνολική αποτύπωση των μεγεθών των εσόδων, των εξόδων και των δαπανών. Η ανάλυση που ακολουθεί βασίζεται στις οικονομικές καταστάσεις του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, ελλείπει ενός ξεχωριστού ισολογισμού για το Γενικό Νοσοκομείο του Διδυμοτείχου. Συγκεκριμένα, πρόκειται να χρησιμοποιηθούν αριθμοδείκτες ρευστότητας, αποδοτικότητας και δραστηριότητας.

## **3.3 Ανάλυση Οικονομικών Στοιχείων**

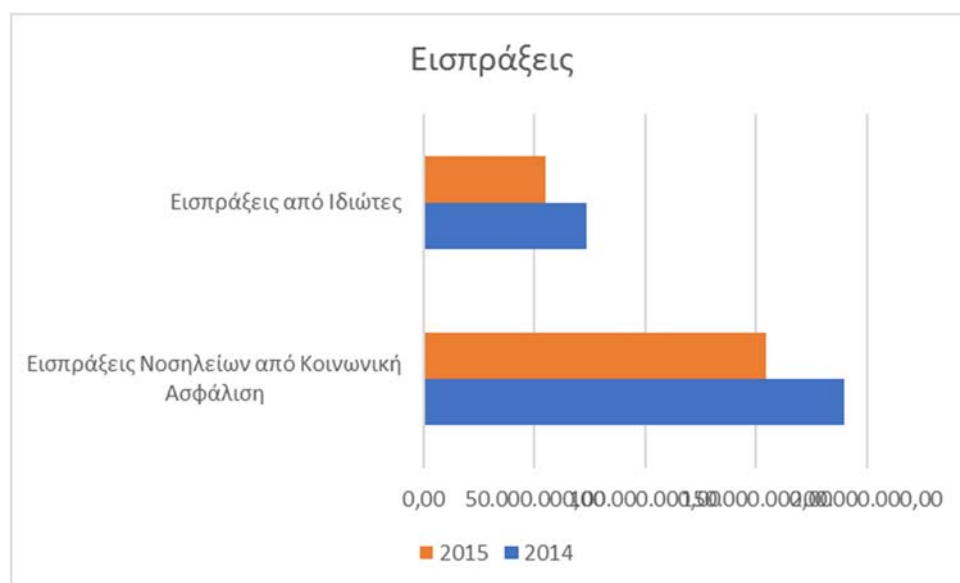
Για την πληρέστερη αποτύπωση της οικονομικής κατάστασης του Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης, θεωρήθηκε δόκιμο να αναφερθούμε και σε στοιχεία τα οποία αφορούν στην χρήση του 2015 και αντλήθηκαν από την επίσημη ιστοσελίδα του αρμόδιου Υπουργείου. Από τα διαθέσιμα οικονομικά στοιχεία του 2014 και του 2015, μπορούμε να αναφέρουμε πως οι δαπάνες συνολικά για φάρμακα μειώθηκαν από 543.345.876,86 ευρώ το 2014 στα 488.837.840,33 ευρώ το 2015. Επίσης, οι δαπάνες για υγειονομικό υλικό το 2014 ήταν 336.521.763,74 ευρώ ενώ το 2015 ανήλθαν στα 303.603.827,85 ευρώ. Την ίδια πορεία ακολουθούν και οι δαπάνες για ορθοπεδικό υλικό, αντιδραστήρια και λοιπά συναφή. Αναφορικά με τις δαπάνες για αναλώσιμα, συνολικά το 2014 δόθηκαν 90.052.878,56 ευρώ ενώ το 2015 δόθηκαν 76.124.990,39 ευρώ. Αντίθετα, οι λοιπές δαπάνες (δαπάνες μισθοδοσίας, ΔΕΚΟ, ασφάλεια, καθαριότητα, εστίαση κ.ά.) ακολουθούν ανοδική πορεία, και συγκεκριμένα, το 2014 ανήλθαν στα 531.327.550,97 ευρώ ενώ το 2015 στα 561.403.639,36 ευρώ.

**Διάγραμμα 2:** Δαπάνες του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης



Αξίζει, επίσης να σημειωθεί, και η πορεία που ακολούθησαν τα έσοδα από τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες κατά τα έτη 2014 και 2015. Ειδικότερα, το 2014 οι εισπράξεις των νοσηλίων τόσο από φορείς κοινωνικής ασφάλισης όσο και από ιδιώτες ανήλθαν στα 189.689.534,98 ευρώ (από κοινωνική ασφάλιση) και 73.380.797,79 ευρώ (από ιδιώτες) ενώ το 2015 τα ποσά διαμορφώθηκαν σε 154.263.601,41 ευρώ (από κοινωνική ασφάλιση) και σε 54.761.756,17 ευρώ (από ιδιώτες). Παρατηρούμε, επομένως, πως τόσο οι δαπάνες (στο σύνολό τους) όσο και τα έσοδα ακολούθησαν καθοδική πορεία. Αυτό εξηγείται, τόσο από τα όσα αναφέραμε στη βιβλιογραφική ανασκόπηση όσο και στα όσα θα αποτυπώσουμε στους βασικούς αριθμοδείκτες παρακάτω.

### Διάγραμμα 3: Εισπράξεις του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης



Επιπλέον, όπως φαίνεται και από τους ισολογισμούς, τα υπόλοιπα των πελατών (λογαριασμός «Απαιτήσεις από πώληση αγαθών και υπηρεσιών»), μειώνονται από το 2009 στο 2010 (από 77.360.800,18 σε 41.269.896,38 ευρώ). Αυτό αποδεικνύει πως με το που έγινε ιδιαίτερα αισθητή η οικονομική ύφεση και εφαρμόστηκαν τα πρώτα μέτρα λιτότητας, ένας από τους πρωταρχικούς κλάδους που έγιναν και περικοπές ήταν και η Κοινωνική Ασφάλιση. Η μείωση είναι περίπου στο 53%, και δεν μπορεί να θεωρηθεί αμελητέα. Αξιοσημείωτο είναι και το υπόλοιπο που εμφανίζουν τα αποθέματα πρώτων και βοηθητικών υλών κατά τις ίδιες χρήσεις (λογαριασμός «Πρώτες και Βοηθητικές ύλες – Αναλώσιμα υλικά»). Παρατηρούμε πως από το 2009 έως το 2010 αυξήθηκαν τα αποθέματα, γεγονός που μπορεί να συνάδει με το ότι οι πολίτες δεν μπορούν να διαθέσουν μέρος του διαθέσιμου εισοδήματός τους για ένα αγαθό – όπως αυτό της υγείας – το οποίο είναι άκρως σημαντικό και ζωτικής σημασίας. Βασιζόμενοι σε αυτό μπορούμε να ισχυριστούμε πως οι πολίτες έκαναν περικοπές ακόμα και στις δαπάνες υγείας, κατά τη διάρκεια της κρίσης. Και μάλιστα, όταν ακόμα η κρίση ήταν στα αρχικά της στάδια και τα μέτρα λιτότητας δεν είχαν ενταθεί.

Σε γενικές γραμμές, η αύξηση των δαπανών για την υγεία είναι ένα θέμα συνεχούς ανησυχίας στις ανεπτυγμένες χώρες, καθώς και ελέγχου της ανάπτυξής τους, καθώς το να αντλήσει περισσότερους οικονομικούς πόρους από τη Γενική Κυβέρνηση, αποτελεί σημαντικό στόχο των πολιτικών υγείας. Ωστόσο, η Ελλάδα απέτυχε να ελέγξει τις



δαπάνες για την υγεία μεταξύ του 2000 και του 2009, και το έλλειμμα του προϋπολογισμού για την υγεία της χώρας ανήλθε σε 50 δις € (Liaropoulos, 2012). Κατά συνέπεια, κατά την έναρξη της κρίσης, ο τομέας της υγείας αναφέρθηκε ως «ένας σημαντικός παράγοντας» στον οικονομικό εκτροχιασμό της χώρας και ως εκ τούτου τέθηκε υπό εξονυχιστικό έλεγχο από την Τρόικα.

Παρά τον εξαιρετικά συγκεντρωτικό τρόπο με τον οποίο διατέθηκαν οι πόροι, το σύστημα υγείας απαιτούσε αποτελεσματικότερο σχεδιασμό και συντονισμό, διαχειριστική ικανότητα καθώς και επαρκείς μηχανισμούς για να αναλάβουν την αξιολόγηση των αναγκών (Economou, 2010). Ιστορικά, τα νοσοκομεία λειτουργούν από το δημόσιο σύστημα υγειονομικών υπηρεσιών (γνωστές ως ΕΣΥ) χωρίς να έχει εφαρμοστεί διαφανής και ακριβής παρακολούθηση των δαπανών τους. Ως αποτέλεσμα, το κράτος αναγκάστηκε να παρέμβει τακτικά για την κάλυψη συσσωρευμένων ελλειμμάτων. Επιπλέον, η υπερπροσφορά των εξειδικευμένων γιατρών συνυπήρχε με αυτή ανεπαρκών γενικής ιατρικής και νοσηλευτών.

Η έλλειψη ενός λειτουργικού συστήματος παραπομπής μεταξύ πρωτογενούς φροντίδας και υψηλότερου επιπέδου οδήγησε σε κακό συντονισμό της φροντίδας, και ευμεγέθη παραοικονομία, που εμποδίζουν την ικανότητα του συστήματος να παρέχει ισότιμη χρηματοδότηση και πρόσβαση σε υπηρεσίες (Liaropoulos, 2008). Την ίδια στιγμή, η ηλικιακή διάρθρωση της χώρας έχει αλλάξει. Το ποσοστό του πληθυσμού άνω των 65 ετών αυξήθηκε από 16,6% το 2000 σε 18,8% στο τέλος της δεκαετίας. Οι επιπτώσεις αυτής της γήρανσης του πληθυσμού, μαζί με τα χαμηλά ποσοστά γεννήσεων, θα πρέπει να συνυπολογίζεται κατά την εξέταση της οικονομίας και του συστήματος υγειονομικής περίθαλψης της χώρας.

Μέχρι τη στιγμή που ξέσπασε η κρίση, και παρά τα προειδοποιητικά σημάδια, τόσο η ελληνική οικονομία όσο και το ελληνικό σύστημα υγείας, είχαν συγκεντρώσει μια σειρά διαρθρωτικών προβλημάτων. Προηγούμενες προσπάθειες μεταρρυθμίσεων σε τομείς όπως η πρωτοβάθμια φροντίδα, η οργάνωση και η παροχή των υπηρεσιών υγείας από τα νοσοκομεία και η ενισχυμένη συνεργασία των ασφαλιστικών ταμείων δεν απέδωσε τα αναμενόμενα αποτελέσματα ή δεν εφαρμόστηκε πλήρως (Davaki & Mossialos, 2005; Mossialos & Allin, 2005). Κατά συνέπεια, η ανάγκη για μεταρρυθμίσεις στο σύστημα υγείας είναι σαφής και έχει κυριαρχήσει η ατζέντα των πολιτικών απαντήσεων που

υποκινήθηκαν από την κρίση, ιδιαίτερα προς την κατεύθυνση της προσπάθειας μεγάλης κλίμακας συγκράτησης του κόστους.

Στα επόμενα υποκεφάλαια πρόκειται να αναλυθούν και να μελετηθούν οι προαναφερθέντες αριθμοδείκτες, οι οποίοι αφορούν ισολογισμούς από το έτος 2009 έως το έτος 2014.

### 3.4 Αριθμοδείκτες Ρευστότητας

Οι αριθμοδείκτες ρευστότητας βοηθούν ώστε να προσδιορίσουν την ικανότητα της επιχείρησης ή του οργανισμού να καλύπτει και να ανταποκρίνεται στις βραχυχρόνιες υποχρεώσεις της αλλά και την βραχυχρόνια οικονομική της θέση. Η ρευστότητα αποτελεί μια πολύ σημαντική παράμετρο καθώς είναι παράγοντας επηρεασμού των κερδών της επιχείρησης. Ο πρώτος αριθμοδείκτης ρευστότητας που θα μελετηθεί είναι ο αριθμοδείκτης τρέχουσας ρευστότητας. Εάν η τιμή του είναι μεγαλύτερη από την μονάδα, υποδηλώνει πως το περιθώριο ασφαλείας για την κάλυψη των βραχυπρόθεσμων υποχρεώσεων είναι και αυτό αρκετά μεγάλο.

**Πίνακας 2:** Αριθμοδείκτης τρέχουσας ρευστότητας

2009	2010	2011	2012	2013	2014
0,63	1,07	1,76	2,25	4,83	6,45

**Διάγραμμα 4:** Αριθμοδείκτης τρέχουσας ρευστότητας

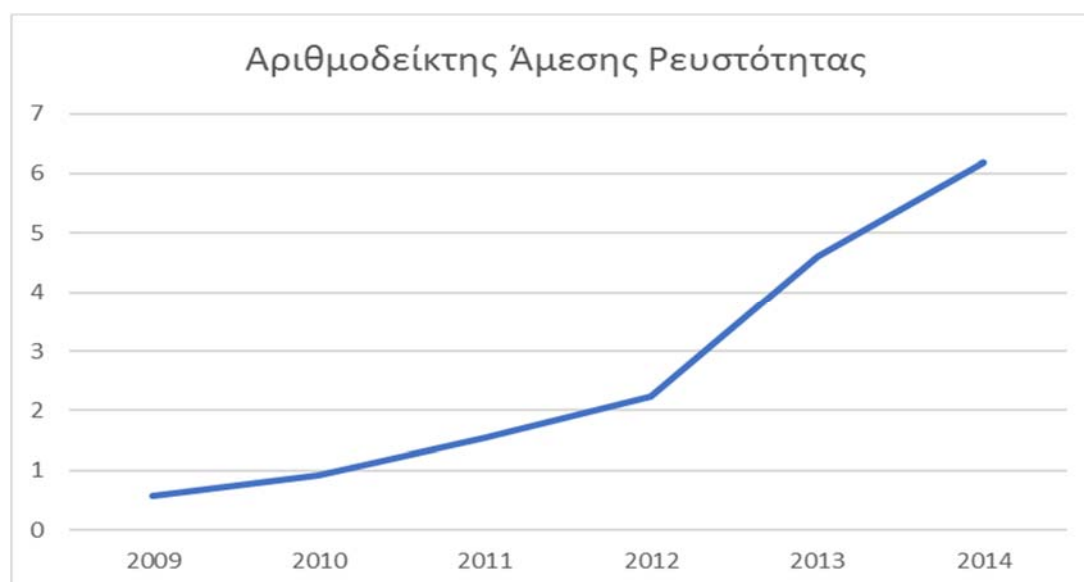


Ο παραπάνω πίνακας αποτυπώνει την ανοδική πορεία του δείκτη τρέχουσας ρευστότητας, η οποία είναι υπερδιπλάσια το 2013 σε σύγκριση με το 2012. Παρά το γεγονός πως είναι αρκετά μεγαλύτερος από τη μονάδα, αυτό δεν μπορεί να ερμηνευθεί και ως βέλτιστο επίπεδο, καθώς η τιμή αυτή μπορεί να προκύπτει εξαιτίας της υπερδιατήρησης διαθέσιμων ή απαιτήσεων ή ακόμα και αποθεμάτων. Ο επόμενος αριθμοδείκτης είναι ο αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας, η τιμή του οποίου για να χαρακτηριστεί ως ικανοποιητική θα πρέπει τουλάχιστον να ισούται με τη μονάδα.

**Πίνακας 3:** Αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας

2009	2010	2011	2012	2013	2014
0,58	0,91	1,55	2,23	4,61	6,19

**Διάγραμμα 5:** Αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας



Από τον παραπάνω πίνακα μπορούμε να διακρίνουμε πως και ο αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας ακολουθεί την ίδια ανοδική πορεία με τον αριθμοδείκτη τρέχουσας ρευστότητας. Θα πρέπει να σημειωθεί, πως, ο εν λόγω αριθμοδείκτης δεν περιλαμβάνει τις επισφάλειες (συγκεκριμένα, έχουν αφαιρεθεί από τις απαιτήσεις) ούτε και τις ανεπίδεκτες εισπράξεις. Άξιο αναφοράς είναι, επιπλέον, και το γεγονός πως τα έτη 2009 και 2010, ο αριθμοδείκτης άμεσης ρευστότητας είναι μικρότερος από τη μονάδα, γεγονός που υποδηλώνει πως υφίσταται ανεπάρκεια στα άμεσα ρευστοποιήσιμα στοιχεία ώστε να καλυφθούν οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις.

### 3.5 Αριθμοδείκτες Αποδοτικότητας

Οι αριθμοδείκτες αποδοτικότητας μετρούν τη δυναμικότητα των κερδών μιας επιχείρησης και την ικανότητα της διοίκησης. Ειδικότερα, μετρούν την επιτυχία ή την αποτυχία (πραγματοποίηση κερδών ή όχι) σε μια δεδομένη χρονική στιγμή (Drogalas et al., 2005). Ο αριθμοδείκτης αποδοτικότητας που θα χρησιμοποιήσουμε είναι η συνολική αποδοτικότητα, η οποία υπολογίζεται από τον λόγο των συνολικών κερδών προς το σύνολο του καθαρού ενεργητικού της (σύνολο κερδών/σύνολο καθαρού ενεργητικού). Στον παρακάτω πίνακα συνοψίζονται τα αποτελέσματα για τις χρήσεις από το 2009 έως και το 2014.

**Πίνακας 4:** Αποτελέσματα χρήσης από το 2009 έως και το 2014

2009	2010	2011	2012	2013	2014
1,96	0,07	0,47	-0,13	0,21	0,1

**Διάγραμμα 6:** Αριθμοδείκτης Συνολικής Αποδοτικότητας για τα έτη 2009 έως και 2014



Όπως γίνεται αντιληπτό από τον πίνακα παραπάνω, η συνολική αποδοτικότητα του Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης από το 2009 μέχρι και το 2014 εμφανίζει ποικίλες διακυμάνσεις. Συγκεκριμένα, παρατηρείται μια απότομη μείωση από το 2009 στο 2010, ανάκαμψη από το 2010 στο 2011, απότομη μείωση και αρκετά μεγάλη το 2012 και έπειτα μια αύξηση. Αυτό, άλλωστε αποδεικνύεται και από τις οικονομικές

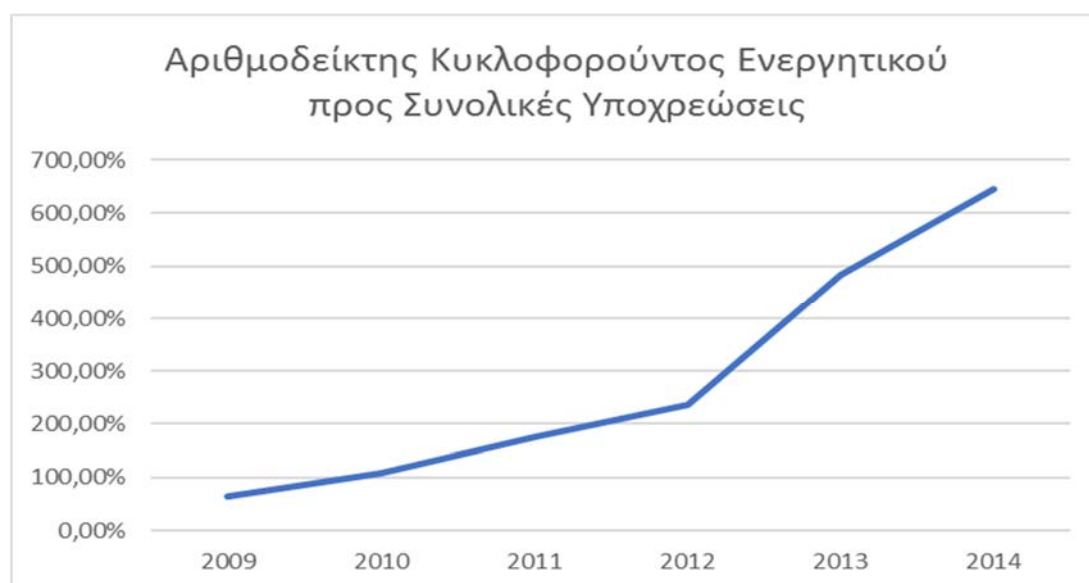
καταστάσεις στις οποίες είναι εμφανές πως τα συνολικά κέρδη από 86.414.760,93 ευρώ που ήταν το 2009, το 2014 ήταν 14.855.947,33 ευρώ.

Ο επόμενος αριθμοδείκτης αποδοτικότητας που ελέγχθηκε είναι ο αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς συνολικές υποχρεώσεις. Υπολογίζεται από τον λόγο του κυκλοφορούντος ενεργητικού προς το σύνολο των υποχρεώσεων επί τοις εκατό. Ο συγκεκριμένος αριθμοδείκτης παρουσιάζει τη ρευστότητα των υποχρεώσεων μιας επιχείρησης κατά τη διάρκεια της χρήσης.

**Πίνακας 5:** Αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς τις συνολικές υποχρεώσεις

2009	2010	2011	2012	2013	2014
63,33%	107,15%	176,09%	236,90%	483,31%	644,95%

**Διάγραμμα 7:** Αριθμοδείκτης κυκλοφορούντος ενεργητικού προς τις συνολικές υποχρεώσεις



Όπως παρατηρούμε και από τα δεδομένα του παραπάνω πίνακα, ο συγκεκριμένος αριθμοδείκτης εμφανίζεται υψηλός και ειδικότερα δείχνει και ιδιαίτερα ανοδική τάση. Αυτό αποδεικνύει πως οι όποιες υποχρεώσεις του Νοσοκομείου μπορούν να εξοφληθούν από το κεφάλαιο κίνησης, με την προϋπόθεση πως δεν θα δημιουργηθούν ζημίες από την ρευστοποίηση των στοιχείων του κυκλοφορούντος ενεργητικού.

### 3.6 Αριθμοδείκτες Δραστηριότητας

Για να προσδιοριστεί ο βαθμός μετατροπής κάποιων περιουσιακών στοιχείων μιας επιχείρησης σε ρευστό χρησιμοποιούνται οι αριθμοδείκτες δραστηριότητας (Drogalas et al., 2005). Στην συγκεκριμένη περίπτωση, θα χρησιμοποιήσουμε τον αριθμοδείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας ώστε να μπορέσουμε να δούμε κατά πόσο το Νοσοκομείο χρησιμοποιεί ή όχι εντατικά τα περιουσιακά του στοιχεία για την πραγματοποίηση των πωλήσεών του. Είναι λογικό πως ένα Νοσοκομείο θα πρέπει να εμφανίσει έναν υψηλό δείκτη κυκλοφοριακής ταχύτητας μιας και τα περιουσιακά της στοιχεία (συνυπολογίζοντας και τις πρώτες και βοηθητικές ύλες) αποτελούν τον βασικό πόρο για την επίτευξη της παροχής της υγειονομικής υπηρεσίας.

**Πίνακας 6:** Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας παγίων

2009	2010	2011	2012	2013	2014
2,69	0,30	0,27	0,31	0,44	0,26

**Διάγραμμα 8:** Αριθμοδείκτης κυκλοφοριακής ταχύτητας



Από όσα καταδεικνύονται στον παραπάνω πίνακα, αντιλαμβανόμαστε πως ενώ το 2009 το Νοσοκομείο χρησιμοποιούσε εντατικά τα περιουσιακά του στοιχεία, από το 2010 και έπειτα φαίνεται πως όχι μόνο μειώνεται η χρήση τους αλλά μειώνεται και σε μεγάλο βαθμό. Σε αυτή την περίπτωση, θα πρέπει το Νοσοκομείο είτε να αρχίσει να χρησιμοποιεί τα περιουσιακά του στοιχεία περισσότερο είτε να προβεί σε ρευστοποίηση μέρους τους. Τα αποθέματα, τα οποία αποτελούν στοιχείο του ενεργητικού μιας επιχείρησης, και

μάλιστα από τα πλέον ρευστοποιήσιμα, θα μπορούσαν σε αυτήν την περίπτωση να επιτελέσουν σημαντικό ρόλο, μιας και μπορεί να συμβάλλουν στη βελτίωση του εν λόγω αριθμοδείκτη.

Ένας επιπλέον αριθμοδείκτης δραστηριότητας που μπορεί να επιτελέσει σημαντικό ρόλο στην αποτύπωση της θέσης του υπό μελέτη Νοσοκομείου είναι και ο αριθμοδείκτης κυκλοφορίας καθαρού κεφαλαίου κίνησης, ο οποίος προκύπτει από το πηλίκο των καθαρών πωλήσεων προς το καθαρό κεφάλαιο κίνησης.

**Πίνακας 7:** Αριθμοδείκτης κυκλοφορίας καθαρού κεφαλαίου κίνησης

2009	2010	2011	2012	2013	2014
-1,10	0,65	1,46	0,62	0,54	0,31

**Διάγραμμα 9:** Αριθμοδείκτης κυκλοφορίας καθαρού κεφαλαίου κίνησης



Όταν η τιμή του δείκτη είναι πάνω από τη μονάδα, αυτό μπορεί να αποτελεί ένδειξη πως το κεφάλαιο κίνησης είναι ανεπαρκές, γεγονός το οποίο μπορεί να συνοδεύεται από αυξημένες βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις αλλά και από χαμηλή ταχύτητα αναφορικά με την είσπραξη των απαιτήσεων. Όπως παρατηρούμε από τον πίνακα παραπάνω, τα μόνα έτη που ο δείκτης αποδεικνύει ανεπάρκεια καθαρού κεφαλαίου κίνησης είναι το 2009 και το 2011. Όλες τις υπόλοιπες χρονιές η τιμή του δείκτη θεωρείται ικανοποιητική.

Όπως αναφέραμε και στα προηγούμενα υποκεφάλαια, η οικονομική θέση του Πανεπιστημιακού Γενικού Νοσοκομείου Αλεξανδρούπολης έχει μεταβληθεί επηρεαζόμενη από την τρέχουσα οικονομική ύφεση τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο. Παρατηρήθηκε, συγκεκριμένα, πως οι δαπάνες για φάρμακα και για υγειονομικό υλικό εμφάνισαν καθοδική πορεία. Την ίδια πορεία ακολούθησαν και οι δαπάνες για αναλώσιμα, σε αντίθεση με τις λοιπές δαπάνες, οι οποίες αυξήθηκαν. Αξιοσημείωτο είναι και το γεγονός πως και τα έσοδα από τα νοσήλια είχαν καθοδική τάση.

Τα προαναφερθέντα, αποδεικνύονται και από τους αριθμοδείκτες που χρησιμοποιήθηκαν στην ανάλυση. Συγκεκριμένα, τα συνολικά κέρδη από το 2009 έως και το 2014 εμφανίζουν αυξομειώσεις, αλλά ως τελικό συμπέρασμα προέκυψε πως από το 2009 έως το 2014, τα συνολικά κέρδη του Νοσοκομείου μειώθηκαν. Παρά την πτωτική τάση των εσόδων, οι βραχυπρόθεσμες υποχρεώσεις του οργανισμού καλύπτονται από την ρευστοποίηση του κυκλοφορούντος ενεργητικού. Τέλος, σε σχέση με τα περιουσιακά στοιχεία του Νοσοκομείου, αυτά αποδείχθηκε πως δεν χρησιμοποιούνται εντατικά. Στα περιουσιακά στοιχεία συμπεριλαμβάνονται και τα αποθέματα. Αυτή η μη εντατική χρησιμοποίηση των περιουσιακών στοιχείων επηρέασε και τους αριθμοδείκτες ρευστότητας, οι οποίοι από το 2012 και έπειτα εμφανίστηκαν υπερδιπλάσιοι από τη μονάδα.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

## ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Εισαγωγή

Για την επίτευξη του στόχου της παρούσας εργασίας, χρησιμοποιήθηκε αφενός η πρωτογενής και αφετέρου η δευτερογενής έρευνα. Η δευτερογενής έρευνα, στηρίχτηκε στη χρήση και στην αξιολόγηση των διαθέσιμων άρθρων και βιβλίων, γύρω από την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και την ικανοποίηση των ασθενών. Επίσης, με βάση τα οικονομικά στοιχεία που έχουν δημοσιευτεί, πραγματοποιήθηκε ανάλυση με τη χρήση αριθμοδεικτών, ώστε να διασαφηνιστούν οι επιπτώσεις της κρίσης πάνω στη διαχείριση του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου.

### 4.1 Ερευνητική Μέθοδος

Για το σκοπό της παρούσας έρευνας χρησιμοποιήθηκε η ποσοτική προσέγγιση, η οποία αποτελεί και μία από τις συνηθέστερες μορφές έρευνας που επιλέγονται στα κοινωνικά και ανθρωπιστικά πεδία. Σύμφωνα με τον (Creswell, 2001, σελ. 66), «η ποσοτική έρευνα είναι ένα είδος, εκπαιδευτικής έρευνας στην οποία ο ερευνητής αποφασίζει τι θα μελετήσει. Θέτει συγκεκριμένα ερωτήματα μικρού εύρους. Συγκεντρώνει από τους συμμετέχοντες δεδομένα που μπορούν να εκφραστούν ποσοτικά. Αναλύει τους αριθμούς χρησιμοποιώντας τη στατιστική. Διεξάγει την έρευνα με αμερόληπτο και αντικειμενικό τρόπο». Αυτά αποτελούν τα βασικά χαρακτηριστικά της ποσοτικής έρευνας, η οποία κατά κύριο λόγο αποσκοπεί στην αξιολόγηση των αντιλήψεων συγκεκριμένου πληθυσμού πάνω σε ένα συγκεκριμένο και γνωστό ζήτημα.

Σε αντίθεση με την ποσοτική έρευνα, υπάρχει και ποιοτική προσέγγιση, η οποία επιλέγεται από τον ερευνητή με σκοπό να διερευνήσει ένα ζήτημα σε βάθος. Οι Κουτής και συν. (2016, σελ. 12), υποστηρίζουν ότι κάθε είδος έρευνας έχει τα δικά της διακριτά χαρακτηριστικά και συγκεκριμένα η ποσοτική έρευνα «εστιάζει σε σχετικά μικρό αριθμό

έννοιών, αρχίζει με προδικασμένες ιδέες σχετικά με τον τρόπο που οι έννοιες αλληλοσυνδέονται, χρησιμοποιεί δομημένες διαδικασίες και επίσημα έγγραφα για τη συλλογή πληροφοριών, συλλέγει πληροφορίες κάτω από συνθήκες ελέγχου, τονίζει την αντικειμενικότητα στη συλλογή και στην ανάλυση πληροφοριών και αναλύει αριθμητικές πληροφορίες μέσω στατιστικών διαδικασιών».

Στην προκειμένη έρευνα επιλέχθηκε η ποσοτική προσέγγιση καθώς κρίθηκε ως η καταλληλότερη για να μπορέσουν να δοθούν απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί. Επίσης, η επιλογή της ποσοτικής προσέγγισης στηρίζεται στο γεγονός ότι στην παρούσα εργασία εξετάζεται ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών καθώς επίσης και η σχέση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών, με διάφορες δημογραφικές μεταβλητές. Δεν πρόκειται για μία εργασία η οποία προσπαθεί να ερευνήσει τους λόγους για τους οποίους οι ασθενείς αισθάνονται ικανοποιημένοι ή όχι. Επίσης κρίνεται σκόπιμο να σημειωθεί ότι πρόκειται για μία ερευνητική προσέγγιση που έχει επιλεγεί και σε άλλες έρευνες που είχαν τον ίδιο σκοπό και αντίστοιχα ερευνητικά ερωτήματα (Παπαγιαννοπούλου και συν., 2008; Καλογεροπούλου, 2011).

## **4.2 Το ερευνητικό εργαλείο της έρευνας**

Το εργαλείο της έρευνας που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα εργασία είναι το ερωτηματολόγιο, το οποίο κατασκευάστηκε από Έλληνες ερευνητές και έχει ικανοποιητική εγκυρότητα και αξιοπιστία (Αλετράς και συν., 2009). «Το ερωτηματολόγιο είναι ένα ευρέως διαδεδομένο και εύχρηστο εργαλείο συλλογής δεδομένων για επισκοπήσεις που παρέχει συχνά αριθμητικά δεδομένα, μπορεί να επιδοθεί χωρίς την παρουσία του ερευνητή και είναι σχετικά εύληπτο και εύκολο στην ανάλυση» (Wilson & McLean, όπως αναφέρεται στους Cohen et al., 2007, σελ. 414). Στο σημείο αυτό κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί πως ένα ερωτηματολόγιο για να μπορέσει να χρησιμοποιηθεί από τον ερευνητή πρέπει να είναι κατάλληλο. Αυτό σημαίνει, ότι θα πρέπει να έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο ώστε να μπορέσει να συγκεντρώσει τις κατάλληλες πληροφορίες, των οποίων, η επεξεργασία θα οδηγήσει στην απάντηση των ερευνητικών ερωτημάτων (Robson, 2006).

Στην προκειμένη περίπτωση το ερωτηματολόγιο αποτελείται από τρεις διαφορετικές ενότητες, εκ των οποίων στην πρώτη εξετάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του

δείγματος, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, η υπηκοότητα, το μορφωτικό επίπεδο, η οικογενειακή κατάσταση, η ασφαλιστική κατάσταση, το επάγγελμα καθώς επίσης και κάποια στοιχεία που σχετίζονται με τη διαδικασία της αιμοκάθαρσης. Η δεύτερη ενότητα διερευνά την ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς που πραγματοποιούν αιμοκάθαρση στο νοσοκομείο αναφορικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου, την ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν, τη νοσηλευτική φροντίδα που δέχονται, τις υπηρεσίες και τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού καθώς επίσης και το συνολικό βαθμό ικανοποίησης από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής. Τέλος, η τρίτη ενότητα διερευνά τις απόψεις των ασθενών σχετικά με τον τρόπο που επηρεάστηκε το υπό μελέτη νοσηλευτικό τμήμα από την κρίση και τις πολιτικές που εφαρμόστηκαν και συνεχίζουν να εφαρμόζονται στο πλαίσιο της οικονομικής κρίσης.

### **4.3 Το δείγμα της έρευνας**

Σε μία έρευνα η επιλογή του κατάλληλου δείγματος, είναι ένα από τα σημαντικότερα καθήκοντα του ερευνητή. Το δείγμα που επιλέγεται από τον ερευνητή, πρέπει να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού που εξετάζεται (Creswell, 2011). Πιο συγκεκριμένα, ο πληθυσμός «είναι ένα σύνολο μονάδων, των οποίων τα χαρακτηριστικά ενδιαφερόμαστε να μελετήσουμε. Πρόκειται στην ουσία για μία ομάδα, για την οποία θέλουμε να εξάγουμε συμπεράσματα» (Δουλκέρη, 2015, σελ. 24). Στην παρούσα έρευνα ο πληθυσμός είναι οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου και χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου. Δύο ζητήματα, τα οποία καλείται να αντιμετωπίσει ο ερευνητής που διεξάγει μία ποσοτική έρευνα είναι αφενός το μέγεθος της έρευνας και αφετέρου η αντιπροσωπευτικότητά του. Σύμφωνα με την τρέχουσα βιβλιογραφία το μέγεθος του δείγματος είναι ένα πολύ σημαντικό κριτήριο για μία έρευνα, καθώς υποστηρίζεται ότι το ελάχιστο δείγμα μίας ποσοτικής έρευνας πρέπει να είναι τα τριάντα άτομα. Επίσης, ένα άλλο ζήτημα το οποίο πρέπει να αντιμετωπίσει ο ερευνητής είναι η καταλληλότητα του δείγματος (Cohen et al., 2007). Στην παρούσα έρευνα, έχουν ικανοποιηθεί και τα δύο κριτήρια, καθώς ο αριθμός των ατόμων που συμμετείχε στην έρευνα ανέρχεται στους 33 ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου και επιλέχθηκαν με το κριτήριο αφενός να έχουν την υπό μελέτη πάθηση και αφετέρου να χρησιμοποιούν τις υπηρεσίες που έχουν σχεδιαστεί και παρέχονται από το Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου.

## 4.4 Χώρος και διαδικασία της έρευνας

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε στο χώρο του Νοσοκομείου και για αυτό το λόγο, κύριο μέλημα της ερευνήτριας ήταν η λήψη της άδειας πραγματοποίησης έρευνας από το επιστημονικό συμβούλιο του Νοσοκομείου. Επίσης, τα ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν στους ασθενείς στο τέλος της διαδικασίας της αιμοκάθαρσης, ώστε οι απαντήσεις τους να αντιπροσωπεύουν τις υπηρεσίες που λαμβάνουν. Οι ασθενείς συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια, χωρίς να υπάρχει ανάμειξη της ερευνήτριας, ώστε να αποφευχθεί η καθοδήγηση τους.

## 4.5 Ηθική της έρευνας

Σύμφωνα με τον Creswell (2011), είναι απαραίτητο μία έρευνα να συμμορφώνεται με τους κανόνες της δεοντολογίας της έρευνας. Χαρακτηριστικά, το πρώτο στοιχείο της δεοντολογίας της έρευνας είναι η εθελοντική συμμετοχή. Επίσης, οι συμμετέχοντες στην έρευνα πρέπει να έχουν το δικαίωμα να εγκαταλείψουν την ερευνητική διαδικασία αν για δικό τους προσωπικό λόγο ή αν για λόγους που συνάδουν με την έρευνα, δεν επιθυμούν την ολοκλήρωσή της. Ακόμη, είναι πολύ σημαντικό, ο ερευνητής που πραγματοποιεί την έρευνα να εξασφαλίσει αφενός την ανωνυμία των συμμετεχόντων καθώς επίσης και τη σωματική και πνευματική τους ακεραιότητα. Καταληκτικά, είναι πολύ σημαντικό να αναφερθεί ότι οι συμμετέχοντες πρέπει να είναι ενημερωμένοι πλήρως αναφορικά με τους λόγους για τους οποίους πραγματοποιείται η έρευνα.

Στην προκειμένη περίπτωση, η ερευνήτρια προσπάθησε να τηρήσει όλες τις παραπάνω προϋποθέσεις, ώστε να διασφαλίσει ότι η έρευνα θα διέπεται από ηθική. Ειδικότερα, τόσο μέσω της διά ζώσης επαφής όσο και μέσα από το εισαγωγικό σημείωμα του ερωτηματολογίου, όλοι οι συμμετέχοντες ενημερώνονται αναφορικά με τον σκοπό για τον οποίο πραγματοποιείται η έρευνα καθώς επίσης και ότι η συμμετοχή στην έρευνα έχει εθελοντικό χαρακτήρα. Επίσης, η ερευνήτρια δεν απαίτησε σε κανένα σημείο της ερευνητικής διαδικασίας, από τους συμμετέχοντες να αποκαλύψουν την ταυτότητα τους και τέλος εξασφάλισε ότι δεν διατρέχουν κανέναν κίνδυνο είτε σωματικής είτε πνευματικής φύσης.

## 4.6 Εγκυρότητα και αξιοπιστία της έρευνας

Πολύ σημαντικά στοιχεία τα οποία πρέπει να πληρούνται στη διαδικασία της έρευνας είναι η εγκυρότητα και η αξιοπιστία. Η εγκυρότητα μίας έρευνας συνάδει με την ικανότητα που έχει να δώσει τις κατάλληλες απαντήσεις στα ερευνητικά ερωτήματα που έχουν τεθεί (Παρασκευόπουλος, 1993). Επίσης, η αξιοπιστία μίας έρευνας «αναφέρεται στην ικανότητα της χρησιμοποιούμενης μεθόδου μέτρησης ούτως ώστε να δίνει τα ίδια αποτελέσματα σε επαναλαμβανόμενες μετρήσεις των ίδιων αντικειμένων, που μπορεί να πραγματοποιηθεί σε διαφορετικό δείγμα ή ακόμη και σε διαφορετική χρονική στιγμή» (Δουλκέρη, 2015, σελ. 26). Κρίνεται σημαντικό να αναφερθεί ότι για τη διασφάλιση της εσωτερικής συνοχής χρησιμοποιείται ο δείκτης Cronbach's alpha, ο οποίος όταν παίρνει τιμές από 0,7 έως και 1, χαρακτηρίζεται ως ιδιαίτερα αξιόπιστη η έρευνα. Η αξιοπιστία της συγκεκριμένης έρευνας είναι πολύ υψηλή καθώς ο συντελεστής του Cronbach κυμαίνεται από 0,806 έως 0,910 για τις τέσσερις κλίμακες της ικανοποίησης.

**Πίνακας 8:** Δείκτης Cronbach's alpha

Κλίμακα	Cronbach's alpha
Περιβάλλον νοσοκομείου	0,806
Ιατρική φροντίδα	0,873
Νοσηλευτική φροντίδα	0,902
Διοικητικό προσωπικό	0,910

## 4.7 Μέθοδος στατιστικής ανάλυσης

Αφού συγκεντρώθηκαν τα ερωτηματολόγια, οι απαντήσεις καταγράφηκαν στο Microsoft Excel (2007), κωδικοποιήθηκαν κατάλληλα και η στατιστική τις επεξεργασία έγινε με τη χρήση του προγράμματος SPSS 21. Αρχικά πραγματοποιήθηκε Ανάλυση Συχνοτήτων και Περιγραφική Στατιστική και στη συνέχεια επιχειρήθηκε η μετάβαση από την Περιγραφική στην Επαγωγική στατιστική.

# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5

## ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### Εισαγωγή

Σε αυτό το κεφάλαιο της διπλωματικής εργασίας δίνονται τα αποτελέσματα που προέκυψαν από τις απαντήσεις των 33 ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο που δέχθηκαν να συμμετέχουν στην έρευνα μας. Στην πρώτη παράγραφο δίνονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του δείγματος ενώ στη συνέχεια παρουσιάζονται τα αποτελέσματα που αφορούν την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών και την ικανοποίηση που αυτοί εκφράζουν από τις παρεχόμενες υπηρεσίες. Στην συνέχεια, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την πιθανή διαφοροποίηση των απόψεων των ασθενών ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά τους. Τέλος, παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

### 5.1 Δημογραφικά στοιχεία δείγματος

Στον Πίνακα 9 δίνονται τα περιγραφικά στοιχεία για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων από όπου και προκύπτει ότι η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άντρες (N=22, 66,7%) και ένα σημαντικό ποσοστό των ασθενών που συμμετείχαν ήταν ηλικίας από 63 έως 79 ετών (N=16, 48,5%) ενώ μικρότερο ποσοστό συμμετοχής είχαμε από ασθενείς ηλικίας από 80 ετών και άνω (N=8, 24,2%), από 46 έως 62 ετών (N=5, 15,2%) και από 31 έως 46 ετών (N=4, 12,1%). Όσον αφορά το εκπαιδευτικό τους επίπεδο παρατηρήθηκε ότι το 39,4% (N=13) των ασθενών ήταν απόφοιτοι Δημοτικού ενώ μικρότερο ποσοστό ασθενών ήταν αναλφάβητοι (N=6, 18,2%), απόφοιτοι Λυκείου (N=6, 18,2%), απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ (N=4, 12,1%), απόφοιτοι Γυμνασίου (N=3, 9,1%) και κάτοχοι μεταπτυχιακού/διδακτορικού (N=1, 3%). Τέλος, το 60,6% (N=20) των ασθενών ήταν έγγαμοι, το 30,3% (N=10) ήταν χήροι και το 9,1% (N=3) ήταν άγαμοι.

**Πίνακας 9:** Συχνότητες και σχετικές συχνότητες για τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των συμμετεχόντων

		N	%
Φύλο	Άνδρας	22	66,7%
	Γυναίκα	11	33,3%
Ηλικία	31-46	4	12,1%
	46-62	5	15,2%
	63-79	16	48,5%
	80+	8	24,2%
Επίπεδο μόρφωσης	Αναλφάβητος	6	18,2%
	Δημοτικό	13	39,4%
	Γυμνάσιο	3	9,1%
	Λύκειο	6	18,2%
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	4	12,1%
	Μεταπτυχιακό/Διδακτορικό	1	3,0%
Οικογενειακή κατάσταση	Άγαμος	3	9,1%
	Έγγαμος	20	60,6%
	Χήρος	10	30,3%

Τέλος, πρέπει να αναφερθεί ότι λόγω της μικρής συμμετοχής από ασθενείς σε κάθε ηλικιακή ομάδα οι 4 κατηγορίες των ηλικιών μετατράπηκαν σε 3 για λόγους ευκολίας (1<sup>η</sup> ομάδα: ηλικία 31 έως 62, 2<sup>η</sup> ομάδα: ηλικία 63 έως 79, 3<sup>η</sup> ομάδα: ηλικία 80+). Παρόμοια, οι 6 κατηγορίες του εκπαιδευτικού επιπέδου μετατράπηκαν σε 2 για λόγους ευκολίας (1<sup>η</sup> ομάδα: Αναλφάβητοι/ Πρωτοβάθμια εκπαίδευση, 2<sup>η</sup> ομάδα: Δευτεροβάθμια/ Τριτοβάθμια εκπαίδευση).

Στον Πίνακα 10 παρουσιάζονται τα στοιχεία των 33 ασθενών που αφορούν την επαγγελματική τους ενασχόληση και τον ασφαλιστικό φορέα τους. Από τα αποτελέσματα

προκύπτει ότι το 51,6% (N=16) ήταν συνταξιούχοι, το 19,4% (N=6) ήταν αγρότες και το 16,1% (N=5) δημόσιοι υπάλληλοι. Ενώ μικρότερος αριθμός ασθενών ήταν ελεύθεροι επαγγελματίες (N=2, 6,5%), ιδιωτικοί υπάλληλοι (N=1, 3,2%) και άνεργοι (N=1, 3,2%). Τέλος, από το σύνολο των ασθενών το 97% (N=32) ήταν ασφαλισμένοι.

**Πίνακας 10:** Συχνότητες και σχετικές συχνότητες για το επάγγελμα και την ασφάλιση των συμμετεχόντων

		N	%
Η παρούσα εργασιακή σας κατάσταση	Ιδιωτικός υπάλληλος	1	3,2%
	Δημόσιος Υπάλληλος	5	16,1%
	Ελεύθερος επαγγελματίας	2	6,5%
	Αγρότης	6	19,4%
	Άνεργος	1	3,2%
	Συνταξιούχος	16	51,6%
Είστε ασφαλισμένος/η;	Όχι	1	3,0%
	Ναι	32	97,0%

## 5.2 Στοιχεία σχετικά με την αιμοκάθαρση

Στον Πίνακα 11 δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με την αιμοκάθαρση. Αρχικά, πρέπει να τονίσουμε ότι στην ερώτηση για το αν άλλαξαν κατοικία μετά την ένταξη στο πρόγραμμα αιμοκάθαρσης ώστε να είναι πιο κοντά στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού όλοι οι συμμετέχοντες απάντησαν αρνητικά. Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 11 προκύπτει ότι ο μέσος χρόνος που οι ασθενείς κάνουν αιμοκάθαρση είναι 2,75 έτη (τ.α. 1,94) με το εύρος να κυμαίνεται από 0,75 έτη έως 8 έτη. Επιπλέον, προέκυψε ότι όλοι οι ασθενείς κάνουν αιμοκάθαρση 3 φορές την εβδομάδα ενώ η μέση διάρκεια της αιμοκάθαρσης ανά επίσκεψη είναι 3,94 ώρες (τ.α. 0,21) με το εύρος να κυμαίνεται από 3 έως 4 ώρες.



**Πίνακας 11:** Περιγραφικά στοιχεία για την αιμοκάθαρση

	Μέση τιμή (μ.τ.)	Τυπική απόκλιση (τ.α.)	Ελάχιστο	Μέγιστο
Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκεστε σε αιμοκάθαρση;	2,75	1,94	0,75	8,00
Πόσες φορές την εβδομάδα κάνετε αιμοκάθαρση;	3,00	0,00	3,00	3,00
Πόσες ώρες διαρκεί η κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης;	3,94	,21	3,00	4,00

### 5.3 Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών

Στις επόμενες τέσσερις ενότητες δίνονται τα αποτελέσματα σχετικά με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών αξιολογήθηκε ως προς το περιβάλλον του νοσοκομείου, την ιατρική φροντίδα, την νοσηλευτική φροντίδα και το διοικητικό προσωπικό.

#### 5.3.1 Περιβάλλον νοσοκομείου

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των 5 ερωτήσεων που σκοπό είχαν να καταγράψουν την αντιληπτή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου από την πλευρά των ασθενών. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται τόσο με χρήση ποσοστών στις κατηγορίες της κλίμακας Likert όσο και με χρήση μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης. Αρχικά, παρατηρούμε ότι το 48,5% (N=16) των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου ενώ το 30,3% (N=10) δήλωσαν ότι είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από αυτόν τον τομέα. Συνολικά μπορούμε να δούμε ότι το 78.8% των ασθενών δήλωσαν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου ενώ μόλις το 18,2% (N=6) και το 3% (N=1) δήλωσαν μέτρια ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά είναι πολύ ικανοποιημένοι από την καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου (μ.τ. 4,03, τ.α. 0,88).

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την θερμοκρασία των χώρων του νοσοκομείου και παρατηρούμε ότι το 45,5% (N=15) των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένοι από την θερμοκρασία του νοσοκομειακού χώρου και το 27,3% (N=19) δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι. Ενώ το 21,2% (N=7), το 3% (N=1) και το 3% (N=1) δήλωσαν μέτρια, ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά είναι πολύ ικανοποιημένοι από την θερμοκρασία του νοσοκομειακού χώρου (μ.τ. 3,91, τ.α. 0,95).

Η τρίτη ερώτηση αφορούσε την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση τους στο χώρο του νοσοκομείου και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 27,3% (N=9) των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση τους στο χώρο του νοσοκομείου, ενώ το 27,3% (N=19) δήλωσε μέτρια ικανοποιημένο. Τέλος, το 21,2% (N=7), το 3% (N=1) και το 3% (N=1) δήλωσαν μέτρια, ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση τους στο χώρο του νοσοκομείου (μ.τ. 3,00, τ.α. 1,30).

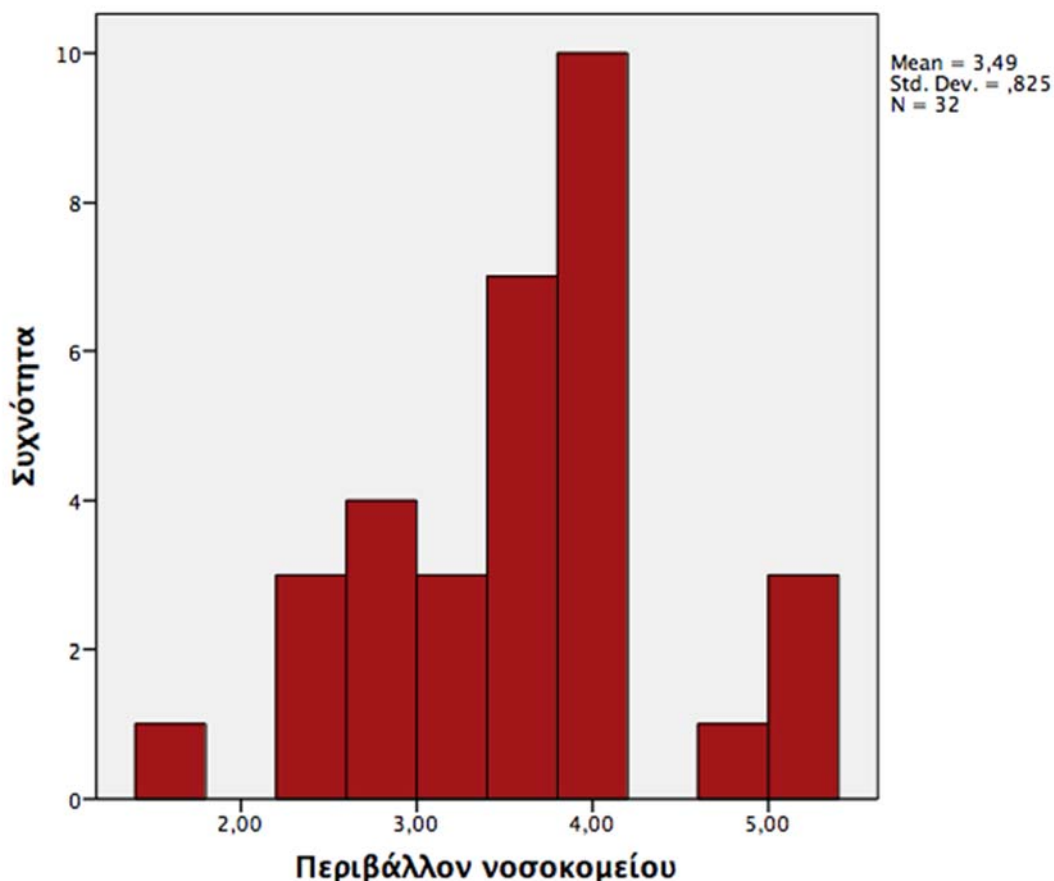
Η τέταρτη ερώτηση αφορούσε την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 39,4% (N=13) των ασθενών εξέφρασαν μέτρια ικανοποίηση από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία ενώ το 21,2% (N=7) δήλωσε πολύ ικανοποιημένο. Επίσης, το 15,2% (N=5), το 15,2% (N=5) και το 9,1% (N=3) δήλωσαν ελάχιστα, καθόλου ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία (μ.τ. 2,94, τ.α. 1,17).

**Πίνακας 8:** Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου

		Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	μ.τ. (τ.α.)
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου;	N	1	0	6	16	10	4,03 (0,88)
	%	3,0%	0,0%	18,2%	48,5%	30,3%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη θερμοκρασία εντός των χώρων του νοσοκομείου;	N	1	1	7	15	9	3,91 (0,95)
	%	3,0%	3,0%	21,2%	45,5%	27,3%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση σας στο χώρο του νοσοκομείου;	N	6	5	9	9	4	3,00 (1,30)
	%	18,2%	15,2%	27,3%	27,3%	12,1%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία;	N	5	5	13	7	3	2,94 (1,17)
	%	15,2%	15,2%	39,4%	21,2%	9,1%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ύπαρξη καθισμάτων στο χώρο αναμονής;	N	1	5	9	10	7	3,53 (1,11)
	%	3,1%	15,6%	28,1%	31,3%	21,9%	

Η τελευταία ερώτηση αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών από την ύπαρξη καθισμάτων στο χώρο αναμονής και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 31,3% (N=10) των ασθενών δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι ενώ το 28,1% (N=7) εξέφρασαν μέτρια ικανοποίηση από την ύπαρξη καθισμάτων στο χώρο αναμονής. Επίσης, το 21,9% (N=7), το 15,6% (N=5) και το 3,1% (N=1) δήλωσαν πάρα πολύ, ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά εκφράζουν μέτρια προς πολύ ικανοποίηση από την ύπαρξη καθισμάτων στο χώρο αναμονής (μ.τ. 3,53, τ.α. 1,11).

**Διάγραμμα 10:** Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου



Στην συνέχεια βάση των 5 ερωτήσεων δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή ως μέσο σκορ των 5 ερωτήσεων που εκφράζει την συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το περιβάλλον του νοσοκομείου. Η μεταβλητή παίρνει τιμές από 1 έως 5 και υψηλότερες τιμές αντικατοπτρίζουν υψηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το περιβάλλον του νοσοκομείου. Η κατανομή της συνολικής ικανοποίησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου δίνεται στο διάγραμμα 10. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν μετρίου προς υψηλού βαθμού ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το περιβάλλον του νοσοκομείου (μ.τ. 3,49, τ.α. 0,825).

### 5.3.2 Ιατρική φροντίδα

Στον Πίνακα 12 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των 5 ερωτήσεων που σκοπό είχαν να καταγράψουν την αντιληπτή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την ιατρική φροντίδα από την πλευρά των ασθενών. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται τόσο με χρήση ποσοστών στις κατηγορίες της κλίμακας Likert όσο και με χρήση μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης. Αρχικά, παρατηρούμε ότι το 81,8% (N=27) των ασθενών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένο από τη στάση και τη συμπεριφορά του ιατρού που τους παρακολούθησε ενώ το 15,2% (N=5) δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από αυτόν τον τομέα. Συνολικά μπορούμε να δούμε ότι το 97% των ασθενών δήλωσαν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη στάση και τη συμπεριφορά του ιατρού που τους παρακολούθησε ενώ μόλις 1 (3,1%) ασθενής δήλωσε ότι είναι ελάχιστα ικανοποιημένος. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη στάση και τη συμπεριφορά του ιατρού που τους παρακολούθησε (μ.τ. 4,76, τ.α. 0,61).

Η επόμενη ερώτηση αφορούσε την ικανοποίηση από την ενημέρωση που παρέχουν οι ιατροί για την κατάσταση της υγείας τους και παρατηρούμε ότι το 72,7% (N=24) των ασθενών είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που παρέχεται από το ιατρικό προσωπικό ενώ το 21,2% (N=17) δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από αυτόν τον τομέα. Ενώ μόλις το 3% (N=1), δήλωσαν ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την ενημέρωση που παρέχουν οι ιατροί για την κατάσταση της υγείας τους (μ.τ. 4,58, τ.α. 0,90).

Η τρίτη ερώτηση αφορούσε την προθυμία των ιατρών να απαντούν σε ερωτήσεις τους και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 81,8% (N=27) των ασθενών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τις απαντήσεις των γιατρών σε ερωτήσεις τους ενώ το 9,1% (N=3) δήλωσε πολύ ικανοποιημένοι. Τέλος, μόλις το 3% (N=1) δήλωσαν μέτρια, ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά εκφράζουν πάρα πολύ ικανοποίηση από την προθυμία των γιατρών να απαντήσουν στις ερωτήσεις τους (μ.τ. 3,00, τ.α. 1,30).

Η τέταρτη ερώτηση αφορούσε την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των ιατρών) και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων

προκύπτει ότι το 81,8% (N=27) των ασθενών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των ιατρών) ενώ το 18,2% (N=6) δήλωσε πολύ ικανοποιημένο. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά εκφράζουν πάρα πολύ μεγάλη ικανοποίηση από την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των ιατρών) (μ.τ. 4,82, τ.α. 0,39).

**Πίνακας 9:** Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την ιατρική φροντίδα

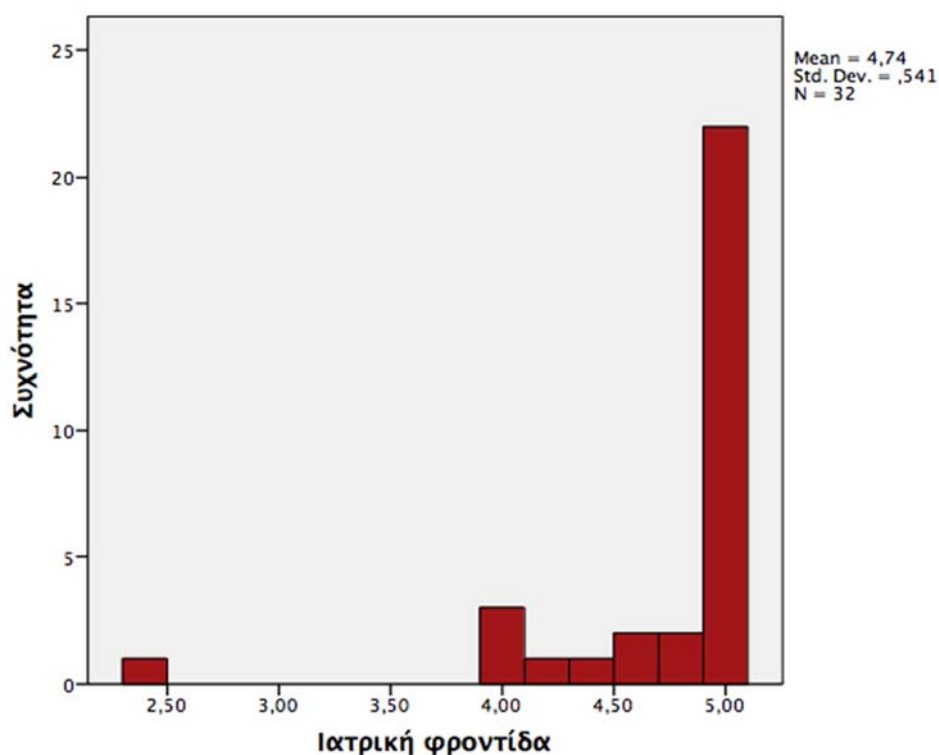
		Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	μ.τ. (τ.α.)
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη στάση και τη συμπεριφορά του ιατρού που σας παρακολουθεί;	N	0	1	0	5	27	4,76 (0,61)
	%	0,0%	3,0%	0,0%	15,2%	81,8%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που παρέχουν οι ιατροί για την κατάσταση της υγείας σας;	N	1	1	0	7	24	4,58 (0,90)
	%	3,0%	3,0%	0,0%	21,2%	72,7%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την προθυμία των ιατρών να απαντούν σε ερωτήσεις σας;	N	1	1	1	3	27	4,64 (0,93)
	%	3,0%	3,0%	3,0%	9,1%	81,8%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των ιατρών);	N	0	0	0	6	27	4,82 (0,39)
	%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	81,8%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από το χρόνο που διέθεσε ο ιατρός για να σας εξετάσει;	N	0	1	1	5	26	4,70 (0,68)
	%	0,0%	3,0%	3,0%	15,2%	78,8%	

Η τελευταία ερώτηση αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών από το χρόνο που διέθεσε ο ιατρός για να τους εξετάσει και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 78,8% (N=26) των ασθενών δήλωσαν πάρα πολύ ικανοποιημένοι ενώ το 15,2% (N=5)

δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι. Επίσης, το 3% (N=1) δήλωσαν μέτρια ή ελάχιστα ικανοποιημένοι αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά είναι πολύ ικανοποιημένοι από το χρόνο που διέθεσε ο ιατρός για να τους εξετάσει (μ.τ. 4,70, τ.α. 0,68).

Στην συνέχεια βάση των πέντε ερωτήσεων δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή ως μέσο σκορ των πέντε ερωτήσεων που εκφράζει την συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την ιατρική φροντίδα. Η μεταβλητή παίρνει τιμές από 1 έως 5 και υψηλότερες τιμές αντικατοπτρίζουν υψηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την ιατρική φροντίδα. Η κατανομή της συνολικής ικανοποίησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την ιατρική φροντίδα δίνεται στο Διάγραμμα 11. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν πάρα πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την ιατρική φροντίδα (μ.τ. 4,74, τ.α. 0,541).

**Διάγραμμα 11:** Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την ιατρική φροντίδα



### 5.3.3 Νοσηλευτική φροντίδα

Στον Πίνακα 14 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των τριών ερωτήσεων που σκοπό είχαν να καταγράψουν την αντιληπτή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα από την πλευρά των ασθενών. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται τόσο με χρήση ποσοστών στις κατηγορίες της κλίμακας Likert όσο και με χρήση μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης. Αρχικά, παρατηρούμε ότι το 81,8% (N=27) των ασθενών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη στάση και τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού που τους παρακολούθησε ενώ το 15,2% (N=5) δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι από αυτόν τον τομέα. Συνολικά μπορούμε να δούμε ότι το 97% των ασθενών δήλωσαν πολύ ή πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη στάση και τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού ενώ μόλις 1 (3%) ασθενής δήλωσε ότι είναι μέτρια ικανοποιημένος. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από τη στάση και τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού (μ.τ. 4,79, τ.α. 0,48).

Η δεύτερη ερώτηση αφορούσε την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των νοσηλευτών) και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 78,8% (N=26) των ασθενών είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των νοσηλευτών) ενώ το 18,2% (N=6) δήλωσε πολύ ικανοποιημένο. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά εκφράζουν πάρα πολύ ικανοποίηση από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των νοσηλευτών) (μ.τ. 4,76, τ.α. 0,50).

Η τελευταία ερώτηση αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών από την ψυχολογική υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ασθένειά τους και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 72,7% (N=24) των ασθενών δήλωσαν πάρα πολύ ικανοποιημένοι ενώ το 21,2% (N=7) δήλωσαν πολύ ικανοποιημένοι. Επίσης, το 6,1% (N=2) δήλωσαν μέτρια ικανοποιημένοι. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς γενικά είναι πολύ ικανοποιημένοι από την ψυχολογική υποστήριξη του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ασθένειά τους (μ.τ. 4,67, τ.α. 0,60).

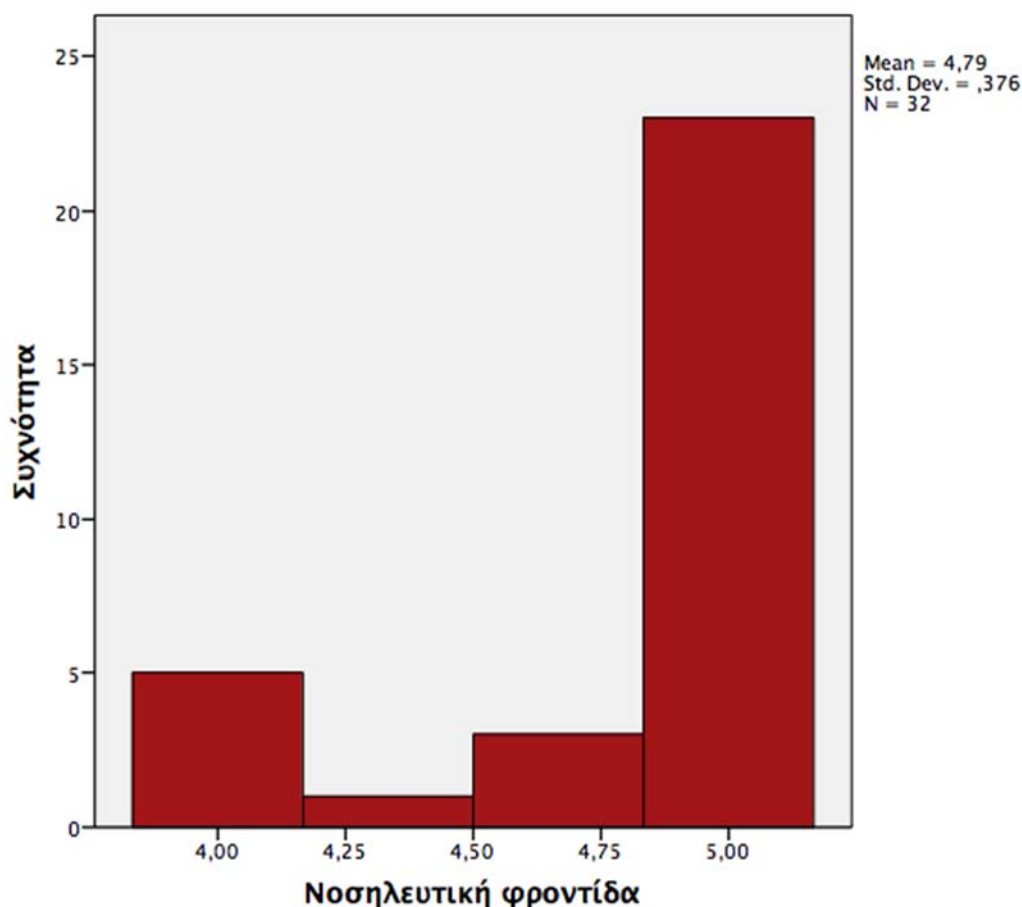


**Πίνακας 14:** Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα

		Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	μ.τ. (τ.α.)
Πόσο ικανοποιημένος αισθάνεστε από τη συμπεριφορά και τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού;	N	0	0	1	5	27	4,79 (0,48)
	%	0,0%	0,0%	3,0%	15,2%	81,8%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των νοσηλευτών);	N	0	0	1	6	26	4,76 (0,50)
	%	0,0%	0,0%	3,0%	18,2%	78,8%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού σχετικά με την ασθένεια σας;	N	0	0	2	7	24	4,67 (0,60)
	%	0,0%	0,0%	6,1%	21,2%	72,7%	

Στην συνέχεια βάση των τριών ερωτήσεων δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή ως μέσο σκορ των τριών ερωτήσεων που εκφράζει την συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα. Η μεταβλητή παίρνει τιμές από 1 έως 5 και υψηλότερες τιμές αντικατοπτρίζουν υψηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν τη νοσηλευτική φροντίδα. Η κατανομή της συνολικής ικανοποίησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα δίνεται στο Διάγραμμα 12. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν πάρα πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την νοσηλευτική φροντίδα (μ.τ. 4,79, τ.α. 0,376).

**Διάγραμμα 12:** Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την νοσηλευτική φροντίδα



### 5.3.4 Διοικητικό προσωπικό

Στον Πίνακα 15 παρουσιάζονται τα αποτελέσματα των δύο ερωτήσεων που σκοπό είχαν να καταγράψουν την αντιληπτή ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το διοικητικό προσωπικό από την πλευρά των ασθενών. Η παρουσίαση των αποτελεσμάτων γίνεται τόσο με χρήση ποσοστών στις κατηγορίες της κλίμακας Likert όσο και με χρήση μέσης τιμής και τυπικής απόκλισης. Αρχικά, παρατηρούμε ότι το 36,4% (N=12) των ασθενών είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τη στάση και τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού που τους παρακολούθησε ενώ το 27,3% (N=9) δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι και το 24,2% (N=8) δήλωσαν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από αυτόν τον τομέα. Ενώ το 6,1% (N=2) δήλωσε ότι είναι ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένοι. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς εκφράζουν

μέτρια ικανοποίηση από τη στάση και τη συμπεριφορά του διοικητικού προσωπικού (μ.τ. 3,58, τ.α. 1,12).

Η δεύτερη ερώτηση αφορούσε την ικανοποίηση των ασθενών από την ταχύτητα εξυπηρέτησης από το διοικητικό προσωπικό και από τις απαντήσεις των συμμετεχόντων προκύπτει ότι το 33,3% (N=11) των ασθενών είναι μέτρια ικανοποιημένοι από τη ταχύτητα εξυπηρέτησης του διοικητικού προσωπικού ενώ το 27,3% (N=9) δήλωσαν ότι είναι πολύ ικανοποιημένοι και το 21,2% (N=7) δήλωσαν πάρα πολύ ικανοποιημένοι από αυτόν τον τομέα. Ενώ το 9,1% (N=3) δήλωσε ότι είναι ελάχιστα ή καθόλου ικανοποιημένο αντίστοιχα. Από την μέση τιμή της συγκεκριμένης ερώτησης μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από την ταχύτητα εξυπηρέτησης από το διοικητικό προσωπικό (μ.τ. 3,42, τ.α. 1,20).

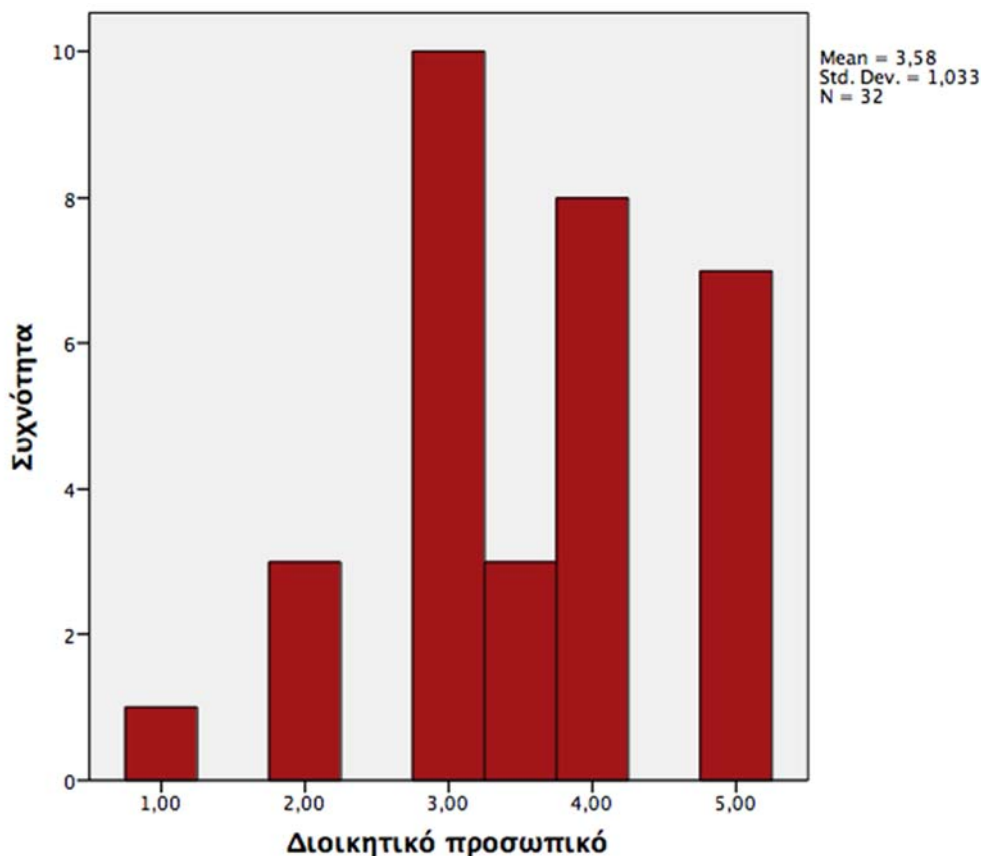
**Πίνακας 10:** Ποιότητα παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το διοικητικό προσωπικό

		Καθόλου	Ελάχιστα	Μέτρια	Πολύ	Πάρα πολύ	μ.τ. (τ.α.)
Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη συμπεριφορά του διοικητικού Υπαλλήλου που σας εξυπηρέτησε;	N	2	2	12	9	8	3,58 (1,12)
	%	6,1%	6,1%	36,4%	27,3%	24,2%	
Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ταχύτητα εξυπηρέτησης σας από το διοικητικό προσωπικό;	N	3	3	11	9	7	3,42 (1,20)
	%	9,1%	9,1%	33,3%	27,3%	21,2%	

Στην συνέχεια βάση των δύο ερωτήσεων δημιουργήθηκε μια νέα μεταβλητή ως μέσο σκορ των δύο ερωτήσεων που εκφράζει την συνολική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το διοικητικό προσωπικό. Η μεταβλητή παίρνει τιμές από 1 έως 5 και υψηλότερες τιμές αντικατοπτρίζουν υψηλότερη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το διοικητικό προσωπικό. Η κατανομή της συνολικής ικανοποίησης της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το διοικητικό προσωπικό δίνεται στο διάγραμμα 13. Από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς

που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το διοικητικό προσωπικό (μ.τ. 3,58, τ.α. 1,033).

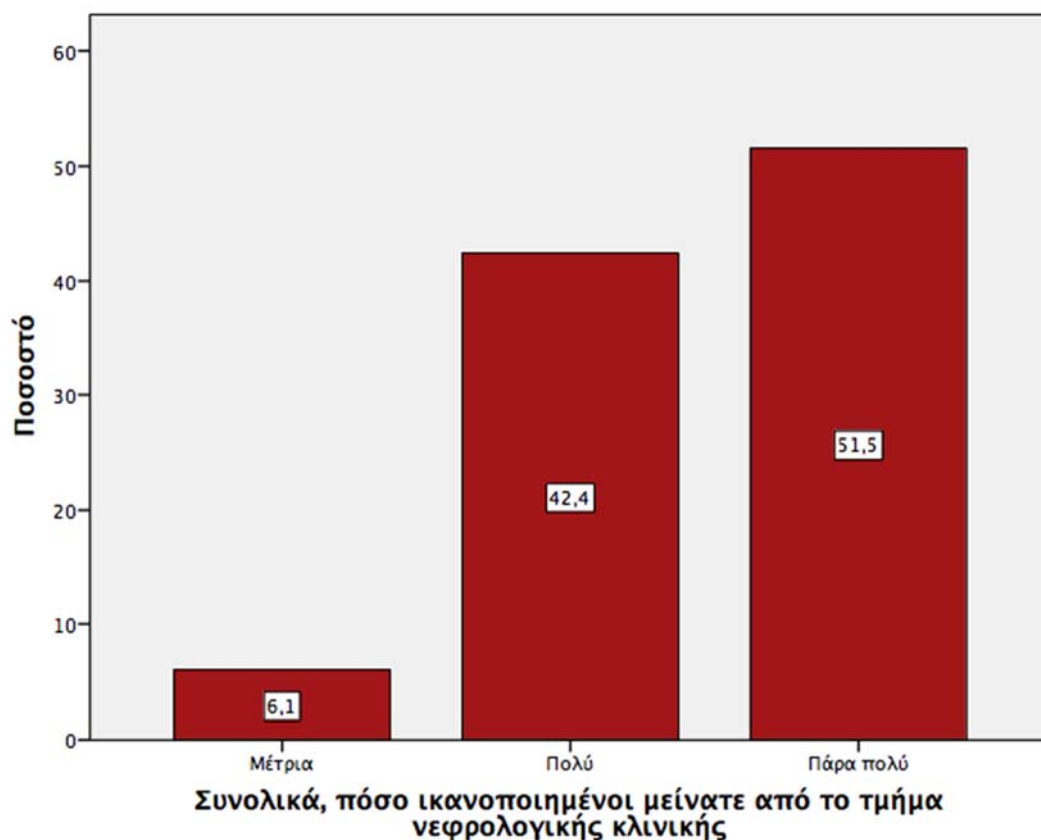
**Διάγραμμα 13:** Κατανομή της συνολικής αντιληπτής ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με το διοικητικό προσωπικό



#### 5.4 Γενική αξιολόγηση από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής

Η γενική αξιολόγηση του τμήματος της νεφρολογικής κλινικής από τους ασθενείς δίνεται στο διάγραμμα 14. Από τα αποτελέσματα παρατηρούμε ότι το 51,5% (N=17) είναι πάρα πολύ ικανοποιημένοι από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής ενώ το 42,4% (N=14) είναι πολύ ικανοποιημένοι και το 6,1% (N=2) είναι μέτρια ικανοποιημένοι από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής. Γενικά, μπορούμε να πούμε ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση στο Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου είναι σε μεγάλο βαθμό ικανοποιημένοι από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής.

**Διάγραμμα 2:** Κατανομή της συνολικής ικανοποίησης από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής



## 5.5 Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης

Οι τελευταίες τρεις ερωτήσεις είχαν σκοπό την καταγραφή των απόψεων των ασθενών για τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης στο Γενικό Νοσοκομείο Διδυμοτείχου. Από τα αποτελέσματα του Πίνακα 16 προκύπτει ότι το 93,9% (N=31) των ασθενών έχει παρατηρήσει ελλείψεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό ενώ το 81,8% (N=27) έχει παρατηρήσει ελλείψεις σε αναλώσιμα. Τέλος, το 75,8% (N=25) έχει παρατηρήσει ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό.

**Πίνακας 11:** Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης

		Ναι	Όχι
Έχετε παρατηρήσει ελλείψεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό;	N	31	2
	%	93,9%	6,1%
Έχετε παρατηρήσει ελλείψεις σε αναλώσιμα;	N	27	6
	%	81,8%	18,2%
Έχετε παρατηρήσει ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό;	N	25	8
	%	75,8%	24,2%

## **5.6 Ποιότητα υπηρεσιών και ικανοποίηση ως προς τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών**

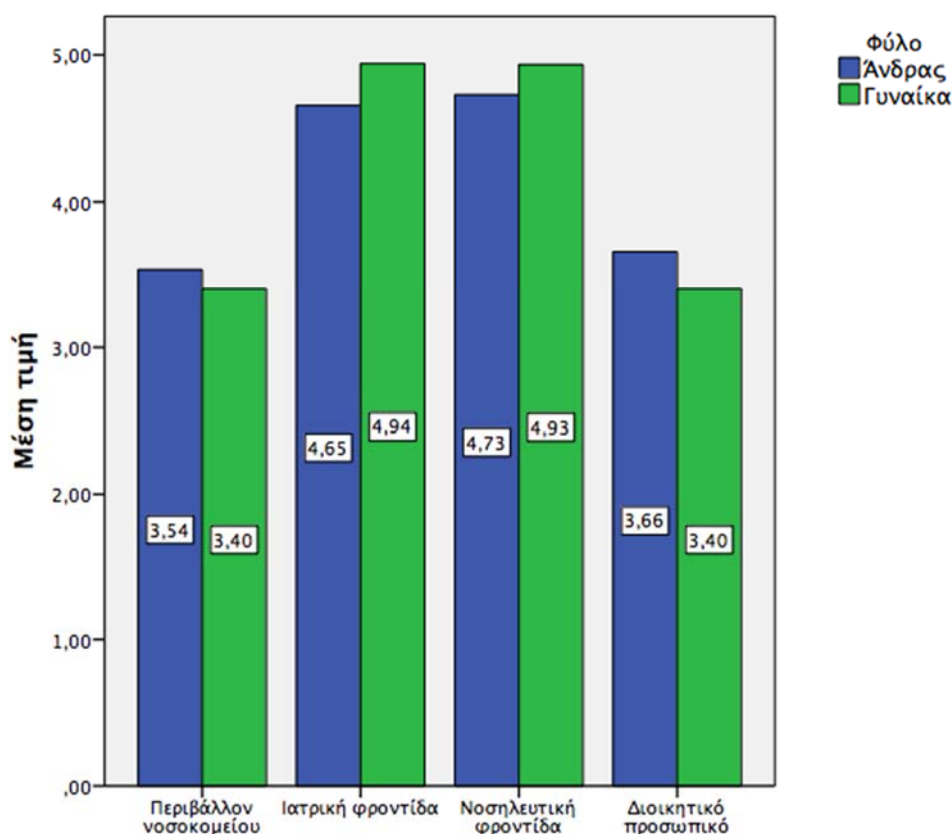
Στην συνέχεια δίνονται τα αποτελέσματα αναφορικά με την ικανοποίηση από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών ανάλογα με το φύλο και την ηλικία των ασθενών που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση. Για τον έλεγχο της πιθανής διαφοροποίησης μεταξύ αντρών και γυναικών χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t-test για 2 ανεξάρτητα δείγματα ενώ για τον έλεγχο της πιθανής διαφοροποίησης μεταξύ των ηλικιακών ομάδων χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διακύμανσης ενός παράγοντα (one-way ANOVA).

Τα αποτελέσματα ως προς το φύλο παρουσιάζονται στο διάγραμμα 15 και προκύπτει ότι η μέση ικανοποίηση των ανδρών από το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι ίση με 3,54 (τ.α. 0,77) ενώ των γυναικών ισούται με 3,4 (τ.α. 0,98). Από τον έλεγχο t-test προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών ως προς την ικανοποίηση από το περιβάλλον του νοσοκομείου ( $t=0,427$ ,  $p=0,672>0,05$ ). Παρόμοια, η μέση ικανοποίηση των ανδρών από την ιατρική φροντίδα νοσοκομείου είναι ίση με 4,65 (τ.α. 0,63) ενώ των γυναικών ισούται με 4,94 (τ.α. 0,54). Από τον έλεγχο t-test προέκυψε ότι δεν υπάρχει

διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών ως προς την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ( $t=-0,572$ ,  $p=0,571>0,05$ ).

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα προέκυψε ότι η μέση ικανοποίηση των ανδρών είναι ίση με 4,73 (τ.α. 0,63) ενώ των γυναικών ισούται με 4,93 (τ.α. 0,59). Από τον έλεγχο t-test προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών ως προς την ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα ( $t=-0,167$ ,  $p=0,869>0,05$ ). Τέλος, όσον αφορά την ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό προέκυψε ότι η μέση ικανοποίηση των ανδρών είναι ίση με 3,66 (τ.α. 0,82) ενώ των γυναικών ισούται με 3,40 (τ.α. 0,93). Από τον έλεγχο t-test προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών ως προς την ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό ( $t=1,170$ ,  $p=0,251>0,05$ ).

**Διάγραμμα 3:** Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάλογα με το φύλο των ασθενών

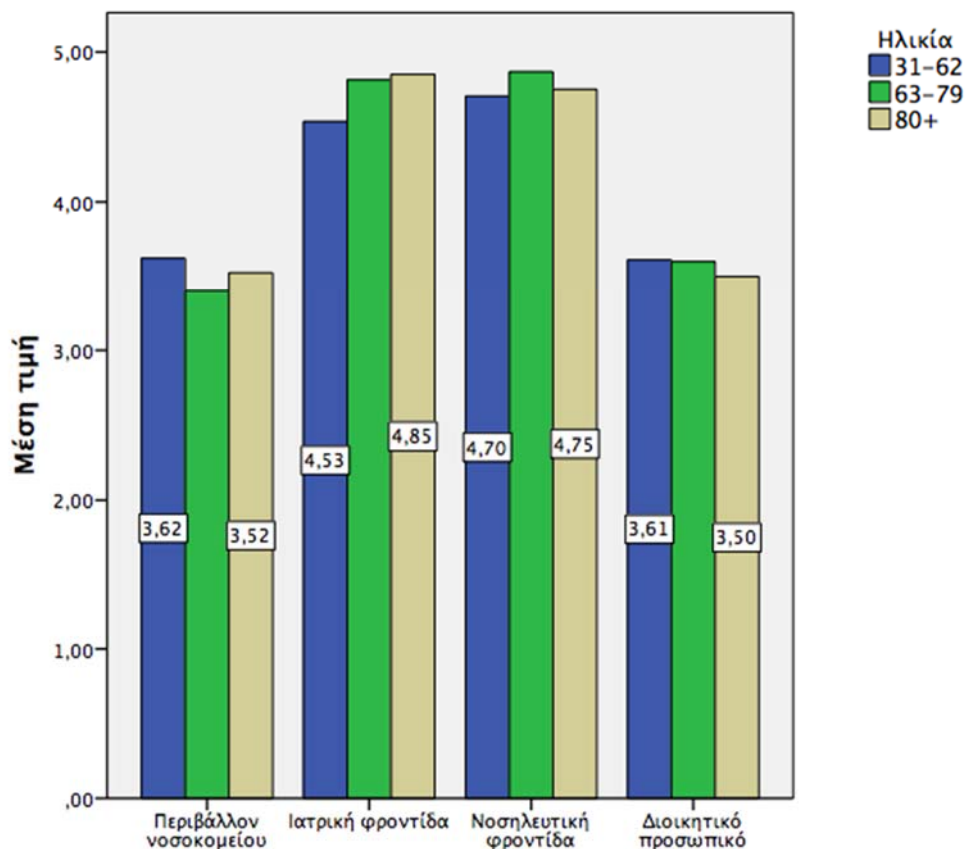


Τα αποτελέσματα ως προς την ηλικιακή ομάδα παρουσιάζονται στο διάγραμμα 16 και προκύπτει ότι η μέση ικανοποίηση των ασθενών ηλικίας 31-62 ετών από το περιβάλλον του νοσοκομείου είναι ίση με 3,62 (τ.α. 0,50) ενώ των ασθενών ηλικίας 63-79 ισούται με 3,4 (τ.α. 0,81) και των ασθενών ηλικίας 80+ ισούται με 3,52 (τ.α. 1,18). Από τον έλεγχο ANOVA προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ως προς την ικανοποίηση από το περιβάλλον του νοσοκομείου ( $F=0,201$ ,  $p=0,819>0,05$ ). Παρόμοια, η μέση ικανοποίηση των ασθενών ηλικίας 31-62 ετών από την ιατρική φροντίδα νοσοκομείου είναι ίση με 4,53 (τ.α. 0,86) ενώ των ασθενών ηλικίας 63-79 ισούται με 4,71 (τ.α. 0,52) και των ασθενών ηλικίας 80+ ισούται με 4,85 (τ.α. 0,36). Από τον έλεγχο ANOVA προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ως προς την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα ( $F=0,593$ ,  $p=0,559>0,05$ ).

Όσον αφορά την ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα προέκυψε ότι η μέση ικανοποίηση των ασθενών ηλικίας 31-62 ετών είναι ίση με 4,70 (τ.α. 0,45) ενώ των ασθενών ηλικίας 63-79 ετών ισούται με 4,75 (τ.α. 0,54) και των ασθενών ηλικίας 80+ ετών ισούται με 4,75 (τ.α. 0,46). Από τον έλεγχο ANOVA προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ως προς την ικανοποίηση από την νοσηλευτική φροντίδα ( $F=0,028$ ,  $p=0,972>0,05$ ). Τέλος, όσον αφορά την ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό προέκυψε ότι η μέση ικανοποίηση των ασθενών ηλικίας 31-62 ετών είναι ίση με 3,61 (τ.α. 0,99) ενώ των ασθενών ηλικίας 63-79 ετών ισούται με 3,44 (τ.α. 1,30) και των ασθενών ηλικίας 80+ ετών ισούται με 4,50 (τ.α. 0,92). Από τον έλεγχο ANOVA προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ως προς την ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό ( $F=0,066$ ,  $p=0,936>0,05$ ).



**Διάγραμμα 4:** Ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες ανάλογα με την ηλικία των ασθενών



## 5.7 Συσχέτιση της ποιότητας παρεχόμενων υπηρεσιών και της ικανοποίησης

Τέλος, ελέγχθηκε κατά πόσο η ικανοποίηση από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών συσχετίζεται με την γενική ικανοποίηση που εκφράζουν οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση ως προς το τμήμα νεφρολογικής κλινικής. Αρχικά, μέσω του συντελεστή συσχέτισης του Pearson (Πίνακας 17) προέκυψε ότι υπάρχει στατιστικά σημαντική θετική συσχέτιση μεταξύ (1) της ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα

( $r=0,354$ ,  $p=0,043<0,05$ ) και της γενικής ικανοποίησης για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής, (2) της ικανοποίησης από την νοσηλευτικής φροντίδα ( $r=0,403$ ,  $p=0,020<0,05$ ) και της γενικής ικανοποίησης για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής και (3) της ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό ( $r=0,734$ ,  $p=0,000<0,05$ ) και της γενικής ικανοποίησης για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής.

**Πίνακας 12:** Αποτελέσματα συντελεστή συσχέτισης

		Συνολική ικανοποίηση
Περιβάλλον νοσοκομείου	r	0,344
	p	0,054
	N	33
Ιατρική φροντίδα	r	0,354
	p	0,043
	N	33
Νοσηλευτική φροντίδα	r	0,403
	p	0,020
	N	33
Διοικητικό προσωπικό	r	0,734
	p	0,000
	N	33

Τέλος, για να εξετάσουμε κατά πόσο η ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό, το περιβάλλον του νοσοκομείου, την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα ερμηνεύουν την γενική ικανοποίηση για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής χρησιμοποιήθηκε η πολλαπλή ανάλυση γραμμικής παλινδρόμησης και τα αποτελέσματα δίνονται στον Πίνακα 18. Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η γενική ικανοποίηση για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής ερμηνεύεται κατά 51,3% από την ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό, το

περιβάλλον του νοσοκομείου, την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα. Αναλυτικότερα, προέκυψε ότι η αύξηση της ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα ( $\beta=0,243$ ,  $p=0,045<0,05$ ), η αύξηση της ικανοποίησης από την νοσηλευτική φροντίδα ( $\beta=0,2491$ ,  $p=0,031<0,05$ ) και η αύξηση της ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό ( $\beta=0,332$ ,  $p=0,000<0,05$ ) οδηγούν σε αύξηση της γενικής ικανοποίησης για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής.

**Πίνακας 13** Αποτελέσματα παλινδρόμησης

Μοντέλα	$\beta$	Τυπικό σφάλμα	p
Σταθερά	1,191	1,081	0,000
Περιβάλλον νοσοκομείου	-0,007	0,108	0,108
Ιατρική φροντίδα	0,243	0,147	0,045
Νοσηλευτική φροντίδα	0,291	0,231	0,031
Διοικητικό προσωπικό	0,332	0,078	0,000

$R^2=0,513$ ,  $F=11,981$ ,  $p=0,000$

## 5.8 Συζήτηση αποτελεσμάτων

Από τη βιβλιογραφική ανασκόπηση που πραγματοποιήθηκε έγινε εμφανές ότι η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες από τις υπηρεσίες υγείας, αποτελούν έναν ιδιαίτερα σημαντικό μέτρο αξιολόγησης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών. Πιο συγκεκριμένα, η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι ασθενείς και οι χρήστες από το σύστημα υγείας μίας χώρας, αποτελεί δείκτη που αξιολογεί και τις 3 διαστάσεις των υπηρεσιών υγείας, όπως είναι οι δομές, οι διαδικασίες και τα αποτελέσματα. Πρόκειται, για ένα μέτρο το οποίο μπορεί να δώσει χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που παρέχονται από τις μονάδες υγείας και να βοηθήσουν τις διοικήσεις τους να κατανοήσουν τα προβλήματα που αντιμετωπίζουν, ώστε να προχωρήσουν σε διορθωτικές κινήσεις.

Στην παρούσα εργασία, και συγκεκριμένα στο ερευνητικό μέρος της, διερευνήθηκε ο βαθμός ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, από τις υπηρεσίες της νεφρολογικής κλινικής του Γενικού Νοσοκομείου

Διδυμοτείχου. Στην έρευνα συμμετείχαν 33 ασθενείς, οι οποίοι βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου. Η πλειοψηφία του δείγματος ήταν άντρες και κατά κύριο λόγο η ηλικία τους ήταν άνω των 63 ετών. Επίσης, όλοι οι συμμετέχοντες πλην ενός έχουν ασφαλιστική κάλυψη. Ο μέσος όρος του χρόνου που οι ασθενείς υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση είναι τα 2,75 έτη καθώς και ότι πραγματοποιούν τη διαδικασία 3 φορές την εβδομάδα, η οποία διαρκεί από 3 έως και 4 ώρες.

Από τα αποτελέσματα προέκυψε ότι η πλειοψηφία των ασθενών που συμμετείχαν στην έρευνα είναι ιδιαίτερα ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες που δέχτηκαν στο πλαίσιο της φροντίδας τους. Στο σημείο αυτό, κρίνεται σκόπιμο να αναφερθεί ότι στις περισσότερες έρευνες που έχουν διεξαχθεί στην Ελλάδα, η ικανοποίηση που λαμβάνουν οι χρήστες του Εθνικού Συστήματος Υγείας, κυμαίνεται σε ιδιαίτερα υψηλά επίπεδα (Χαντζοπούλου και συν., 2017; Χαλκίδη και συν., 2016; Λέντζας και συν., 2010; Πολύζος και συν., 2007; Καμπάντα & Νιάκας, 2004).

Σχετικά με το περιβάλλον του νοσοκομείου, η πλειοψηφία του δείγματος δήλωσε ότι είναι πολύ ικανοποιημένη από την καθαριότητα του χώρου, όπως επίσης και με τη θερμοκρασία που επικρατούσε στο τμήμα, στοιχεία τα οποία έρχονται σε αντίθεση με την έρευνα της Καλογεροπούλου (2011), σύμφωνα με την οποία ο βαθμός ικανοποίησης των χρηστών αναφορικά με την καθαριότητα ήταν ιδιαίτερα περιορισμένος. Ενδεχομένως, η διαφορά στα ευρήματα να οφείλεται στον αυξημένο αριθμό χρηστών των νοσοκομείων που εξετάστηκαν στην έρευνα της Καλογεροπούλου (2011). Αναφορικά με τη σηματοδότηση εντός του χώρου του νοσοκομείου, σχεδόν το 1/3 του δείγματος υποστηρίζει ότι είναι ικανοποιημένο, το 1/3 υποστηρίζει ότι είναι μέτρια ικανοποιημένο και το υπόλοιπο μέρος του δείγματος ανέφερε ότι είναι μέτρια έως και καθόλου ικανοποιημένο. Σχετικά με τις δομές για άτομα με αναπηρία το μεγαλύτερο ποσοστό του δείγματος υποστήριξε ότι είναι μέτρια έως και καθόλου ικανοποιημένο. Αναφορικά, με την άνεση που προσφέρουν τα καθίσματα στο χώρο της αναμονής, η πλειοψηφία των συμμετεχόντων δήλωσε ικανοποιημένη. Συγκεντρωτικά, από τα αποτελέσματα της έρευνας προέκυψε ότι οι συμμετέχοντες στην έρευνα παρουσιάζουν μετρίου προς υψηλού βαθμού ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το περιβάλλον του νοσοκομείου, εύρημα που συμφωνεί σε σημαντικό βαθμό με την έρευνα των Χαντζοπούλου και συν. (2017).

Ενδιαφέρον, παρουσιάζουν και τα ευρήματα σχετικά με την ιατρική φροντίδα που λαμβάνουν οι ασθενείς. Οι ασθενείς δήλωσαν πολύ υψηλό ποσοστό ικανοποίησης σχετικά με τη στάση και τη συμπεριφορά των γιατρών καθώς επίσης και από το επίπεδο της ενημέρωσης που λαμβάνουν σχετικά με την κατάσταση της υγείας τους, στοιχείο που διαφοροποιείται από τα αποτελέσματα της έρευνας των Χαλκίδη και συν. (2016), κατά την οποία οι χρήστες, επιθυμούσαν περισσότερη ενημέρωση. Παρομοίως, πολύ υψηλή είναι και η ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με την προθυμία των γιατρών να απαντούν στις ερωτήσεις τους και να συζητούν μαζί τους. Επίσης, οι ασθενείς δήλωσαν πολύ υψηλό επίπεδο ικανοποίησης και με την ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας. Καταληκτικά, αναφορικά με την ιατρική φροντίδα, οι περισσότεροι ασθενείς φάνηκαν να λαμβάνουν πολύ μεγάλη ικανοποίηση και από τον χρόνο που τους διέθεσαν οι γιατροί. Συγκεντρωτικά, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν πάρα πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την ιατρική φροντίδα, στοιχείο που έρχεται σε απόλυτη συμφωνία με τα ευρήματα των Χαντζοπούλου και συν. (2017).

Παρόμοια είναι και τα ευρήματα τα οποία αφορούν στην ικανοποίηση που λάβανε οι ασθενείς από το νοσηλευτικό προσωπικό. Οι ασθενείς δήλωσαν πολύ υψηλό ποσοστό ικανοποίησης σχετικά με τη στάση και τη συμπεριφορά των νοσηλευτών, όπως και με την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, αποτέλεσμα το οποίο συνάδει με τα ευρήματα των Παπαγιαννοπούλου και συν. (2008). Ακόμη, ένα πολύ σημαντικό στοιχείο που προκύπτει μέσα από την έρευνα είναι ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών, υποστήριξε ότι λαμβάνει υψηλή ψυχολογική υποστήριξη από τους νοσηλευτές και για το λόγο αυτό, είναι πολύ ικανοποιημένο. Συγκεντρωτικά, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν πάρα πολύ μεγάλη ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν την νοσηλευτική φροντίδα.

Τα αποτελέσματα αναφορικά με την ικανοποίηση που δέχονται οι ασθενείς αναφορικά με τις υπηρεσίες και τη στάση των διοικητικών υπαλλήλων, διαφοροποιούνται από τα αποτελέσματα αναφορικά με την ιατρική και την νοσηλευτική φροντίδα και το περιβάλλον του νοσοκομείου. Πιο συγκεκριμένα, αρκετά σημαντικό μέρος του δείγματος δήλωσε μετρίου βαθμό ικανοποίησης αναφορικά με τη στάση και τη συμπεριφορά των διοικητικών υπαλλήλων καθώς επίσης δήλωσε και μετρίου βαθμό ικανοποίησης από την ταχύτητα εξυπηρέτησης, αποτελέσματα που έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα της Καλογεροπούλου (2011). Συγκεντρωτικά, από τα αποτελέσματα προκύπτει ότι οι

ασθενείς που υποβάλλονται σε αιμοκάθαρση εκφράζουν μέτρια ικανοποίηση από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν το διοικητικό προσωπικό.

Από τις συσχετίσεις που πραγματοποιήθηκαν προέκυψαν ιδιαίτερα χρήσιμα συμπεράσματα αναφορικά με το φύλο και το βαθμό ικανοποίησης. Πιο συγκεκριμένα, προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ αντρών και γυναικών ως προς την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, ως προς την ικανοποίηση από τη νοσηλευτική φροντίδα καθώς επίσης και ως προς την ικανοποίηση από το διοικητικό προσωπικό. Ενδιαφέροντα, είναι και τα ευρήματα, αναφορικά με την ηλικία και το βαθμό ικανοποίησης. Ειδικότερα, προέκυψε ότι δεν υπάρχει διαφορά μεταξύ των ηλικιακών ομάδων ως προς την ικανοποίηση από το περιβάλλον του νοσοκομείου, από την ιατρική φροντίδα, από τη νοσηλευτική φροντίδα καθώς επίσης και από το διοικητικό προσωπικό. Τα αποτελέσματα αυτά, έρχονται σε αντίθεση με τα ευρήματα των Γαβριήλ και συν. (2012) καθώς επίσης και των Πολύζος και συν. (2007), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι υπάρχει συσχέτιση μεταξύ των συγκεκριμένων δημογραφικών χαρακτηριστικών και του βαθμού ικανοποίησης που λαμβάνουν.

Ένα στοιχείο μεγάλου ενδιαφέροντος, που προέκυψε στην παρούσα εργασία, είναι η σημαντική θετική συσχέτιση που υπάρχει μεταξύ της ικανοποίησης από την ιατρική φροντίδα και της γενικής ικανοποίησης για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής, μεταξύ της ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα και της γενικής ικανοποίησης για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής, μεταξύ της ικανοποίησης από το διοικητικό προσωπικό και της γενικής ικανοποίησης για το τμήμα νεφρολογικής κλινικής,

Από τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών αναφορικά με τις επιπτώσεις της οικονομικής κρίσης, γίνεται εμφανές ότι οι ασθενείς, έχουν αντιληφθεί ότι υπάρχουν σημαντικές ελλείψεις που αφορούν στο ανθρώπινο δυναμικό, στα αναλώσιμα καθώς επίσης και στον τεχνολογικό εξοπλισμό. Τα αποτελέσματα αυτά, συνάδουν με τις διαπιστώσεις των Kentikelenis & Papanicolas (2011), οι οποίοι υποστηρίζουν ότι η κρίση έχει οδηγήσει σε σημαντικές περικοπές στο χώρο της υγείας, με αποτέλεσμα τα προβλήματα χρηματοδότησης, οργάνωσης και στελέχωσης να έχουν διογκωθεί. Συνεπώς, οι ασθενείς αντιλαμβάνονται ότι η πολιτική που εφαρμόζεται επηρεάζει με ιδιαίτερα αρνητικό τρόπο, την οργάνωση των μονάδων υγείας και κατά συνέπεια την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6

# ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ ΓΙΑ ΜΕΛΛΟΝΤΙΚΗ ΕΡΕΥΝΑ

### 6.1 Συμπεράσματα

Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι ένα πολύ σημαντικό στοιχείο, που πρέπει να διακρίνει τα συστήματα υγείας όλων των κρατών, ώστε να εξασφαλίζεται το υψηλό επίπεδο υγείας των πολιτών. Οι ασθενείς δικαιούνται τη βέλτιστη φροντίδα, σύμφωνα με τη σύγχρονη επιστημονική γνώση και τους διαθέσιμους πόρους. Καθώς οι ασθενείς βρίσκονται στο επίκεντρο του ενδιαφέροντος για τα συστήματα υγείας, καθίσταται αναγκαίο να ενισχυθεί ο ρόλος της Διοίκησης Ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας, μπορεί να αξιολογηθεί και μέσα από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, η οποία έχει θετική σχέση με την ποιότητα. Η ικανοποίηση του ασθενή μπορεί να αναφέρεται στην προσωπική του εκτίμηση για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται σε αυτόν, αλλά και για τους επαγγελματίες υγείας καθώς και για τον τρόπο με τον οποίο προσφέρονται οι υπηρεσίες αυτές. Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών δεν είναι μόνο σημαντική για την αξιολόγηση της ικανοποίησης τους αλλά και για την εξέλιξη της υγείας των ίδιων, καθώς διαπιστώνεται θετική σχέση μεταξύ της ικανοποίησης που λαμβάνουν και της εξέλιξης της κατάστασης της υγείας τους.

Στην παρούσα εργασία, διερευνήθηκε ο βαθμός της ικανοποίησης των ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, ο οποίος φάνηκε να είναι ιδιαίτερα υψηλός. Συνοψίζοντας, από την έρευνα που πραγματοποιήθηκε στο Νοσοκομείο προκύπτει το συμπέρασμα ότι οι ασθενείς παρουσιάζονται σε μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένοι από τις υπηρεσίες υγείας που τους παρέχονται, τόσο από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, όσο και από την γενικότερη εικόνα του νοσοκομείου. Ωστόσο, λιγότερο ικανοποιημένοι βρέθηκαν να είναι από το περιβάλλον του νοσοκομείου και το διοικητικό προσωπικό. Παρότι οι ασθενείς βρέθηκε να είναι σε μεγάλο ποσοστό ικανοποιημένοι από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, εντούτοις η ελλιπής στελέχωση αποτελεί ένα σημαντικό πρόβλημα που πρέπει να

επιλυθεί, έτσι ώστε να υπάρχουν πιο βελτιωμένες και αναβαθμισμένες υπηρεσίες υγείας. Πρόκειται για ένα πολύ σημαντικό εύρημα, ειδικότερα κατά τη διάρκεια της κρίσης, όπου οι ελληνικές κυβερνήσεις έχουν περιορίσει τις δαπάνες για την υγεία και οι δημόσιες μονάδες υγείας, έρχονται αντιμέτωπες με πολύ σοβαρές ελλείψεις. Φαίνεται, ότι η προσπάθεια που καταβάλουν οι επαγγελματίες υγείας, συμβάλουν σημαντικά στην κάλυψη των ελλείψεων αυτών και επιφέρουν την υψηλή ικανοποίηση των ασθενών.

## **6.2 Περιορισμοί της έρευνας και προτάσεις για μελλοντική έρευνα**

Βασικός περιορισμός της υπό μελέτης έρευνας, είναι το μικρό δείγμα που χρησιμοποιήθηκε. Μπορεί το νούμερο των ασθενών που συμμετείχε στην έρευνα να επαρκεί σύμφωνα με τη βιβλιογραφία, ωστόσο δε μπόρεσε να καταδείξει αν και σε ποιο βαθμό υπάρχουν συσχετίσεις μεταξύ της ικανοποίησης που λαμβάνουν οι ασθενείς και των δημογραφικών τους στοιχείων. Πρόκειται για μία σχέση που επιβεβαιώνεται από πολλές άλλες έρευνες που έχουν πραγματοποιηθεί τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό. Ο περιορισμός αυτός, καθιστά απαραίτητη τη διεξαγωγή μίας μελλοντικής έρευνας, σε μεγαλύτερο δείγμα ασθενών που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, ώστε να γίνει σαφές αν κάποια από τα δημογραφικά στοιχεία σχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης στο σύνολο του πληθυσμού των ασθενών αυτών.

Επίσης, θα είχε πολύ μεγάλο ενδιαφέρον, η διεξαγωγή μίας μελλοντικής έρευνας σε ασθενείς που βρίσκονται στο τελικό στάδιο της νεφρικής νόσου, ώστε να διαπιστωθεί το επίπεδο της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, που παρέχονται σε πανελλήνιο επίπεδο από τις μονάδες υγείας. Καταληκτικά, μία ιδιαίτερα φιλόδοξη έρευνα θα μπορούσε να πραγματοποιηθεί στον ίδιο πληθυσμό ασθενών, σε όλες τις χώρες που έχουν υποστεί τις συνέπειες της οικονομικής κρίσης, ώστε να διερευνηθεί και ο βαθμός στον οποίο έχουν επηρεαστεί τα διάφορα συστήματα υγείας των χωρών του Ευρωπαϊκού Νότου.



# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## Ξενόγλωσση Βιβλιογραφία

Asim, M. (2001). Adopting quality management concepts in public service reform: the case of the Malaysian Public Service. *Labour and Management in Development Journal*, 2(6)1-20.

Brook, R., McGlynn, E., Shekelle, P. (2000). Defining and measuring quality of care: a perspective from US researchers. *International Journal for Quality in Health Care*, 14(4), 281-295.

Chou, W.Y.S., Wang, L.C., Rutten, L.J.F., Moser, P.R., Hesse, B.W. (2010). Factors Associated With Americans' Ratings of Health Care Quality: What Do They Tell Us About the Raters and the Health Care System?. *Journal of Health Communication: International Perspectives*, 15(S3), 147-156.

Cohen, L., Manion, L., Morrson, K. (2007). *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Αθήνα: Μεταίχμιο.

Creswell, J.W. (2011). *Η έρευνα στην εκπαίδευση. Σχεδιασμός, διεξαγωγή και αξιολόγηση της ποσοτικής και της ποιοτικής έρευνας*. Αθήνα: Έλλην.

Cushing, A. (2015). History of the Doctor–Patient Relationship. In *Clinical Communication in Medicine* (pp. 6–20). John Wiley & Sons, Ltd.

Davaki, K., Mossialos, E. (2005). Plus change: health sector reforms in Greece. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 30(1–2), 143–167.

Drogalas, G., Soubeniotis, D., Fotiadis, Th. (2005). Conceptual Framework of Internal Auditing: theoretical approach and case study analysis, *Managerial Knowledge*, 34(1), 52-65.

- Economou, C. (2010). Greece health system review. *Health Systems in Transition*, 12 (7), 1–180.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science (New York, N.Y.)*, 196(4286), 129–136.
- Eurostat (2013). Eurostat statistics database 2013. Luxembourg, Eurostat. Ανακτήθηκε από: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
- Faloudah, A., Qasim, S., Bahumayd, M. (2015). Total Quality Management in Healthcare. *International Journal of Computer Applications*, 120(12), 22-24.
- Kaba, R., & Sooriakumaran, P. (2007). The evolution of the doctor-patient relationship. *International Journal of Surgery*, 5(1), 57–65.
- Garvin, D. (1988). *Managing Quality : The Strategic and Competitive Edge*. New York: Free Press.
- Kentikelenis, A, Papanicolas, I. (2011). Economic crisis, austerity and the Greek public health system. *European Journal of Public Health*, 22, 4–5.
- Lelorain, S., Bredart, A., Dolbeault, S., & Sultan, S. (2012). A systematic review of the associations between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psycho-Oncology*, 21(12), 1255–1264.
- Liaropoulos, L. (2008). Informal payments in public hospitals in Greece. *Health Policy*, 87(1), 72–81.
- Liaropoulos, L. (2012). Economic crisis and health in Greece, 2009–2012. *BMJ*, 345, e7988.
- Merkouris, A., Andreadou, A., Athini, E., Hatzimbalasi, M., Rovithis, M., Papastavrou, E. (2013). Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: a descriptive study. *Health Science Journal*, 7(1), 28-40.
- Mosadeghrad, A.M. (2014). Factors Influencing Healthcare service quality. *International Journal of health Policy and Management*, 3(2), 77-89.

Mossialos, E., Allin, S. (2005). Interest groups and health system reform in Greece. *West European Politics*, 28(2), 420–444.

Mousavi, S.M., Aqharahimi, Z., Daryabeiqi, M., Rezaei, N. (2014). Implementation of Clinical governance in hospitals: challenges and the keys for success. *Acta Med Iran*, 52(7), 493-495.

OECD (2013). Health statistics. Paris, Organisation for Co-operation and Development. Ανακτήθηκε από: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

Patel, G. (2009). Total Quality Management in Healthcare. Ανακτήθηκε από: <http://www.biomedicalprojects.com/files/TQM%20in%20Healthcare.pdf>

Robson, C. (2006). *Η Έρευνα του Πραγματικού Κόσμου*. Αθήνα: Gutenberg.

## **Ελληνόγλωσση βιβλιογραφία**

Ακριβός, Χ., Ψαρόπουλος, Χ. (2008). Διοίκηση ολικής ποιότητας στις δημόσιες υπηρεσίες και στο χώρο της εκπαίδευσης. Ανακτήθηκε από: <http://repository.edulll.gr/edulll/handle/10795/1336>

Αλετράς, Β., Μπασιούρη, Φ., Κοντοδημόπουλος, Ν., Ιωαννίδου, Δ., Νιάκας, Δ. (2009). Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των βασικών του ψυχομετρικών ιδιοτήτων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*; 26(1), 79-89.

Αντεριώτη, Π., Αντωνίου, Γ. (2014). Ικανοποίηση ασθενών από τη φροντίδα υγείας. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 1(1), 62-68.

Γαβριήλ, Ε., Θεοδώρου, Μ., Middleton, N. (2012). Ικανοποίηση ασθενών από τις υπηρεσίες των εξωτερικών ιατρείων στα δημόσια νοσοκομεία της Κύπρου. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(6), 720-730.

Δουλκέρη, Τ. (2015). *Οδηγός Μεθοδολογίας για τις Κοινωνικές Έρευνες*. Αθήνα: Παπαζήση.

Καδδά, Ο., Μαρβάκη, Α., Τζαβάρας, Α., Μαζγάλα, Κ., Παληός, Θ., Κόντας, Ν., Ανδρουλάκη, Ζ. (2010). Οι ανάγκες των πολιτών στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας στην Ελλάδα. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(1), 61-75

Καλογεροπούλου, Μ. (2011). Μέτρηση ικανοποίησης ασθενών: Μέθοδος βελτίωσης ποιότητας και αποδοτικότητας νοσοκομείων. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 28(5), 667-673.

Κεφαλοπούλου, Ζ., Παπανικολά, Γ., Τσάκαλη, Α., Χασάπη, Α., Μπονίκος, Δ. (2006). *Η Ποιότητα στην Παροχή Υπηρεσιών Υγείας*. Αθήνα: Παρισιάνου Α.Ε.

Κοτσαγιώργη, Ι., Γκέκα, Κ. (2010). Ικανοποίηση ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 9(4), 398-408.

Κουτής, Χ., Μπαμπάτσικου, Φ., Λυκούδης, Ζ. (2016). *Θεμελιώδεις Αρχές της Μεθοδολογίας της Έρευνας στις Επιστήμες Υγείας*. Αθήνα: Βήτα.

Κυριόπουλος, Γ., Λιονής, Χ. (2004). *Η αναζήτηση της Ποιότητας στην Υγεία και τη Φροντίδα Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση.

Κωνσταντίνου, Ε., Μητρόπουλος, Ι. (2012). Επίπεδα ικανοποίησης ασθενών-χρηστών στα κρατικά Κέντρα Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας στην Κύπρο. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(5), 614-622.

Λαζαρίδης, Ι., Παπαδόπουλος, Δ. (2010). *Επιχειρηματική Ανάλυση και Προσδιορισμός Αξίας*. Θεσσαλονίκη: Πανεπιστήμιο Μακεδονίας.

Λέντζας, Ο., Θεοδοροπούλου, Α., Σιουρούνη, Ε., Ανδρουτσοπούλου, Χ., Μαντζουράνης, Γ., Μητρόπουλος, Ι. (2010). Ικανοποίηση ασθενών-χρηστών Κέντρων Υγείας των νομών Αχαΐας και Ηλείας. *Ελέγεια*, 22(1), 9-23.

Λιαρόπουλος, Λ. (2010). *Διεθνή Συστήματα Υγείας*. Αθήνα: ΒΗΤΑ

Λιαρόπουλος, Λ. (2015). *Οργάνωση Υπηρεσιών & Συστημάτων Υγείας*. Αθήνα: Βήτα.

Μπαλάσκα, Δ., Μπιτσώρη, Ζ. (2015). Ποιότητα των Παρεχομένων Υπηρεσιών Υγείας και ο Βαθμός Ικανοποίησης των ασθενών. *Περιεγχειρητική Νοσηλευτική*, 4(3), 106-120.

- Παπαγιαννοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ. (2008). Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 25(1), 73-82.
- Παπακωστίδη, Α., Τσουκαλάς, Ν. (2012). Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και η αξιολόγησή της. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 29(4), 480-488.
- Παπανικολάου, Β. (2007). *Η Ποιότητα στις Υπηρεσίες Υγείας*. Αθήνα: Παπαζήση ΑΕΒΕ.
- Πάτσιος, Δ., Κομνός, Α., Αποστολίδης, Χ., Μπαλασοπούλου, Α. (2014). Η συμβολή της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Εφαρμογή συστήματος διαχείρισης ποιότητας ISO 9001:2008 στη Μονάδα Εντατικής Θεραπείας του Γενικού Νοσοκομείου Λάρισας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 13(4), 351-365.
- Πέππας, Χ., Κοράκη, Α. (2013). Ποιότητα Υπηρεσιών Υγείας και Τεκμηριωμένη Ιατρική: Πρόκληση ή λαίλαπα; *Ιατρικά Χρονικά Βορειοδυτικής Ελλάδος*, 9(1), 25-31.
- Ρίκος, Ν. (2015). Η έννοια της Ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας. *Το Βήμα του Ασκληπιού*, 14(4), 247-252.
- Πολύζος, Ν., Μπαρτζώκας, Δ., Πιερράκος, Γ., Ασημακοπούλου, Ι., Υφαντόπουλος, Ι. (2005). *Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική*. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 22(3), 284-295.
- Πολύζος, Ν., Σινογεώργου, Θ., Μαριάτου, Δ. (2007). Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και ποιότητα: ικανοποίηση ασθενών σε ένα Κέντρο Υγείας. *Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας*, 19 (1), 10-19.
- Τούντας, Ι. (2008). Η έννοια της Ποιότητας στις υπηρεσίες Υγείας. Αθήνα: Οδυσσέας.
- Χαλκιά, Β., Βαρακλιώτη, Α. (2015). Δαπάνες υγείας και κοινωνικής προστασίας στην Ελλάδα στην ΕΕ-15. *Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής*, 32(5), 546-555.
- Χαλκίδη, Ε., Μπελλάλη, Θ., Κυρομίτη, Α., Κοσμάς, Α., Παπότη, Σ., Καπραβέλος, Ν. (2016). Διερεύνηση των αναγκών και της ικανοποίησης της οικογένειας ασθενών που νοσηλεύονται σε ΜΕΘ. *Ελληνικό Περιοδικό της Νοσηλευτικής Επιστήμης*, 9(3), 44-55.
- Χαντζοπούλου, Μ., Μαρβάκη, Χ., Λατσού, Δ., Παπαγεωργίου, Δ. (2017). Ικανοποίηση από τις υπηρεσίες υγείας νοσηλευόμενων ασθενών έπειτα από επείγουσα εισαγωγή σε τριτοβάθμιο νοσοκομείο της Αττικής. *Health and Research Journal*, 3(1), 26-42.

# ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

## ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΣΘΕΝΩΝ

Αγαπητή/έ κυρία/ε,

Στα πλαίσια ολοκλήρωσης των σπουδών μου στο Ανοικτό Πανεπιστήμιο Κύπρου βρίσκομαι στο στάδιο διεξαγωγής έρευνας με θέμα << η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και η ικανοποίηση των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο: Η περίπτωση του Γενικού Νοσοκομείου Διδυμοτείχου>>. Ο σκοπός της έρευνας είναι η ανάδειξη της σχέσης μεταξύ της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας και το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών. Τα αποτελέσματα της έρευνας θα κοινοποιηθούν στη Διοίκηση του νοσοκομείου, η οποία με τη σειρά της θα λάβει όλα τα απαραίτητα μέτρα για να βελτιώσει τη ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που προσφέρει έχοντας ως στόχο την αύξηση της ικανοποίησης σας. Για τη διεξαγωγή της έρευνας έχει χορηγηθεί η απαιτούμενη άδεια από το διοικητικό και επιστημονικό συμβούλιο του νοσοκομείου. Η συμμετοχή σας είναι εθελοντική. Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και προσωπικό.

Παρακαλώ διαβάστε προσεκτικά και απαντήστε σε όλες τις ερωτήσεις. Σημειώστε X στα τετράγωνα για τις απαντήσεις σας. Ο αναμενόμενος χρόνος συμπλήρωσης είναι περίπου 5 λεπτά.

Σας ευχαριστώ εκ των προτέρων για τη συνεργασία σας.

## Ενότητα Ι. Δημογραφικά στοιχεία ασθενών

### 1) Φύλο:

Άνδρας

Γυναίκα

### 2) Ηλικία:

18-30

31-46

46-62

63-79

80+

### 3) Υπηκοότητα:

Ελληνική

Άλλη (σημειώστε) \_\_\_\_\_

### 4) Επίπεδο μόρφωσης:

Αναλφάβητος

Δημοτικό

Γυμνάσιο

Λύκειο

ΑΕΙ/ΤΕΙ

Μεταπτυχιακό/ Διδακτορικό

### 5) Οικογενειακή κατάσταση:

Άγαμος/η

Έγγαμος/η

Διαζευγμένος/η

Σε χηρεία

### 6) Είστε ασφαλισμένος/η:

Όχι

Ναι (σημειώστε) \_\_\_\_\_

**7) Η παρούσα εργασιακή σας κατάσταση:**

- Ιδιωτικός υπάλληλος       Δημόσιος υπάλληλος       Ελεύθερος επαγγελματίας  
 Αγρότης       Φοιτητής       Άνεργος  
 Άλλο (σημειώστε) \_\_\_\_\_

**8) Αλλάξατε κατοικία μετά την ένταξη σας στο πρόγραμμα της αιμοκάθαρσης, έτσι ώστε να είστε πιο κοντά στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού:**

- Ναι       Όχι

**9) Πόσο χρονικό διάστημα βρίσκεστε σε αιμοκάθαρση:**

Σημειώστε \_\_\_\_\_

**10) Πόσες φορές την εβδομάδα κάνετε αιμοκάθαρση:**

Σημειώστε \_\_\_\_\_

**11) Πόσες ώρες διαρκεί η κάθε συνεδρία αιμοκάθαρσης:**

Σημειώστε \_\_\_\_\_



## ΕΝΟΤΗΤΑ ΙΙ. Ικανοποίηση ασθενών

### ΙΙ.Α. Περιβάλλον νοσοκομείου

- 12) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη καθαριότητα του νοσοκομειακού χώρου (αίθουσα αιμοκάθαρσης)(1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

- 13) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη θερμοκρασία εντός των χώρων του νοσοκομείου (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ)

1	2	3	4	5

- 14) Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν τη κίνηση σας στο χώρο του νοσοκομείου (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

- 15) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη προσβασιμότητα σε άτομα με αναπηρία (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

16) Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ύπαρξη καθισμάτων στο χώρο αναμονής (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

### Πβ. Ιατρική φροντίδα

17) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη στάση και τη συμπεριφορά του ιατρού που σας παρακολουθεί (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

18) Πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενημέρωση που παρέχουν οι ιατροί για τη κατάσταση της υγείας σας (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

19) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη προθυμία των ιατρών να απαντούν σε ερωτήσεις σας (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

20) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη ποιότητα της παρεχόμενης ιατρικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα των ιατρών) (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

21) Πόσο ικανοποιημένος είστε από το χρόνο που διαθέσει ο ιατρός για να σας εξετάσει (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

#### ΠΓ. Νοσηλευτική φροντίδα

22) Πόσο ικανοποιημένος αισθάνεστε από τη συμπεριφορά και τη στάση του νοσηλευτικού προσωπικού (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

23) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη ποιότητα της παρεχόμενης νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία και ικανότητα νοσηλευτών) (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

24) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη παροχή ψυχολογικής υποστήριξης του νοσηλευτικού προσωπικού προς το πρόσωπο σας σχετικά με την ασθένεια σας (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

#### ΠΔ. Διοικητικό προσωπικό

25) Πόσο ικανοποιημένος είστε από τη συμπεριφορά του διοικητικού υπαλλήλου που σας εξυπηρέτησε (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

26) Πόσο ικανοποιημένος είστε ως προς τη ταχύτητα εξυπηρέτησης σας από το διοικητικό προσωπικό (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

#### ΠΕ. Γενική αξιολόγηση του νοσηλευτικού τμήματος

27) Συνολικά, πόσο ικανοποιημένοι μείνατε από το τμήμα νεφρολογικής κλινικής (1=καθόλου, 2=ελάχιστα, 3=μέτρια, 4=πολύ, 5=πάρα πολύ):

1	2	3	4	5

#### III. Επιπτώσεις οικονομικής κρίσης

**28) Έχετε παρατηρήσει ελλείψεις στο ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό:**

Ναι

Όχι

**29) Έχετε παρατηρήσει ελλείψεις σε αναλώσιμα:**

Ναι

Όχι

**30) Έχετε παρατηρήσει ελλείψεις σε τεχνολογικό εξοπλισμό:**

Ναι

Όχι

**31) Ποιος συμπληρώνει το ερωτηματολόγιο:**

Ο/Η ασθενής

Συγγενής ή συνοδός

**Ευχαριστώ πολύ για τη συμμετοχή σας!**

Α.Σ 16° /24-05-2017

**ΘΕΜΑ 13° :** «Έγκριση διενέργειας Ερευνητικής Μελέτης με χρήση ερωτηματολογίου και τίτλο: «Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο» στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας της Γκαϊδατζή Αθανασίας , μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου του προγράμματος σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας η οποία θα διεξαχθεί στο Νοσοκομείο Διδυμοτείχου στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού με επιβλέπων το Δ/ντη της Μ.Τ.Ν. Κασωτάκη Γεώργιο.»

Το Διοικητικό Συμβούλιο του Π.Γ.Ν.Εβρου, αφού έλαβε υπόψη του:

1. Την αριθμ. 10403/15-12-2016 αίτηση της Γκαϊδατζή Αθανασίας.
2. Την αριθμ. 900003035ρ/25-8-2016 βεβαίωση εγγραφής της Γκαϊδατζή Αθανασίας στο Μεταπτυχιακό Πρόγραμμα σπουδών «Διοίκηση Μονάδων Υγείας» του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου. Το πρωτόκολλο ερευνητικής μελέτης
3. Την Υπεύθυνη δήλωση της Γκαϊδατζή Αθανασίας σύμφωνα με την οποία δηλώνει ότι δε θα επιφέρει κανένα οικονομικό κόστος στο Νοσοκομείο και ότι η συλλογή στοιχείων θα γίνει ανώνυμα με τήρηση του απορρήτου και χωρίς παρακώλυση του έργου του νοσοκομείου.
4. Το αριθμ. ΕΣ 2/θ.30/15-05-2017 Πρακτικό του Επιστημονικού Συμβουλίου σύμφωνα με το οποίο εγκρίνεται η διεξαγωγή της ανωτέρω ερευνητικής εργασίας.
5. Το γεγονός ότι το ΠΓΝ Έβρου – Φορέας Διδυμοτείχου είναι Ν.Π.Δ.Δ. το οποίο εποπτεύεται από το Υπουργείο Υγείας (παρ. δ του άρθρου 11 του Ν3688/2010)

Μετά από διαλογική συζήτηση ....

#### **Αποφασίζει Ομόφωνα**

Την έγκριση διενέργειας Ερευνητικής Μελέτης με χρήση ερωτηματολογίου και τίτλο: «Η ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών και η ικανοποίηση των ασθενών με τελικού σταδίου νεφρική νόσο» στα πλαίσια εκπόνησης της πτυχιακής εργασίας της Γκαϊδατζή Αθανασίας , μεταπτυχιακής φοιτήτριας του Ανοικτού Πανεπιστημίου Κύπρου του προγράμματος σπουδών Διοίκηση Μονάδων Υγείας η οποία θα διεξαχθεί στο Νοσοκομείο Διδυμοτείχου στη Μονάδα Τεχνητού Νεφρού με

ΣΕΛΙΔΑ 1 από 2

επιβλέπων το Δ/ντη της Μ.Τ.Ν. Κασωτάκη Γεώργιο.

Η ανωτέρω απόφαση επικυρώνεται αυθημερόν  
και διαβιβάζεται αρμοδίως για περαιτέρω ενέργειες.

ΑΝΑΡΤΗΤΕΑ ΣΤΟ ΔΙΑΥΓΕΙΑ

**Ο ΔΙΟΙΚΗΤΗΣ & ΠΡΟΕΔΡΟΣ ΤΟΥ Δ. Σ**

**ΔΗΜΗΤΡΙΟΣ ΑΔΑΜΙΔΗΣ**

**ΤΑ ΜΕΛΗ**

Η Αν. Γραμματέας Δ.Σ  
για τα θέματα Γ.Ν.ΔΙΔ/ΧΟΥ  
Λεμονιά Χαβουζούδη

ΣΤΕΦΑΝΟΣ ΚΑΡΑΚΟΛΙΑΣ  
ΣΑΒΒΑΣ ΣΤΕΡΓΙΟΥ  
ΓΕΩΡΓΙΟΣ ΚΑΪΣΑΣ  
ΧΡΗΣΤΟΣ ΛΙΜΑΣ  
ΧΡΙΣΤΟΔΟΥΛΟΥ ΑΘΑΝΑΣΙΟΣ  
ΜΟΡΦΩ ΕΜΜΑΝΟΥΗΛΙΔΟΥ

**Π Ι Σ Τ Ο Α Π Ο Σ Π Α Σ Μ Α**  
**Η Αν ΓΡΑΜΜΑΤΕΑΣ Δ.Σ**

**ΛΕΜΟΝΙΑ ΧΑΒΟΥΖΟΥΔΗ**  
**ΠΕ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΟ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΟΥ**