

# ΤΕΙ ΚΑΛΑΜΑΤΑΣ

## ΣΧΟΛΗ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ & ΟΙΚΟΝΟΜΙΑΣ

### ΤΜΗΜΑ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ ΜΟΝΑΔΩΝ ΥΓΕΙΑΣ Κ' ΠΡΟΝΟΙΑΣ

#### ΠΤΥΧΙΑΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

ΘΕΜΑ:

**«ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΑΝΤΙΛΗΨΕΩΝ ΤΩΝ ΧΡΗΣΤΩΝ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΣΤΟ  
ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ  
ΥΓΕΙΑΣ»**



**Σπουδαστής: ΑΝΑΣΤΟΠΟΥΛΟΣ ΑΛΕΞΙΟΣ**

**ΕΙΣΗΓΗΤΗΣ: ΑΛΕΞΑΝΔΡΟΠΟΥΛΟΣ ΦΩΤΙΟΣ  
ΕΡΓΑΣΤΗΡΙΑΚΟΣ ΣΥΝΕΡΓΑΤΗΣ**

**Μάρτιος, 2011**

**Καλαμάτα**

# ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Εισαγωγή.....	4
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	6
1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ.....	6
1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	10
1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΔΕΙΞΗΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	12
1.4. ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	15
1.5. ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	16
1.6. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΝΑΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ.....	18
1.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ.....	19
1.8. ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ.....	21
1.9. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ.....	22
1.10. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ.....	23
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	25
2.1. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ.....	25
2.2. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ.....	27
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΧΕΔΙΑΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	30
3.1. Σκοπός της έρευνας.....	30
3.2. Μεθοδολογικό πλαίσιο της έρευνας.....	30
3.2.1. Εργαλεία της έρευνας.....	30
3.2.2. Επιλογή μεθόδου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.....	31
3.2.3. Επιλογή χώρου συμπλήρωσης των ερωτηματολογίων.....	31
3.2.4. Το μέγεθος του δείγματος.....	31
3.2.5. Καταχώριση και επεξεργασία δεδομένων.....	31
3.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ.....	32
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	33
4.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ.....	33
4.1.1. Ηλικία.....	33
4.1.2. Φύλο.....	33
4.1.3. Οικογενειακή Κατάσταση.....	34
4.1.4. Υπηκοότητα.....	35
4.1.5. Επάγγελμα.....	35

4.1.6. Ασφαλιστικό ταμείο .....	36
4.1.7. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ.....	36
4.1.8. Περιοχή διαμονής.....	37
4.1.9. Μέρη διαμονής.....	37
4.1.10. Εισαγωγή στο Νοσοκομείο .....	38
4.1.11. Μέσο προσέλευσης στο νοσοκομείο .....	38
4.2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ .....	39
4.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	41
4.3.1. ΕΛΕΓΧΟΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ.....	41
4.3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	43
4.3.3 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ.....	43
4.3.4 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ.....	44
4.3.5 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	45
4.3.6 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	45
4.3.7 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ, ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ, ΤΟ ΘΟΡΥΒΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ.....	47
4.3.8 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΜΕ ΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ.....	47
4.3.9 ΣΧΕΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ .....	48
4.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	50
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	53
ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ.....	53
ΕΛΛΗΝΙΚΗ .....	55
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ.....	56
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	61

## ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Τα τελευταία χρόνια παρατηρείται έντονο ενδιαφέρον για την αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερόμενων υπηρεσιών υγείας. Στο παρελθόν, η αξιολόγηση της ποιότητας είχε ως βάση την άποψη του προσωπικού (ιατρικού και νοσηλευτικού) των νοσοκομείων και κέντρων υγείας. Σήμερα, η ικανοποίηση των ίδιων των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες αναγνωρίζεται ως ένας από τους πιο σημαντικούς δείκτες πιστοποίησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας (Donabedian, 2003).

Η αύξηση του ενδιαφέροντος για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών πιστοποιείται από την πληθώρα μελετών, οι οποίες έχουν πραγματοποιηθεί τα τελευταία χρόνια στα συστήματα υγείας των χωρών της Ευρώπης και της Αμερικής. Στην Ελλάδα ωστόσο, η έρευνα γύρω από τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών δεν έχει ακόμη συστηματικά ερευνηθεί, μολονότι οι Έλληνες χρήστες παρουσιάζουν μια διάχυτη δυσαρέσκεια από το σύστημα υγείας σε σχέση με τους χρήστες των υγειονομικών υπηρεσιών άλλων ευρωπαϊκών κρατών (Θεοδοσόπουλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Στην παρούσα εργασία επιχειρούμε τη διερεύνηση των απόψεων των ασθενών για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών στο Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων. Δεδομένου ότι το Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων παρέχει ποικίλες ιατρικές υπηρεσίες προς κάθε ηλικία και καλύπτει πληθώρα έκτακτων περιστατικών, η παρούσα εργασία μελετά την ικανοποίηση των ασθενών, από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που έλαβαν.

Για τη μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν σύνθετα δομημένα ερωτηματολόγια με ανοικτές ερωτήσεις που δίνουν τη δυνατότητα στον ασθενή να αναφέρει χωρίς περιορισμό την άποψή του. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν με τη διαδικασία προσωπικών συνεντεύξεων καθώς επίσης και τηλεφωνικά.

Η δομή που ακολουθείται στην παρούσα έρευνα είναι η ακόλουθη:

Στο πρώτο κεφάλαιο, γίνεται αναφορά στους διάφορους ορισμούς της ποιότητας γενικά, και συγκεκριμένα της ποιότητας στον χώρο της υγείας. Παρουσιάζονται οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για

την ικανοποίηση των ασθενών και η χρησιμότητα της μέτρησης ικανοποίησης τους. Παραθέτονται επίσης διάφοροι ορισμοί της ικανοποίησης των ασθενών με βάση τη σύγχρονη βιβλιογραφία και αναλύουμε τη σχέση της ποιότητας υπηρεσιών υγείας και της ικανοποίησης ασθενών. Γίνεται αναφορά στα προβλήματα που παρουσιάζουν οι μετρήσεις της ικανοποίησης των ασθενών αλλά και στα οφέλη αυτών των μελετών στην υγεία του ασθενή και στο συνολικό όφελος τους για το κοινωνικό σύνολο.

Στο δεύτερο κεφάλαιο, γίνεται μια γενική αναφορά στην υγειονομική περίθαλψη στην Ελλάδα και συγκεκριμένα στο Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων.

Στο τρίτο κεφάλαιο, περιγράφεται ο σχεδιασμός και το μεθοδολογικό πλαίσιο της παρούσας εργασίας, δηλαδή τα στάδια που ακολουθήθηκαν και τα εργαλεία τα οποία χρησιμοποιήθηκαν στην έρευνα.

Στο τέταρτο κεφάλαιο, αναφέρονται τα χαρακτηριστικά των νοσηλευθέντων του δείγματος όπως: Δημογραφικά και Κοινωνικά χαρακτηριστικά (η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η υπηκοότητα, επάγγελμα, ασφαλιστικά ταμεία, γραμματικές γνώσεις και η περιοχή διαμονής του δείγματος). Γίνεται η ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων του δείγματος που αφορά την ικανοποίηση τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων. Τέλος, εκφράζονται τα συμπεράσματα από την ανάλυση και αξιολόγηση των αποτελεσμάτων της έρευνας.



# ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1. ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

## 1.1. Η ΕΝΝΟΙΑ ΤΗΣ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ & ΚΑΙ Η ΣΗΜΑΣΙΑ ΤΟΥΣ

Η ποιότητα στον χώρο της Υγείας, αποτελεί έναν όρο αμφιλεγόμενο, αφού είναι πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας αυτούσιος ορισμός για να την περιγράψει. Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη «ποιότης» και αφορά το σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία. Οι γενικοί ορισμοί της λέξης, αναφέρονται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ατόμων, στον βαθμό της τελειότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών, στην εκπλήρωση των στόχων της υπηρεσίας, στην χρηστικότητα της και έλλειψη ελαττωμάτων.

Ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης ISO, ορίζει την ποιότητα ως: «το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί καθορισμένες ή επιβεβλημένες ανάγκες από τη χρήση τους».

Από τον παραπάνω ορισμό, διαπιστώνουμε τον κεντρικό ρόλο του αποδέκτη (καταναλωτή ή χρήστη) των προϊόντων ή των υπηρεσιών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητάς τους.

Στον τομέα της βιομηχανίας, η έννοια της ποιότητας άρχισε να παίζει καθοριστικό ρόλο στην δεκαετία του 1950 με την παραγωγή των πρώτων βιομηχανικών προϊόντων. Η πρώτη χώρα στην οποία εφαρμόστηκε ένας τρόπος διοίκησης προσανατολισμένος στην ποιότητα των προϊόντων, ήταν η Ιαπωνία. Το αποτέλεσμα ήταν να βελτιωθεί σημαντικά η εικόνα κακής ποιότητας και χαμηλής ανταγωνιστικότητας των προϊόντων που παρήγαγαν μέχρι τότε οι ιαπωνικές επιχειρήσεις.

Το ενδιαφέρον για την ποιότητα από τις υπηρεσίες Υγείας παρουσιάστηκε με αρκετά αργότερα σε σχέση με τη βιομηχανία. Δεδομένου δε ότι ο τομέας της Υγείας είναι τομέας εντάσεως εργασίας και όχι κεφαλαίου, είναι λογικό να υπάρχει μια

διαφοροποίηση στον τρόπο που ορίζεται η ποιότητα από τον ασθενή και το προσωπικό των νοσηλευτικών ιδρυμάτων.

Στον τομέα των υπηρεσιών Υγείας, δεν είναι δυνατόν να ακολουθηθεί μια συγκεκριμένη διαδικασία παραγωγής, όπως συμβαίνει με τα προϊόντα βιομηχανικής παραγωγής. Οι παράγοντες που επηρεάζουν την έκβαση της θεραπείας των ασθενών είναι ποικίλοι. Γι' αυτό και η έννοια του μηδενικού ελαττώματος στην υγεία ταυτίζεται με την παροχή στους ασθενείς, των υπηρεσιών που έχουν ανάγκη και επιθυμούν. Η εξασφάλιση της καταλληλότερης θεραπευτικής αγωγής αποτελεί σαφώς πιο δύσκολο εγχείρημα από την επίτευξη μηδενικών ελαττωμάτων στη βιομηχανία (Τούντας, 2003).

Επιπλέον, οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν μια ιδιαίζουσα μορφή υπηρεσιών, από τις οποίες ο αποδέκτης τους αναμένει πολύ περισσότερα από ότι σε οποιαδήποτε άλλη προσωπική υπηρεσία. Εκτός από την ετοιμότητα παροχής, τη δυνατότητα πρόσβασης, την καταλληλότητα και την αξιοπιστία, παράγοντες που σχετίζονται με την έγκαιρη και σωστή διάγνωση, την άμεση και αποτελεσματική ιατρική παρέμβαση, τον άμεμπτο επαγγελματισμό και την αξιοπρέπεια του «πελάτη», αποκτούν ιδιαίτερη βαρύτητα, αποτελώντας άμεση προτεραιότητα (Τούντας, 2003).

Πρωτοπόρος στα θέματα του ορισμού και της βελτίωσης της ποιότητας στην υγεία θεωρείται ο Donabedian, ο οποίος συνέβαλε στην εκτεταμένη ανάλυση της έννοιας της ποιότητας και παρέθεσε μια σειρά από παραμέτρους, οι οποίες συνθέτουν τον ορισμό της. Κατά τον Donabedian (2003), τρεις είναι οι διαστάσεις στην παροχή της φροντίδας στον χώρο της υγείας:

1. Το τεχνικό μέρος (technical, science of medicine)
2. Το διαπροσωπικό μέρος (interpersonal, art of medicine)
3. Οι υλικές υποδομές (amenities)

Το τεχνικό μέρος αναφέρεται στην εφαρμογή των επιστημονικών μεθόδων και της τεχνολογίας για την καλύτερη δυνατή αντιμετώπιση του προβλήματος της υγείας του ασθενούς.

Το διαπροσωπικό μέρος αναφέρεται στην ανθρώπινη διάσταση της αντιμετώπισης του ασθενούς από το γιατρό και το νοσηλευτικό προσωπικό, στη

συμπεριφορά τους απέναντι του ασθενούς, η οποία υπαγορεύεται από την επαγγελματική τους ηθική και δεοντολογία και τις προσδοκίες των ασθενών.

Οι υλικές υποδομές, αναφέρονται στο χώρο, το περιβάλλον και τις συνθήκες υπό τις οποίες προσφέρονται οι υπηρεσίες υγείας, την ξενοδοχειακή υποδομή και τις ανέσεις.

Βάσει των παραπάνω τριών διαστάσεων, ο Donabedian διατύπωσε τον πρώτο κλασικό πλέον ορισμό της ποιότητας της φροντίδας στην υγεία: «..είναι το είδος της φροντίδας, το οποίο αναμένουμε να μεγιστοποιήσει το καλώς έχειν του ασθενούς, λαμβανομένων υπόψη των ωφελειών, αλλά και των απωλειών που εμπεριέχει η διαδικασία περίθαλψης, σε όλα τα επιμέρους της σημεία» (Οικονομοπούλου, 2002).

Οι Laffer και Blumenthal, (1989), ορίζουν ως ποιότητα στο χώρο της υγείας τη «συνεχή προσπάθεια από όλα τα μέλη ενός οργανισμού, που αποσκοπεί στην ικανοποίηση των αναγκών και των προσδοκιών των ασθενών ή χρηστών, αλλά και των άλλων πελατών» (Οικονομοπούλου, 2002). Οι οργανισμοί υγείας δηλαδή καλούνται να ικανοποιήσουν τις ανάγκες όχι μόνο των ασθενών αλλά και τις ανάγκες των οικογενειών των ασθενών, των ασφαλιστικών φορέων που καλύπτουν τις δαπάνες νοσηλείας, κλπ.

Η Rovar (1991), τονίζει την ηθική διάσταση της φροντίδας, τους κώδικες δεοντολογίας των ιατρών, αλλά και στις συνθήκες λειτουργίας των συστημάτων υγείας σε μια κοινωνία, με τους πόρους της οποίας καλούνται να αντιμετωπίσουν τα προβλήματα υγείας του κοινωνικού συνόλου, χωρίς να παραβιάζουν θεμελιώδεις αρχές των δημοκρατικών πολιτευμάτων (Οικονομοπούλου, 2002). Κατά την Rovar (1991) η ποιότητα είναι συνάρτηση των επιθυμητών στόχων, των κινδύνων στην διαδικασία παροχής φροντίδας και των διαθέσιμων πόρων από το κράτος.

Η Palmer (1991), τονίζει την οικονομική διάσταση της ποιότητας στην υγεία, δίνοντας τον ακόλουθο ορισμό: «Η ποιότητα της φροντίδας μετράται με τη βελτίωση του επιπέδου υγείας ενός πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη, τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και στην τεχνολογία, όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο» (Οικονομοπούλου, 2002).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 1993), προσδιορίζει την ποιότητα στον χώρο της με βάση τα ακόλουθα χαρακτηριστικά:



- το υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού
- την αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων
- τη μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς
- την ικανοποίηση του ασθενή
- την τελική θετική επίδραση στο επίπεδο υγείας του ασθενή

Ο Maxwell (1993), (Οικονομοπούλου, 2002), προσδιορίζει την ποιότητα στο χώρο της υγείας αναφερόμενος στις εξής έξι παραμέτρους που αναφέρουμε συνοπτικά:

1. Προσπελασιμότητα: είναι η υπερπήδηση των πάσης φύσεως εμποδίων (γεωγραφικών, οικονομικών, γλωσσικών), προκειμένου να διασφαλιστεί η χρήση των υπηρεσιών υγείας
2. Ισότητα: είναι η παροχή υπηρεσιών, ώστε να εξυπηρετούνται οι ανάγκες για όλα ανεξαιρέτως τα κοινωνικά στρώματα.
3. Κοινωνική αποδοχή: είναι η άποψη του πελάτη σχετικά με τον τρόπο παροχής των υπηρεσιών, η κριτική του, η αξιολόγηση της υπηρεσίας που του προσφέρεται.
4. Σχετικότητα: είναι η συμφωνία ανάμεσα στις ανάγκες των ατόμων και στις υπηρεσίες που προσφέρονται.
5. Αποδοτικότητα: είναι η άριστη αξιοποίηση των υπαρχόντων πόρων, ώστε με δεδομένους πόρους και ικανότητες να επιτυγχάνεται η μεγιστοποίηση του θεραπευτικού αποτελέσματος
6. Τεχνική αποτελεσματικότητα: είναι η επίτευξη του καλύτερου τεχνικού αποτελέσματος στη θεραπεία κάθε ασθενή.

Ο Hopkins (1990), παραθέτει μια ακόμα ομάδα παραμέτρων, της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας (Οικονομοπούλου, 2002). Αυτές είναι:

- Η Ενδεδειγμένη παροχή υπηρεσιών υγείας. Η παροχή υπηρεσιών υγείας χαρακτηρίζεται ενδεδειγμένη, όταν το αναμενόμενο όφελος για την υγεία του ασθενή (ανακούφιση, παράταση ζωής, καλύτερη ποιότητα ζωής) είναι μεγαλύτερο από τις αναμενόμενες αρνητικές επιπτώσεις (νοσηρότητα,

θάνατοι, παρενέργειες). Αν και εφόσον το αναμενόμενο όφελος υπερिशύει, δικαιολογείται και ενδείκνυται η ιατρική πράξη.

- Το δικαίωμα στην παροχή υπηρεσιών υγείας. Αναφέρεται στο δικαίωμα όλων των πολιτών για προστασία και αποκατάσταση της υγείας τους.
- Την ηθική φροντίδα. Αναφέρεται στο ηθικό μέρος της παρεχόμενης φροντίδας. Μπορεί για παράδειγμα μια ιατρική φροντίδα να έχει άριστα αποτελέσματα για τον ασθενή, να στηρίχθηκε όμως, σε μεθόδους και πρακτικές που στερούνται ηθικής (π.χ., μεταμόσχευση με μόσχευμα που προέρχεται από εμπορία και όχι από δωρεά).
- Τη δίκαιη κατανομή στον πληθυσμό ανεξάρτητα από το φύλο, την οικονομική ευρωστία, τις πολιτικές πεποιθήσεις
- Τη ευκολία πρόσβασης στις υπηρεσίες υγείας και στην εξάλειψη τοπικών, χρονικών και οικονομικών εμποδίων.
- Τη συνέχεια και την οργάνωση των παρεχόμενων υπηρεσιών. Η παράμετρος αυτή είναι πολύ σημαντική σε περιπτώσεις χρόνιων προβλημάτων υγείας. Τονίζει τη σημασία για τον ασθενή να παρακολουθείται και να απολαμβάνει ιατρικής φροντίδας, όσο μακροχρόνιο διάστημα και αν απαιτείται.

Αξίζει να σημειώσουμε ότι οι παραπάνω ορισμοί αντανακλούν τα προβλήματα και τις αξίες των συστημάτων υγείας των χωρών στα οποία αναπτύσσονται. Παρόλα αυτά, όλοι οι ορισμοί εστιάζουν στο όφελος των παρεχόμενων υπηρεσιών στον ασθενή/χρήστη των υπηρεσιών υγείας καθώς και στο συνολικό όφελος για το κοινωνικό σύνολο.

## 1.2. ΟΡΙΣΜΟΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας αποτελεί έννοια που γίνεται εύκολα αντιληπτή από την κοινή λογική και δεν υπάρχει ένας κοινά αποδεκτός εννοιολογικός ορισμός. Συχνά, οι έννοιες της ικανοποίησης των ασθενών και της αντίληψής τους για την ποιότητα χρησιμοποιούνται ως ταυτόσημες, ενώ σύμφωνα με την Oberst (1984), υπάρχει διαφορά μεταξύ των δύο εννοιών. Ο όρος

ικανοποίηση έχει διαφορετικό νόημα για κάθε άτομο, όπως για παράδειγμα, ευχαρίστηση, εμπιστοσύνη, ευτυχία και για το λόγο καθιστά την έννοια της αξιολόγησης υποκειμενική.

Ο Donabedian (1980), ορίζει την ικανοποίηση του ασθενούς ως μια γνώμη για την ποιότητα της φροντίδας που αντιπροσωπεύει συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που σχετίζονται κυρίως με τις προσδοκίες και τις αξίες του ασθενούς. Η ικανοποίηση, είναι ουσιαστικά ο εξατομικευμένος ορισμός της ποιότητας σε αντιδιαστολή με τον κοινωνικό ορισμό.

Κατά τον Guzman (1988), η ικανοποίηση των ασθενών είναι το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής τους με τη φροντίδα υγείας, η οποία καθορίζει τη συμμόρφωσή τους με τη θεραπευτική αγωγή και τη μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας την οποία θα κάνουν. Ο Petersen (1988) με τη σειρά του υποστηρίζει ότι η ικανοποίηση είναι μια γενική αντίληψη του ασθενή για τον τρόπο με τον οποίο παρέχεται η φροντίδα, χωρίς ο ασθενής να λαμβάνει υπόψη τα αποτελέσματα ή την καταλληλότητα της φροντίδας.

Σύμφωνα με τον Smith (1992), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας συνδυασμός των αντιλαμβανόμενων αναγκών τους, των προσδοκιών και της εμπειρίας τους από τη φροντίδα υγείας.

Στα πλαίσια των ερευνητικών μελετών, έχουν προταθεί διάφορες διαστάσεις/πτυχές για τη μέτρηση του της ικανοποίησης των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας.

Στην αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από τη νοσοκομειακή φροντίδα έχουν επικρατήσει τρεις διαφορετικοί λειτουργικοί ορισμοί οι οποίοι παρουσιάζονται παρακάτω.

Ο Abramowitz (1987) αναγνωρίζει δέκα διαστάσεις ικανοποίησης: ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, τη νοσηλευτική φροντίδα, το βοηθητικό προσωπικό, τους βοηθούς νοσηλευτές, την επάρκεια επεξηγήσεων του προσωπικού για διαδικασίες και θεραπείες, το θόρυβο, την καθαριότητα, το φαγητό, τις υπηρεσίες συνοδών και τέλος τις προσδοκίες για την ποιότητα και το είδος των υπηρεσιών.

Ο Meterko (1990), υποστηρίζει ότι υπάρχουν οκτώ περιοχές ικανοποίησης: η υποδοχή των ασθενών, η καθημερινή φροντίδα στο νοσοκομείο, η νοσηλευτική

φροντίδα, η ιατρική φροντίδα, το υπόλοιπο προσωπικό, το περιβάλλον νοσοκομείου και οι συνθήκες διαβίωσης, και οι διαδικασίες εξιτηρίου και χρέωσης.

Τέλος, οι Carey & Seibert (1993) υποστηρίζουν την ύπαρξη οκτώ περιοχών ικανοποίησης: την ευγένεια, το ιατρικό προσωπικό, το νοσηλευτικό προσωπικό, το φαγητό, το άνετο περιβάλλον και την καθαριότητα, τις διαδικασίες εισαγωγής-χρέωσης, τις θρησκευτικές ανάγκες και το αποτέλεσμα ιατρικής φροντίδας.

### 1.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΑΝΑΔΕΙΞΗΣ ΤΟΥ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝΤΟΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Πολλοί είναι οι παράγοντες που οδήγησαν στην αύξηση του ενδιαφέροντος για την ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας. Κατά τον Vuori (1987), δύο είναι οι φιλοσοφικές αλλαγές έπαιξαν σπουδαίο ρόλο στην αύξηση αυτή του ενδιαφέροντος. Αυτές είναι:

1. η μετάβαση από τον ατομικισμό στον ωφελιμισμό και στην έννοια της μεγιστοποίησης της κοινωνικής ευημερίας
2. η μετάβαση από το βιολογικό ορισμό της νόσου σε έναν περισσότερο εμπειρικό ορισμό, που λαμβάνει υπόψη τις υποκειμενικές εμπειρίες των ατόμων, το ότι οι άνθρωποι ορίζουν τον εαυτό τους ως ασθενή, βασιζόμενοι σε υποκειμενικά και όχι σε εξωτερικά αντικειμενικά ευρήματα. Μεγάλη συνεισφορά στη δεύτερη αυτή αλλαγή έπαιξε ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (World Health Organization, 1981), ορίζοντας την υγεία ως μια κατάσταση τέλειας πνευματικής, κοινωνικής και φυσικής ευημερίας. Σύμφωνα με τον Παπανικολάου και Σιγάλα (1995), αν ένας ασθενής είναι δυσαρεστημένος και αισθάνεται ότι οι επιθυμίες του δε λαμβάνονται υπόψη, δεν είναι ενδεικτικό τέλειας πνευματικής ευημερίας, αλλά αντίθετα, φτωχής ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας.

Δεδομένου του αυξανόμενου κόστους των υπηρεσιών υγείας, τα ανεπτυγμένα κράτη αναζητούν τρόπους για την καλύτερη αξιοποίηση των διαθέσιμων πόρων. Είναι εύλογη λοιπόν η ανάγκη μέτρησης της αποτελεσματικότητας των υπηρεσιών

υγείας, προκειμένου να ληφθούν αποφάσεις για την βέλτιστη διανομή των απαιτούμενων πόρων.

Κατά τον Fitzpatrick (1991), η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένα σημαντικό και ευρέως αποδεκτό μέτρο της αποτελεσματικότητας της φροντίδας. Σύμφωνα με τον Senge (1990), ότι γίνεται στο χώρο της υγείας πηγάζει από τον ασθενή και γίνεται για τον ασθενή ο οποίος αποτελεί της ουσιαστική αφετηρία και το τέλος. Θα μπορούσαμε να θεωρήσουμε λοιπόν, ότι η ποιότητα στο χώρο της υγείας είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με τον ασθενή, ως τον ουσιαστικό "καταναλωτή" των προσφερόμενων υπηρεσιών.

Επιπρόσθετα, το κλίμα του καταναλωτισμού των τελευταίων δεκαετιών και η οικονομική ανάπτυξη συντέλεσαν στην αυξημένη προσοχή που δίνεται στην ικανοποίηση των ασθενών στις μέρες μας (Guzman, 1988). Ο ρόλος των καταναλωτών είναι πιο ενεργός από ότι στο παρελθόν και αυτό παρατηρείται και στο χώρο της υγείας. Οι «καταναλωτές» υπηρεσιών υγείας είναι πλέον καλύτερα πληροφορημένοι, και παρουσιάζονται κριτικοί απέναντι στις υπηρεσίες που τους προσφέρονται. Επομένως, η ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας δεν μπορεί να οριστεί μόνο με βάση τη γνώμη των λειτουργών υγείας, αλλά είναι αναπόσπαστα συνδεδεμένη με τον ασθενή (Strasen, 1988).

Η μετάβαση σε ένα πιο ενεργητικό ρόλο του χρήστη υπηρεσιών υγείας ξεκινά τη δεκαετία του '60 (Guzman, 1988), όταν οι οργανισμοί κοινωνικής προσφοράς άρχισαν να υιοθετούν τις αλλαγές που είχαν ήδη λάβει χώρα στους οργανισμούς και επιχειρήσεις παραγωγής προϊόντων. Η συμμετοχή των καταναλωτών στη διαχείριση της ποιότητας έχει εφαρμοστεί ήδη με επιτυχία στα βιομηχανικά προϊόντα, όπου οι έρευνες στο καταναλωτικό κοινό κατεύθυναν την παραγωγή (Peters, 1993).

Είναι εύλογο βέβαια, πως η παροχή υπηρεσιών έχει κάποια ιδιαιτερότητα έναντι των βιομηχανικών προϊόντων. Ο μηδενικός χρόνος μεταξύ παραγωγής και διάθεσης του προϊόντος, η μη υλική υπόσταση του, είναι παράγοντες που δημιουργούν μια στενή σχέση μεταξύ του καταναλωτή και του παρόχου των υπηρεσιών, καθιστώντας δυσκολότερη τη διόρθωση των λαθών (Θεοφανόπουλος 1994). Στο χώρο της υγείας, η προσωπική επαφή των χρηστών των υπηρεσιών υγείας με τους λειτουργούς υγείας, είναι ακόμα στενότερη. Υπάρχει λοιπόν επιτακτική ανάγκη για συμμετοχή των ασθενών στην οργάνωση, στο σχεδιασμό και τη λήψη



αποφάσεων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες που αφορούν άμεσα την υγεία τους.

Τα τελευταία χρόνια, η εξέλιξη της τεχνολογίας οδήγησε σε αλματώδη πρόοδο των συστημάτων υγείας με συνέπεια τη ύπαρξη πολλών εναλλακτικών θεραπευτικών και διαγνωστικών μεθόδων αλλά και την παράλληλη αύξηση του κόστους. Παρά το γεγονός ότι σήμερα οι ασθενείς λαμβάνουν πολύπλοκες τεχνολογικά θεραπείες από εξειδικευμένους επαγγελματίες, εξακολουθούν να αισθάνονται, ότι δεν τυγχάνουν της απαραίτητης φροντίδας. Είναι αναγκαία λοιπόν η συνεχής μέτρηση της επίδρασης που έχει κάθε αλλαγή στην καθημερινή πράξη και ο καλύτερος συντονισμός όλων όσων συμμετέχουν στη φροντίδα του ασθενούς (Meterko et al 1990). Επιπρόσθετα, δημιουργούνται πολλά ερωτήματα για την επίπτωση όλων αυτών των αλλαγών στον ασθενή. Σύμφωνα με τον Donabedian (1982) , ο καλύτερος τρόπος να απαντηθούν τα ερωτήματα αυτά, είναι να ερωτηθεί ό ίδιος ο ασθενής ως ο πιο αξιόπιστος κριτής καθώς μπορεί να δώσει πληροφορίες που δεν υπάρχουν στον ιατρικό ή νοσηλευτικό φάκελο. Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για αγαθά και υπηρεσίες ερευνάται, αναλύεται και δημοσιοποιείται με στόχο την βελτίωση των αγαθών και υπηρεσιών, θα ήταν παράλογο να παράλογο να παρακάμπτεται η γνώμη του καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας.

Συμπερασματικά θα λέγαμε πως η μετάβαση της κοινωνίας από τον ατομικισμό στην κοινωνική ευημερία και από το βιολογικό ορισμό της ασθένειας στο διευρυμένο ορισμό της υγείας, το κλίμα του καταναλωτισμού, οι περιορισμένοι οικονομικοί πόροι, η αύξηση των αναγκών και απαιτήσεων των ανθρώπων και τέλος η πρόοδος της τεχνολογίας τα τελευταία χρόνια, δείχνουν την αναγκαιότητα των υπηρεσιών υγείας να προσαρμοστούν στις νέες αυτές συνθήκες.

#### 1.4. ΧΡΗΣΙΜΟΤΗΤΑ ΤΗΣ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών αποτελεί όπως αναφέραμε και παραπάνω πολύ χρήσιμο εργαλείο στην αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών υγείας. Κατά τον Strasen (1988), οι πληροφορίες των ασθενών αν αξιοποιηθούν σωστά μπορούν να συνεισφέρουν στην ποιοτική βελτίωση των υπηρεσιών.

Κατά τον Donabedian (1980), η ικανοποίηση των ασθενών δεν είναι μόνο αντικειμενικός σκοπός, αλλά συνεισφέρει σε άλλους σκοπούς και αποτελέσματα. Η ικανοποίηση των ασθενών οδηγεί σε ταχύτερη ανάρρωση και μειωμένο χρόνο νοσηλείας και σύμφωνα με πολλούς ερευνητές θεωρείται όχι μόνο προϋπόθεση για τη θεραπευτική αγωγή, αλλά εξισώνεται με την αυτοθεραπεία (Strasen 1988).

Οι περισσότερο ικανοποιημένοι ασθενείς παρουσιάζουν ταχύτερη ανάρρωση που αποδίδεται στο αίσθημα εμπιστοσύνης και την συμμόρφωση τους στις θεραπευτικές οδηγίες, η οποία πηγάζει από την αίσθηση ελέγχου της κατάστασης, λόγω της συμμετοχής των ασθενών στην αξιολόγηση της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας. Πολλοί ερευνητές μάλιστα θεωρούν ότι και μόνο η αναζήτηση της άποψης των ασθενών για τη φροντίδα που τους παρέχεται αποτελεί θεραπευτική παρέμβαση, αφού αυξάνει την ικανοποίησή τους και συμβάλλει στην υιοθέτηση ενός πιο ενεργητικού ρόλου (Bond & Thomas, 1992).

Κατά την Ραγιά (1987) υπάρχει άμεση σχέση μεταξύ της ψυχικής κατάστασης και του επιπέδου υγείας των ασθενών. Υποστηρίζει ότι η ασθένεια επιδρά στην ψυχική κατάσταση των ασθενών, αλλά και η ψυχική κατάσταση των ασθενών επιδρά άμεσα ή έμμεσα στην εκδήλωση και στην πορεία της ασθένειας.

Η μέτρηση ικανοποίησης των ασθενών είναι επίσης πολύ σημαντική για τη διοίκηση των νοσηλευτικών ιδρυμάτων και για όσους γενικά συμμετέχουν στη λήψη αποφάσεων στις υπηρεσίες υγείας. Ο Leebon (1988), υποστηρίζει ότι η δυνατότητα να εκφράσουν οι ασθενείς τα παράπονά τους είναι ουσιαστικά μια δεύτερη ευκαιρία παρασχεθούν υψηλού επιπέδου υπηρεσίες.

Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών δίνει στο προσωπικό πληροφορίες για την επιτυχία ή όχι συστημάτων οργάνωσης της φροντίδας, για τις προβληματικές περιοχές της φροντίδας και κατά συνέπεια τις εκπαιδευτικές τους

ανάγκες. Με βάση της πληροφορίες αυτές το προσωπικό μπορεί να παρέμβει διαρθρωτικά στον τρόπο παροχής της φροντίδας, πράγμα που θα έχει θετικό αντίκτυπο στην ικανοποίηση των ασθενών και τη θετική ανταπόκριση τους στη θεραπεία. Από την άλλη πλευρά, η διοίκηση είναι δυνατό να αξιοποιήσει τις απόψεις των ασθενών στην αξιολόγηση, επιβράβευση, ανταμοιβή και ενίσχυση του ηθικού του προσωπικού (Megivern, 1992)

Ο Brink (1986) υποστηρίζει ότι ο ασθενής έχει το δικαίωμα να εκφράσει ή όχι την ικανοποίησή του από την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται χωρίς φόβο. Σε μια εποχή που η γνώμη των καταναλωτών για κάθε είδους αγαθό και υπηρεσία ερωτάται και δημοσιοποιείται, με στόχο τη βελτίωση των παραγομένων αγαθών και υπηρεσιών, είναι παράδοξο να μη ζητείται η γνώμη του καταναλωτή υπηρεσιών υγείας.

Ο Strasen (1988), προτείνει την εφαρμογή ενός συστηματικού προγράμματος μέτρησης ικανοποίησης ασθενών βάσει του οποίου: (α) όλοι οι ασθενείς θα συμπληρώνουν ένα ερωτηματολόγιο κατά την έξοδό τους από το νοσηλευτικό ίδρυμα, τα αποτελέσματα του οποίου θα ποσοτικοποιούνται, (β) θα ενσωματωθούν συγκεκριμένα στάνταρντ ικανοποίησης ασθενών στις αναλύσεις και περιγραφές κάθε θέσης, (γ) θα αναπτυχθεί μηχανισμός σύνδεσης ικανοποίησης ασθενών και αξιολόγησης και επιβράβευσης προσωπικού, και τέλος (δ) θα γίνεται συνεχής προσπάθεια βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, σύμφωνα με τις προσδοκίες, τις ανάγκες και τις απόψεις των ίδιων των ασθενών.

Συνοψίζοντας, θα λέγαμε ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών μπορεί να χρησιμοποιηθεί στην: (α) αξιολόγηση της ποιότητας των προσφερομένων υπηρεσιών, (β) στη λήψη διοικητικών αποφάσεων, (γ) στην σωστότερη οργάνωση και σχεδιασμό της παρεχόμενης φροντίδας, (δ) την καλύτερη διοίκηση προσωπικού των ιδρυμάτων και (ε) στην διαμόρφωση επαγγελματικής δεοντολογίας.

## 1.5. ΣΧΕΣΗ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΙ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Η ικανοποίηση των ασθενών θεωρείται κατά τον Donabedian (1982) ως αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας της φροντίδας. Και αυτό γιατί η τελική

αξιολόγηση της ποιότητας καθορίζεται όχι μόνο από το αποτέλεσμα της φροντίδας, δηλαδή από το επίπεδο υγείας, αλλά και από την ικανοποίηση του ασθενούς που είναι αναπόσπαστο στοιχείο της ποιότητας των υγειονομικών υπηρεσιών.

Στο ίδιο κλίμα, ο Vuori (1987), αναφέρει ότι η ικανοποίηση του ασθενούς είναι: (α) ιδιότητα της ποιότητας της φροντίδας, (β) δείκτης της ποιότητας της φροντίδας που εκφράζει την άποψη των ασθενών για την ποιότητα της φροντίδας και (γ) αναγκαία συνθήκη για την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας.

Σύμφωνα με τον French (1981), οποιαδήποτε αξιολόγηση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας χωρίς την άποψη των ασθενών είναι ελλιπής.

Ο Donabedian (1980) παρότι αναγνωρίζει τη σημαντικότητα της ικανοποίησης των ασθενών, διατυπώνει τις επιφυλάξεις του για το εάν μπορούν οι ασθενείς να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας. Πιστεύει πως οι ασθενείς είναι περισσότερο αρμόδιοι να αξιολογήσουν τη διαπροσωπική πλευρά της φροντίδας, ενώ για την αξιολόγηση της τεχνικής πλευράς της φροντίδας είναι απαραίτητες πληροφορίες από άλλες πηγές. Από την άλλη πλευρά, ο Meterko (1990) υποστηρίζουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοί ακόμα και να αξιολογήσουν την τεχνική πλευρά της φροντίδας.

Σε αντίθεση με τους παραπάνω ερευνητές, ο Eriksen (1987) αμφισβητεί ότι η ικανοποίηση των ασθενών συνεπάγεται και ποιοτική φροντίδα, γιατί όπως ισχυρίζεται η άσκηση επαγγελματικής νοσηλευτικής, μπορεί να προκαλέσει μείωση στην ικανοποίηση των ασθενών. Γι' αυτό το λόγο διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης δείχνουν διαφορετικές απόψεις για την ποιότητα της νοσηλευτικής φροντίδας, και όχι διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης από τη νοσηλευτική φροντίδα.

Σε έρευνά του το 1987, ο Vuori ανέλυσε τους λόγους που έχουν οδηγήσει σε αμφισβήτηση της εγκυρότητας των μετρήσεων της ικανοποίησης των ασθενών. Με βάση τα συμπεράσματα της έρευνας: (α) οι ασθενείς δεν έχουν τις επιστημονικές γνώσεις να αξιολογήσουν την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, (β) οι ασθενείς μπορεί να βρίσκονται σε τέτοια σωματική ή ψυχολογική κατάσταση που δεν τους επιτρέπει να εκφράσουν αντικειμενικές απόψεις, (γ) οι εναλλαγές διαγνωστικών μεθόδων και ιατρικών παρεμβάσεων δεν αφήνει τους ασθενείς να έχουν μια ολοκληρωμένη και αντικειμενική εικόνα για το τι γίνεται, (δ) η έννοια της ποιότητας είναι συνάρτηση των πολιτισμικών παραγόντων και διαφέρει από χώρα σε χώρα.

Επιπρόσθετα, εξαρτάται από τα χαρακτηριστικά των ασθενών όπως η ηλικία, το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο, την κοινωνική τάξη και το επίπεδο υγείας των ασθενών.

Κατά τον Pearson (1989), οι ασθενείς παρουσιάζουν δυσκολία στην ειλικρινή διατύπωση της γνώμης τους για τις παρεχόμενες υπηρεσίες, γεγονός που μειώνει την εγκυρότητα των μετρήσεων. Η δυσκολία τους αυτή μπορεί να πηγάζει από την εξάρτησή τους από τους παρόχους υπηρεσιών υγείας και το προσωπικό των ιδρυμάτων.

Σύμφωνα με τον Petersen (1988), αυτό που είναι σημαντικό είναι πώς αισθάνεται ο ασθενής, ακόμα και αν η αντίληψη του προσωπικού είναι διαφορετική. Θα λέγαμε λοιπόν πως η ικανοποίηση είναι μια υποκειμενική αντίληψη από την πλευρά του ασθενούς, την οποία οι επαγγελματίες στο χώρο της υγείας πρέπει να δουν σαν πραγματικότητα, ανεξάρτητα αν οι απόψεις των ασθενών είναι έγκυρες ή όχι.

Θα μπορούσαμε να πούμε ότι στο χώρο της υγείας, ποιότητα είναι "οτιδήποτε αφορά τον ασθενή" ο οποίος αποτελεί την αφετηρία και το τέλος. Κατά τον Strasen (1988), τα επιτυχημένα νοσοκομεία στο μέλλον θα είναι αυτά τα οποία θα συμπεριλάβουν την άποψη των ασθενών στο σύστημα αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών που προσφέρουν και θα τη λαμβάνουν υπόψη στη διαδικασία λήψης όλων των διοικητικών και λοιπών αποφάσεων.

## **1.6. ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΚΑΙ ΟΦΕΛΗ ΣΧΕΤΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΣΕ ΕΝΑΝ ΟΡΓΑΝΙΣΜΟ ΥΓΕΙΑΣ**

Η αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας, από τους ασθενείς κέρδισε έδαφος τα τελευταία 25 χρόνια. Ο ασθενής, τις περισσότερες φορές βρίσκει τις προβληματικές περιοχές τις οποίες, η διοίκηση δεν έχει αγγίξει, συμβάλλοντας έτσι σε αυξανόμενη ποιότητα φροντίδας. Η μέτρηση της ικανοποίησης του ασθενούς, μπορεί λοιπόν να θεωρηθεί ως ένας σημαντικός δείκτης ποιότητας. Μπορούν να τη δούμε, σαν ένα μέτρο, στο οποίο αυτοί που παρέχουν τη φροντίδα της υγείας, έχουν πετύχει στο να ανταποκριθούν στις ανάγκες και τις προσδοκίες του ασθενή.



Η ικανοποίηση των ασθενών είναι μια δυναμική διαδικασία. Εξαρτάται από τις προσωπικές εκτιμήσεις του ασθενούς και τις αντιδράσεις στα ερεθίσματα που δέχεται πριν, κατά τη διάρκεια και μετά την πορεία παραμονής τους σε ένα νοσοκομείο.

Όπως αναφέρθηκε παραπάνω, οι προσδοκίες, τα χαρακτηριστικά του χρήστη και ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές είναι αυτοί που επηρεάζουν το βαθμό της ικανοποίησης του ασθενούς και καθιστούν δύσκολη την αντικειμενική αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας. Διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης, ίσως εντοπίζουν διαφορετικές απόψεις, αντιλήψεις για την φροντίδας υγείας, παρά διαφορετικά επίπεδα ικανοποίησης. Είναι ευρέως διαδεδομένο, ότι η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από διάφορες παράγοντες όπως, η κοινωνική τάξη, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, το φύλο, η εθνικότητα και ιδιαίτερα η ηλικία.

Η εθνικότητα είναι ένα άκρως πολύπλοκο χαρακτηριστικό. Οι δυσκολίες στη γλώσσα, οι προσδοκίες και οι αντιλήψεις ορισμένων μεταναστευτικών ομάδων π.χ. η εξέταση μουσουλμάνων γυναικών από άντρες ιατρούς επηρέαζε ιδιαίτερα αρνητικά την αξιολόγηση των συγκεκριμένων χρηστών (Sitzia, 1997).

Οι ψυχοκοινωνικοί προσδιοριστές είναι υπεύθυνοι για μια σειρά από λάθη που κάνουν την μέτρηση της ικανοποίησης ακόμα πιο περίπλοκη και προβληματική. Συχνά οι ασθενείς, απαντούν στο ερευνητή αυτόν που νομίζουν ότι θα είναι πιο αποδεκτό από εκείνον να ακούσει, θέλοντας να γίνουν ευχάριστοι στον ερευνητή ή θεωρώντας ότι με αυτό τον τρόπο θα μπορούσαν να ωφεληθούν περισσότερο από τις υπηρεσίες υγείας.

Παρά τις δυσκολίες, η μέτρηση την ικανοποίησης των χρηστών υπηρεσιών υγείας θεωρείται χρήσιμο εργαλείο στη διαμόρφωση πολιτικών υγείας και στην αξιολόγηση: α) την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών, β) την αποτελεσματικότητα των αλλαγών σε οργανωτικό επίπεδο, γ)την λήψη αποφάσεων πολιτικής, δ)την διοίκηση προσωπικού, ε) πώληση αγαθού στους χρήστες.

## 1.7. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΗ

Η θεραπευτική σχέση είναι μια ιδιαίτερη κοινωνική σχέση που διαμορφώνεται από δύο άτομα: α) τον άρρωστο με την αρρώστια του και β) το θεραπευτή με τις

εξειδικευμένες του γνώσεις. Η σχέση θεραπευτή - ασθενούς εξαρτάται επίσης από τις κοινωνικές δομές και το κοινωνικό πλαίσιο μέσα στο οποίο αυτή αναπτύσσεται (Σαρρής, 2001).

Ο βαθμός ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας, εξαρτάται από ένα σύνολο παραγόντων που κάνουν δύσκολη την αντικειμενική αξιολόγηση της. Οι κοινωνικό-δημογραφικές ιδιότητες των ασθενών σχετίζονται άμεσα με τα επίπεδα ικανοποίησης τους από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Οι πιο σημαντικοί παράγοντες αποδεικνύονται να είναι η ηλικία, το φύλο, η οικογενειακή κατάσταση, η κοινωνική τάξη, και η περιοχή στην οποία ζει ο ασθενής.

Κατά τον Fitzpatrick (1991), η ηλικία παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα (Θεοδοσοπούλου, Ραφτόπουλος, 2002).

Ο βαθμός και η ποιότητα της ενημέρωσης του ασθενούς επιδρά στη διαμόρφωση της σχέσης του με τον θεραπευτή. Είναι εμφανής και κοινά αποδεκτή η σημασία που έχει για τον αρρώστο και την ψυχολογία του, η ενημέρωση του σχετικά με την αρρώστια που εκδηλώνει.

Η ποιότητα της ενημέρωσης που λαμβάνει ο ασθενής είναι εξάλλου, ένα από τα βασικά κριτήρια ικανοποίησης του. Συνήθως η μη ικανοποίηση των ασθενών επηρεάζεται από την ελάχιστη ενημέρωση που λαμβάνουν και τη φτωχή επικοινωνία με τη θεραπευτική τους ομάδα. Οι επαγγελματίες υγείας, είτε είναι μη εκπαιδευμένοι στην επικοινωνία και στην παροχή ικανοποιητικής ενημέρωσης του αρρώστου (ιδιαίτερα όταν πρόκειται για άσχημα νέα), είτε, περιορίζουν την ενημέρωση στα ελάχιστα δυνατά επίπεδα και αποκρύπτουν στοιχεία και πληροφορίες που αφορούν την υγεία ή τη ζωή του.

Η ικανοποίηση όμως του αρρώστου από τη σχέση του με τους θεραπευτές του δεν εξαρτάται αποκλειστικά από την πληροφόρηση που δέχεται, αλλά είναι άμεσα συνδεδεμένη και με τη δυνατότητα να του ασθενούς να εκφράσει τα συναισθήματα και τις ανησυχίες του, νιώθοντας ότι αυτά λαμβάνονται υπόψη από τους θεραπευτές του.

## 1.8. ΣΧΕΣΗ ΘΕΡΑΠΕΥΤΩΝ ΚΑΙ ΑΡΡΩΣΤΟΥ

Η σχέση που αναπτύσσει το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό με τον άρρωστο εξαρτάται και επηρεάζεται από την προσέγγιση των πρώτων στα θέματα υγείας. Αν το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό θεωρεί την αρρώστια ως μια οργανική δυσλειτουργία, αντιλαμβάνεται και τον άρρωστο ως βιολογικό περιστατικό. Σε αυτή την περίπτωση, ο στόχος των θεραπειών είναι η διάγνωση, η θεραπεία, και η αποκατάσταση της υγείας του αρρώστου. Οι γνώσεις των «ειδικών» είναι πάντα ορθολογικές, επιστημονικά τεκμηριωμένες και βασίζονται στις αντικειμενικές πληροφορίες που παρέχουν τα κλινικά και εργαστηριακά ευρήματα, ενώ αγνοείται η συναισθηματική, οικογενειακή και κοινωνική κατάσταση του αρρώστου. Ο ασθενής παραμένει αμέτοχος, εξαρτημένος και παθητικός. Καλείται να συμμορφωθεί με τις οδηγίες του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, να το εμπιστευθεί και να δεχθεί αδιαμαρτύρητα την οποιαδήποτε θεραπεία του επιβληθεί.

Η σχέση λοιπόν που αναπτύσσεται ανάμεσα στον άρρωστο και στο προσωπικό υγείας στην περίπτωση αυτή είναι μονόδρομη και άνιση. Πολλοί ασθενείς θεωρούν ότι το πρόβλημα τους είναι καθαρά οργανικό, γιατί φοβούνται την κριτική σχετικά με τον τρόπο ζωής τους και γιατί αρνούνται να τροποποιήσουν τις συνήθειες που βλάπτουν την υγεία τους. Σε άλλες περιπτώσεις αποφεύγουν να αναλάβουν ενεργό ρόλο στην αποκατάσταση της υγείας τους, προκειμένου να αποφύγουν τη σύγκρουση με το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό που έχει την τάση να διατηρεί τον αποκλειστικό έλεγχο και την ισχύ σε θέματα υγείας.

Αυτή η άνιση σχέση μερικές φορές μοιάζει να έχει, βραχυπρόθεσμα, ικανοποιητικά αποτελέσματα. Όμως στο βάθος δεν είναι τόσο «θεραπευτική», καθώς αγνοούνται οι δυνατότητες αυτοθεραπείας που διαθέτει ο ίδιος ο ασθενής, ενώ συγχρόνως καλλιεργούνται στον άρρωστο η παθητικότητα και η εξάρτηση, καταστάσεις που δεν τον προτρέπουν να αναλάβει τις ευθύνες του και ενεργά να συμμετάσχει στη φροντίδα της υγείας του (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

Παρότι η προσέγγιση αυτή έχει οδηγήσει σε μεγάλα ιατρικά επιτεύγματα, δε φαίνεται πλέον να ικανοποιεί τις σύγχρονες απαιτήσεις.

Στα πλαίσια μιας πιο ψυχοκοινωνικής προσέγγισης, το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό ενθαρρύνει τον άρρωστο να συνειδητοποιήσει ότι η συμπεριφορά του μπορεί να επηρεάσει την υγεία. Αναθεωρώντας τον τρόπο ζωής που έχει επιλέξει, ο

ασθενής μπορεί να μάθει να περιορίζει ορισμένες επιβλαβείς συνήθειες του, να μειώσει το καθημερινό στρες και παράλληλα να υιοθετεί νέες συμπεριφορές.

Η σχέση ανάμεσα στον άρρωστο και το προσωπικό υγείας είναι με άλλα λόγια σχέση ουσιαστικής συνεργασίας. Η νόσος αποτελεί συνάρτηση βιολογικών, ψυχολογικών και κοινωνικών παραγόντων. Θεωρείται ότι πάσχει το άτομο ως σύνολο και όχι μεμονωμένα όργανα που εμφανίζουν δυσλειτουργία. Η θεραπευτική παρέμβαση απευθύνεται τόσο στον άρρωστο, όσο και στο άμεσο ή ευρύτερο κοινωνικό περιβάλλον μέσα στο οποίο εμφανίζεται η ασθένεια. Η σχέση που το προσωπικό υγείας διαμορφώνει με τον άρρωστο, και την οικογένεια του είναι αμφίδρομη (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

Η δυναμική σχέση που αναπτύσσεται μεταξύ αρρώστου και προσωπικού υγείας έχει άμεσες επιπτώσεις στην όλη πορεία της ασθένειας. Λόγω των πλεονεκτημάτων και των περιορισμών του καθεμιάς από τις παραπάνω προσεγγίσεις, φαίνεται ότι καμία δεν μπορεί να προταθεί με αποκλεισμό της άλλης. Το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό οφείλει να είναι επιλεκτικό και να αντλεί από το κάθε ασθενή τα στοιχεία εκείνα που θεωρεί ότι είναι ωφέλιμα για κάθε περίπτωση (Παπαδάτου, Αναγνωστόπουλος, 1999).

## 1.9. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ

Κάθε μορφή επικοινωνίας έχει ένα νοηματικό περιεχόμενο και μια διαπροσωπική σχέση. Αναφέρεται στη διαδικασία ανταλλαγής πληροφοριών, αρρώστου και ιατρού, πραγματοποιείται όχι μόνο σε νοητικό, αλλά και σε συναισθηματικό επίπεδο. Όλες οι μορφές επικοινωνίας είναι μορφές διαπροσωπικών σχέσεων.

Έχει διαπιστωθεί ότι η ικανοποίηση των αρρώστων είναι θετικά συνδεδεμένη με την ικανότητα των γιατρών και του νοσηλευτικού προσωπικού να εγκαθιστούν μια πιο ουσιαστική (μη λεκτική), αμφίδρομη επικοινωνία με τους ασθενείς τους. (Παπαδημητρίου, Παπακώστας, 2002).

Σε λεκτικό επίπεδο, οι δεξιότητες επικοινωνίας αποβλέπουν να προσκαλέσουν τον άρρωστο να μοιραστεί τις εμπειρίες του. Αρχικά, οι ανοιχτές ερωτήσεις δίνουν στον άρρωστο την ευκαιρία να οργανώσει, να αναπτύξει τις σκέψεις του και να

απαντήσει περιγράφοντας προσωπικές εμπειρίες. Έτσι, ο άρρωστος ενθαρρύνεται να μοιραστεί ελεύθερα τα συναισθήματα και τις σκέψεις του. Οι κλειστές ερωτήσεις, αντίθετα είναι χρήσιμες για τον προσδιορισμό ή τη λήψη συγκεκριμένων πληροφοριών σχετικά με το πρόβλημα της υγείας του ασθενούς.

Σε μη λεκτικό επίπεδο, η οπτική επαφή αποτελεί ένα από τα ισχυρότερα μέσα επικοινωνίας. Όσο μεγαλύτερη εμπιστοσύνη αναπτύσσεται μεταξύ τους, τόσο μεγαλύτερη είναι η διάρκεια και η συχνότητα της αμοιβαίας οπτικής επαφής.

Η στάση, οι κινήσεις του σώματος και οι χειρονομίες δηλώνουν μια τάση προσέγγισης ή αποφυγής. Ταυτόχρονα εκφράζουν τη συναισθηματική κατάσταση του ατόμου τη δεδομένη στιγμή. Όταν το προσωπικό υγείας προσεγγίζει τον άρρωστο και ταυτόχρονα εκφράζει μέσα από το σώμα και τις κινήσεις του μια άνεση, τότε ενισχύει την αίσθηση εμπιστοσύνης και ασφάλειας του αρρώστου. Τα μηνύματα που ο θεραπευτής εκπέμπει με το σώμα του δηλώνουν πόσο ενδιαφέρεται να ακούσει και πόσο προσεκτικά παρακολουθεί όσα εκφράζει ο άρρωστος (Αναγνωστόπουλος, Παπαδάτου, 1999).

## 1.10. ΚΟΙΝΩΝΙΚΕΣ ΠΑΡΑΜΕΤΡΟΙ

Το είδος της αρρώστιας και η κατάσταση της υγείας του αρρώστου επιδρά σημαντικά στη διαμόρφωση της σχέσης μεταξύ του θεραπευτών και του αρρώστου. Όταν η πάθηση είναι χρόνια, αλλά σταθερή, ο άρρωστος είναι σε θέση να ενημερώνεται και να δημιουργεί νέες γνώσεις για τον εαυτό του, με αποτέλεσμα να «υπερβαίνει» συχνά την επάρκεια του προσωπικού, να έχει τη δυνατότητα να αναγνωρίζει συμπτώματα, ενδείξεις ή άλλα σημεία της αρρώστιας του. Η ιδιαιτερότητα αυτή είναι εκείνη που του επιτρέπει να αναλάβει ηγετικό ρόλο στη διαχείριση της σχέσης του με το προσωπικό υγείας.

Ένας άλλος σημαντικός παράγοντας που επηρεάζει θετικά ή αρνητικά τη σχέση επαγγελματία υγείας- αρρώστου είναι ο χώρος στον οποίο παρέχεται η νοσηλευτική φροντίδα. Ο παράγοντας αυτός είναι εκείνος που επηρεάζει, σε σημαντικό βαθμό, τη διαχείριση της εξουσίας και του ελέγχου που αναπτύσσονται μεταξύ θεραπευτών - αρρώστου.



Επιπρόσθετα, οι αντιλήψεις που έχουν οι λειτουργοί υγείας, για την αρρώστια και τον άρρωστο, τα στοιχεία της προσωπικότητας του αρρώστου καθώς και άλλοι κοινωνικοί παράγοντες επηρεάζουν την ποιότητα της φροντίδας του αρρώστου ενώ δεν θα έπρεπε ουσιαστικά να την επηρεάζουν. Με την εικόνα του λειτουργού υγείας συνδέονται αξίες όπως γνώση, ισχύς, κύρος και κοινωνική αναγνώριση.

Μαρτυρίες ασθενών αλλά και η εμπειρία από την καθημερινότητα του τρόπου παροχής φροντίδας υπογραμμίζουν τη διαπίστωση ότι η συμπεριφορά και η στάση των λειτουργών υγείας επηρεάζεται και από κοινωνικούς παράγοντες. Οι παράγοντες αυτοί είναι:

1. Η ηλικία: Οι γηραιότεροι άρρωστοι συχνά παραμελούνται έναντι των νεότερων.

2. Η κοινωνική θέση: Οι άρρωστοι από τις χαμηλότερες κοινωνικές τάξεις συνήθως λαμβάνουν λιγότερη προσοχή ή εξυπηρέτηση.

3. Το φύλο: Οι ενήλικοι άνδρες, ιδίως της παραγωγικής ηλικίας, ενημερώνονται καλύτερα και δέχονται με διαφορετικό τρόπο την νοσηλευτική φροντίδα έναντι των γυναικών.

4. Η φυλετική καταγωγή: Οι άρρωστοι με διαφορετική φυλετική καταγωγή υφίστανται μερικές φορές «λεπτές» φυλετικές διακρίσεις στη φροντίδα υγείας έναντι των άλλων (Σαρρής, 2001).

Η συμπεριφορά του αρρώστου συνδέεται με πολιτισμικά πρότυπα, με αξίες, με την κοινωνική ομάδα στην οποία ανήκει, με τις κοινωνικές θέσεις που κατέχει.

Ο ρόλος του αρρώστου είναι συμπληρωματικός του ρόλου του επαγγελματία υγείας, ο οποίος είναι υποχρεωμένος να παρέχει την θεραπευτική αγωγή. Η διαχείριση της σχέσης λειτουργού υγείας-αρρώστου, η αντιμετώπιση της αρρώστιας και οι σχέσεις που αναπτύσσονται, καθορίζονται, σε μεγάλο βαθμό, από την συμπεριφορά του προσωπικού υγείας των θεραπευτικών ιδρυμάτων.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2. ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

### 2.1. Η ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΑΚΗ ΠΕΡΙΘΑΛΨΗ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ

Η Ελλάδα, ως δημοκρατική χώρα και κράτος πρόνοιας, έχει καθορίσει ένα πλαίσιο αρχών το οποίο αποτελεί πλέον, τον καταστατικό χάρτη των Δικαιωμάτων του νοσοκομειακού ασθενούς.

Αρχικά το Ελληνικό Σύνταγμα του 1975, καθιέρωσε το κοινωνικό δικαίωμα στην υγεία. Σύμφωνα με την Συνταγματική επιταγή του άρθρου 21, «Το Κράτος μεριμνά για την υγεία των πολιτών και παίρνει ειδικά μέτρα για την προστασία της νεότητας, του γήρατος, της αναπηρίας και για την περίθαλψη των απόρων».

Με το νόμο 2071 άρθρ.47 του 1992, ορίζει τα "δικαιώματα του νοσοκομειακού ασθενούς" και κατατάσσεται έτσι ανάμεσα στις πρώτες χώρες στην Ευρώπη στο συγκεκριμένο τομέα. Μέχρι την θέσπιση του παραπάνω νόμου, κανένας ασθενής που απευθυνόταν σε νοσοκομείο δεν γνώριζε ποια θα πρέπει να είναι τα δικαιώματά του, κανένας υπηρεσιακός παράγοντας μέχρι που μπορούν να φτάσουν οι απαιτήσεις των ασθενών και ποια τα δικαιώματά τους στα πλαίσια του συστήματος παροχής υπηρεσιών υγείας.

Με την διάταξη αυτή προκύπτει η καθαρή υποχρέωση του κράτους να μεριμνά για την υγεία των πολιτών του. Παράλληλα, το παραπάνω άρθρο του Συντάγματος εξουσιοδοτεί τον εκάστοτε νομοθέτη να καθορίσει αυτός, κατ' επιλογή της πολιτικής εξουσίας το πλαίσιο προστασίας. Ειδικότερα ο νόμος 207 1/92 (ΦΕΚ 123/92) αναφέρεται στο δικαίωμα του ασθενή για προσέγγιση στις υπηρεσίες του νοσοκομείου τις πλέον κατάλληλες για τη φύση της ασθένειάς του, στην παροχή φροντίδας με σεβασμό στην ανθρώπινη αξιοπρέπεια του, στο δικαίωμά του να συγκατατεθεί ή να αρνηθεί σε κάθε διαγνωστική ή θεραπευτική πράξη, στο να πληροφορηθεί τα πάντα σχετικά με την υγεία του και να λαμβάνει αποφάσεις ή να συμμετέχει στη λήψη αποφάσεων αναφορικά με την υγεία του. Ο ασθενής επίσης έχει δικαίωμα να πληροφορηθεί εκ των προτέρων για τους κινδύνους που ενδέχεται να προκύψουν για συνήθειες ή πειραματικές διαγνωστικές θεραπευτικές πράξεις. Απαιτείται συγκεκριμένη συγκατάθεση του ιδίου, η οποία μπορεί να ανακληθεί

ελεύθερα. Επιπλέον μπορεί να αποδεχθεί ή να απορρίψει κάθε συνεργασία του σε πράξεις που σκοπό έχουν την έρευνα ή την εκπαίδευση.

Επιπλέον, ο ασθενής έχει δικαίωμα προστασίας της ιδιωτικής του ζωής, καθώς και εγγύηση του απορρήτου των πληροφοριών και του περιεχομένου των εγγράφων και ευρημάτων που τον αφορούν, δικαίωμα σεβασμού και αναγνώρισης των θρησκευτικών και ιδεολογικών πεποιθήσεων του, ενώ τέλος δικαιούται να παρουσιασθεί ή να καταθέσει αρμοδίως διαμαρτυρίες ή ενστάσεις και να λάβει πλήρη γνώση για τις ενέργειες που έγιναν για τις παραπάνω διαμαρτυρίες ή ενστάσεις και για τα αποτελέσματά τους.

Το 1997 με το Νόμο 2519 καθιερώνονται τα Όργανα Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών και αρχίζει η προώθηση και διάδοση του θεσμού. Σύμφωνα με το Νόμο αυτό, συνιστώνται στο Υπουργείο Υγείας και Πρόνοιας: 1) Η Αυτοτελής Υπηρεσία Προστασίας των Δικαιωμάτων των Ασθενών β) Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών που έχουν την κεντρική ευθύνη παρακολούθησης και ανάπτυξης του θεσμού.

Έργο της Αυτοτελούς Υπηρεσίας Υγείας και Πρόνοιας είναι να παρακολουθεί και να ελέγχει αν εφαρμόζονται και προστατεύονται τα δικαιώματα του ασθενούς, να εξετάζει τυχόν παράπονα και καταγγελίες που αφορούν την παροχή υπηρεσιών υγείας προς τους ασθενείς και να υποβάλει σχετικές εισηγήσεις στον Γενικό Γραμματέα για τα παραπάνω θέματα. Η Επιτροπή Ελέγχου Προστασίας Δικαιωμάτων των Ασθενών, είναι αρμόδια να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση των κανόνων προστασίας και σεβασμού των δικαιωμάτων των ασθενών, να εξετάζει καταγγελίες πολιτών, είτε αυτές που γίνονται επώνυμα, είτε αυτεπαγγέλτως.

Παράλληλα δημιουργήθηκαν και λειτουργούν σε κάθε Νοσοκομείο:

α) Γραφείο Επικοινωνίας με τον Πολίτη και

β) Επιτροπή Προάσπισης Δικαιωμάτων του Ασθενούς, η οποία συγκροτείται σε κάθε νοσοκομείο, για να παρακολουθεί και να ελέγχει την τήρηση και το σεβασμό των δικαιωμάτων του πολίτη που προσφεύγει στο νοσοκομείο.

Τέλος το 1998 (Ν.2619), επικυρώθηκε από τη Βουλή η "Ευρωπαϊκή Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοιατρική, όπου σύμφωνα με τις διατάξεις αυτής τα συμβαλλόμενα μέρη θα προστατεύουν την αξιοπρέπεια και την ταυτότητα κάθε ανθρώπινου όντος και θα εγγυώνται τον σεβασμό της ακεραιότητας και των

λοιπών δικαιωμάτων και θεμελιωδών ελευθεριών κάθε ανθρώπινου όντος, χωρίς διάκριση σε σχέση με την εφαρμογή της Βιολογίας και της Ιατρικής. Τα συμφέροντα και η ευημερία του ατόμου θα υπερισχύουν έναντι μόνον του κοινωνικού συμφέροντος ή της Επιστήμης.

Με την θεσμοθέτηση ειδικών κανόνων προαγωγής των δικαιωμάτων του ασθενούς, ο κάθε ασθενής θα γνωρίζει εκ των προτέρων τα δικαιώματά του, ώστε η συμπεριφορά του προς τα στελέχη της υγείας να είναι η ενδεδειγμένη, ενώ από την άλλη πλευρά και τα στελέχη της υγείας με το συγκεκριμένο νομικό πλαίσιο κατοχυρώνονται σημαντικά, αφού πλέον θα γνωρίζουν πως θα πρέπει γενικά και ειδικά να λειτουργήσουν απέναντι στον ασθενή τους.

Η γνώση των δικαιωμάτων των ασθενών, συντελεί στην προστασία των βασικών θεμελιωδών ανθρωπίνων δικαιωμάτων του. Ο ασθενής πρέπει πλέον να αντιμετωπίζεται ως ισότιμος «συνεργάτης» στην διαδικασία παροχής φροντίδας υγείας, αναγνωρίζοντας το δικαίωμά του να συμμετέχει στις αποφάσεις που αφορούν την υγεία του βοηθώντας τον και ενημερώνοντας τον για τους ποικίλους τρόπους προαγωγής της υγείας του, αφού πρώτα έχει κατανοήσει ο ίδιος την κατάσταση της υγείας του.

## 2.2. ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΥΓΕΙΑΣ ΚΑΛΑΒΡΥΤΩΝ

Τον Νοέμβριο του 1946 ιδρύθηκε στα Καλάβρυτα “**Προσωρινό Κρατικό Νοσοκομείο**” με δυναμικότητα 25 κλινών. Το Νοσοκομείο λειτουργούσε με τη μορφή ξύλινου οικίσκου από τον Νοέμβριο του 1946 έως και τον Φεβρουάριο του 1951, όταν συγχωνεύτηκε με τον λειτουργούντα Υγειονομικό Σταθμό της Ελληνικής Πολεμικής Περιθάλψεως και μετονομάστηκε σε “Πολυϊατρείο” και “Κέντρο Υγείας”.

Το κτίριο του Κέντρου Υγείας Καλαβρύτων ολοκληρώθηκε το 1949 με την αρωγή των Ελλήνων της Αμερικής. Σύμφωνα με πληροφορίες το κόστος για την ανοικοδόμηση και τον εξοπλισμό του ιδρύματος, ανήλθε στο ποσό των τεσσάρων (4) δισεκατομμυρίων παλαιών δραχμών.

Το Γενικό Νοσοκομείο Καλαβρύτων ιδρύθηκε με Β.Δ τον Φεβρουάριο του 1955 και λειτούργησε με δυναμικότητα 30 κλινών. Σήμερα λειτουργεί με την επωνυμία Νομαρχιακό Γενικό Νοσοκομείο - Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων. Στην

εμβέλεια του Νοσοκομείου συγκαταλέγονται τέσσερις (4) κλινικές (Γυναικολογική, Καρδιολογική, Παιδιατρική και Παθολογική). Επίσης λειτουργούν Οδοντιατρικό Τμήμα καθώς και δύο εργαστήρια Ακτινολογικό και Μικροβιολογικό. Είναι ένα νοσοκομείο στο οποίο ο εξοπλισμός του τόσο στον ιατρικό, νοσηλευτικό, όσο και στον τομέα τεχνικής υποστήριξης μπορεί να χαρακτηριστεί από ικανοποιητικός.

Στα εξωτερικά Ιατρεία του Νοσοκομείου εξετάζονται καθημερινά κατά μέσο όρο 100 άτομα, ενώ ο μέγιστος αριθμός νοσηλευομένων ασθενών ανέρχεται στους 40.

Το Νοσοκομείο Καλαβρύτων, με προσωπικό 72 ατόμων, καλείται να καλύψει πέρα από τις ανάγκες της περιοχής και ένα μεγάλο αριθμό έκτακτων περιστατικών, λόγω της θέσης του. Πέρα όμως από τις παροχές του σε θέματα που αφορούν στην ιατροφαρμακευτική περίθαλψη και στην νοσηλεία, το Νοσοκομείο επιδιώκει να προσφέρει στους κατοίκους ακόμα και των πιο απομακρυσμένων χωριών ποιοτική παροχή υπηρεσιών υγείας.

Το Νοσοκομείο Καλαβρύτων, έχει συνδεθεί με γραμμή on-line με το Τζάνειο Νοσοκομείο Πειραιώς, θέτοντας με τρόπο αυτό τα θεμέλια μιας καινούργιας εποχής στο θέμα της Νοσοκομειακής περίθαλψης.

Επίσης το θέμα της Προληπτικής Ιατρικής συγκαταλέγεται στις άμεσες προτεραιότητες του Νοσοκομείου. Με πληθώρα από ημερίδες και ενημερωτικές συζητήσεις, καθώς και τη διανομή έντυπου υλικού τόσο από τις Κλινικές του Νοσοκομείου όσο και από τα Περιφερειακά Ιατρεία, επιδιώκεται η πληροφόρηση του κοινού για θέματα υγείας και η εξοικείωση με τους ασθενείς που ακόμα και σαν άκουσμα προκαλούν φόβο.

Οι οργανικές θέσεις που αντιστοιχούν στο παρακάτω προσωπικό και συνδέονται άμεσα με το ερωτηματολόγιο, είναι οι ακόλουθες :

α/α	ΚΛΑΔΟΣ	ΟΡΓΑΝΙΚΕΣ	ΚΑΛΥΜΜΕΝΕΣ	ΚΕΝΕΣ %
1.	Μόνιμοι Ιατροί του Ε.Σ.Υ	15	7	47%
2.	Ειδικευμένοι Ιατροί	2	2	0%
3.	Αγροτικοί Ιατροί Περιφερειακών Ιατρείων	10	8	20%



4.	Ειδικευόμενοι Ιατροί	2	2	0%
5.	Νοσηλευτικό προσωπικό	18	12	67%
6.	Βοηθοί Θαλάμων	4	2	50%
7.	Διοικητικό προσωπικό	15	15	0%
8.	Πληροφορικής	1	1	0%
9.	Οδηγών αυτοκινήτου	8	7	12%
10.	Προσωπικό Εστίασης	7	7	0%
11.	Προσωπικό Καθαριότητας	5	5	0%
12.	Προσωπικό Εργαστηρίων	4	4	0%

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3. ΣΧΕΔΙΑΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

### 3.1. ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Σκοπός της παρούσας έρευνας είναι η διερεύνηση των απόψεων των ασθενών για την ποιότητα της παρεχομένης φροντίδας στο Νοσοκομείο Καλαβρύτων. Η διερεύνηση της ικανοποίησης των ασθενών θα αποτυπώσει καταστάσεις και ενδεχομένως να αναδείξει προβλήματα που θα αφορούν τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο Γενικό Νοσοκομείο Καλαβρύτων.

### 3.2. ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΚΟ ΠΛΑΙΣΙΟ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η έρευνα για την "Διερεύνηση των αντιλήψεων των χρηστών υπηρεσιών υγείας στο Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας" άρχισε τον Φεβρουάριο του 2010 και τελείωσε τον Σεπτέμβριο του 2010. Τα στάδια και τα εργαλεία της ερευνητικής διαδικασίας είναι τα παρακάτω :

#### 3.2.1. ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Στην παρούσα έρευνα χρησιμοποιήθηκε το **ερωτηματολόγιο κλειστού τύπου**<sup>1</sup> (βλέπε ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ) το οποίο συμπληρώνεται από τους συμμετέχοντες στην έρευνα. Η δημιουργία του ερωτηματολογίου περιλαμβάνει κατηγορίες ερωτήσεων που αφορούν:

- Δημογραφικά και κοινωνικά στοιχεία.
- Την προσέλευση του ασθενή στο νοσοκομείο.
- Το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό.
- Την ξενοδοχειακή υποδομή του νοσοκομείου.
- Τις διαδικασίες διαχείρισης.

---

<sup>1</sup> Στις κλειστού τύπου ερωτήσεις, όπως πολλαπλής επιλογής, συμπλήρωσης, αντιστοίχισης και σωστού-λάθους, η έκταση της απάντησης περιορίζεται σε ένα ναι/όχι ή γενικότερα μια λέξη, φράση, σύμβολο, κτλ. Αντίθετα, οι ανοικτού τύπου ερωτήσεις δεν απαιτούν μια συγκεκριμένη απάντηση, αντιθέτως ο ερωτηθείς καλείται να σκεφτεί δημιουργικά και να συνθέσει μια (σχετικά) εκτενή απάντηση.

- Την ατομική εκτίμηση της υγείας του ασθενή.

### *3.2.2. ΕΠΙΛΟΓΗ ΜΕΘΟΔΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ*

Διακόσια ερωτηματολόγια διανεμήθηκαν σε τυχαίο δείγμα ασθενών που νοσηλεύονταν στο Κέντρο Υγείας Καλαβρύτων.

### *3.2.3. ΕΠΙΛΟΓΗ ΧΩΡΟΥ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΩΝ*

Ως κατάλληλος χώρος για την έρευνα επιλέχθηκαν οι εγκαταστάσεις του Κέντρου Υγείας Καλαβρύτων.

Ο συμμετέχων στην έρευνα ασθενής ενημερωνόταν σχετικά με τον σκοπό αυτής της έρευνας και τον τρόπο συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου. Για τα νοσηλευθέντα παιδιά (0-15 ετών) το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν από τον ένα γονέα του, καθώς επίσης και στην περίπτωση που ο ερωτώμενος δεν είχε την Ελληνική υπηκοότητα και δεν γνώριζε καλά την ελληνική γλώσσα, το ερωτηματολόγιο συμπληρωνόταν από τον συνοδό του.

Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου γινόταν τις ζυγές ημερομηνίες κάθε εβδομάδα και από τις ώρες 11:00 έως 14:00.

### *3.2.4. ΤΟ ΜΕΓΕΘΟΣ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ*

Το μέγεθος του δείγματος στην εν λόγω έρευνα ήταν 200 ασθενείς.

### *3.2.5. ΚΑΤΑΧΩΡΙΣΗ ΚΑΙ ΕΠΕΞΕΡΓΑΣΙΑ ΔΕΔΟΜΕΝΩΝ*

Η καταχώρηση των ερωτηματολογίων πρώτα έγινε στο πρόγραμμα EXCEL, έτσι ώστε να μπορεί να γίνει πιο εύκολη επεξεργασία και στην συνέχεια η στατιστική ανάλυση έγινε με το στατιστικό πακέτο SPSS v.17.

### 3.3. ΣΤΑΤΙΣΤΙΚΗ ΑΝΑΛΥΣΗ - ΕΡΕΥΝΗΤΙΚΟΣ ΣΧΕΔΙΑΣΜΟΣ

Η παρούσα μελέτη είναι μια περιγραφική μελέτη όπου οι συμμετέχοντες λαμβάνουν ένα ερωτηματολόγιο μέσω του οποίου ζητείται και καταγράφεται η γνώμη τους και ο τρόπος με τον οποίο βιώνουν διάφορες καταστάσεις.

Στα δεδομένα της έρευνας μας, υπάρχουν περισσότερες από μία ποιοτικές μεταβλητές (πχ ικανοποίηση ή όχι από παρεχόμενες υπηρεσίες και φύλο ασθενών). Ο έλεγχος στατιστικών υποθέσεων για τη διερεύνηση των σχέσεων των μεταβλητών ανά δύο, έγινε με τη μέθοδο  $\chi^2$ . Ο έλεγχος  $\chi^2$  ερευνά την ανεξαρτησία των δύο μεταβλητών (αν και εφόσον η ικανοποίηση των ασθενών είναι ανεξάρτητη από το φύλο τους).

Στην παρούσα εργασία ελέγξαμε σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 5%, τη μηδενική υπόθεση

- $H_0$  = οι δύο μεταβλητές είναι ανεξάρτητες μεταξύ τους, έναντι της εναλλακτικής υπόθεσης
- $H_a$  = οι δύο μεταβλητές είναι εξαρτημένες μεταξύ τους.

Αν η πιθανότητα  $p$ , η οποία στη διαδικασία crosstabs εμφανίζεται με τον τίτλο Asymptotic Significance (2-sided), είναι μικρότερη του 0,05 ή 5%, τότε εξάγεται το συμπέρασμα ότι οι δύο μεταβλητές εξαρτώνται η μία από την άλλη. Αυτό έγινε με τη δημιουργία πινάκων διασταύρωσης (crosstabs) και έλεγχο των αποκλίσεων των παρατηρούμενων και των αναμενόμενων συχνοτήτων.

Στο παράρτημα παρουσιάζουμε αναλυτικά τα βήματα της διαδικασίας Crosstabs στο SPSS.

## ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4. ΧΑΡΑΚΤΗΡΙΣΤΙΚΑ ΤΩΝ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΩΝ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

### 4.1. ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΤΟΥ ΔΕΙΓΜΑΤΟΣ

#### 4.1.1. ΗΛΙΚΙΑ

Σε όλες τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου απάντησαν 200 ασθενείς. Οι ηλικίες τους κυμαίνονταν ως εξής:

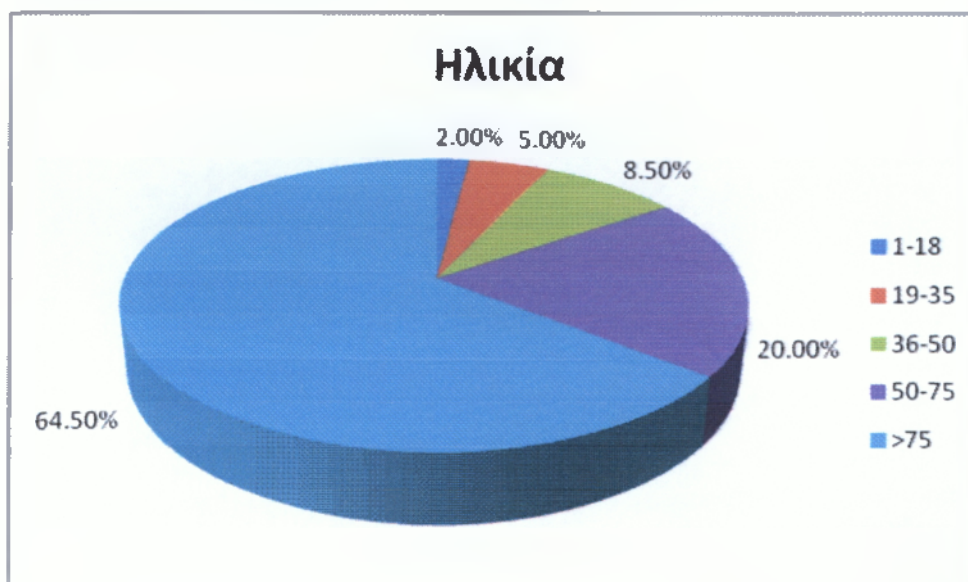
Από 1 έως 18 ετών ήταν 4 ασθενείς ή το 2%

Από 19 έως 35 ετών ήταν 10 ασθενείς ή το 5%

Από 36 έως 50 ετών ήταν 17 ασθενείς ή το 8,50%

Από 51 έως 75 ετών ήταν 40 ασθενείς ή το 20%

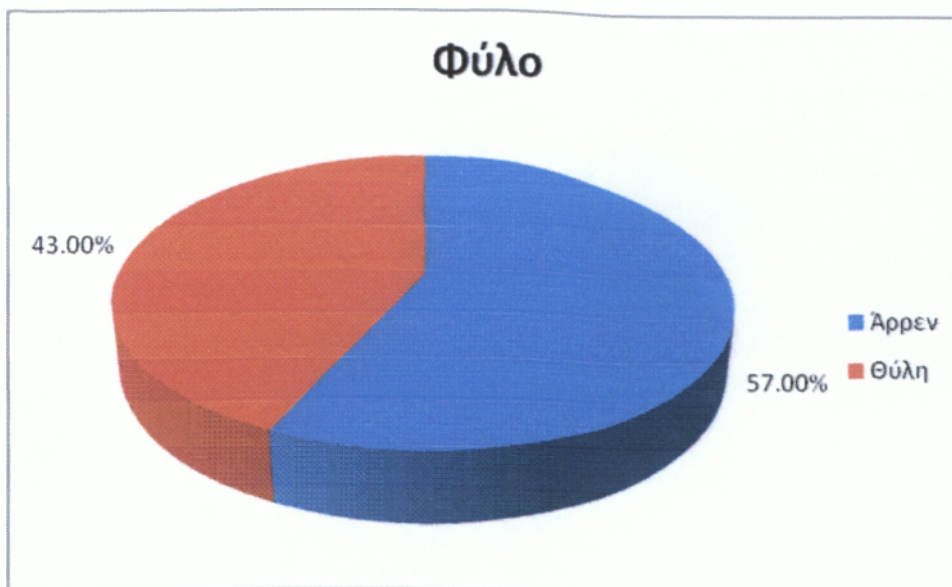
Από 75 ετών και άνω ήταν 129 ασθενείς ή το 64,50%



#### 4.1.2. ΦΥΛΟ

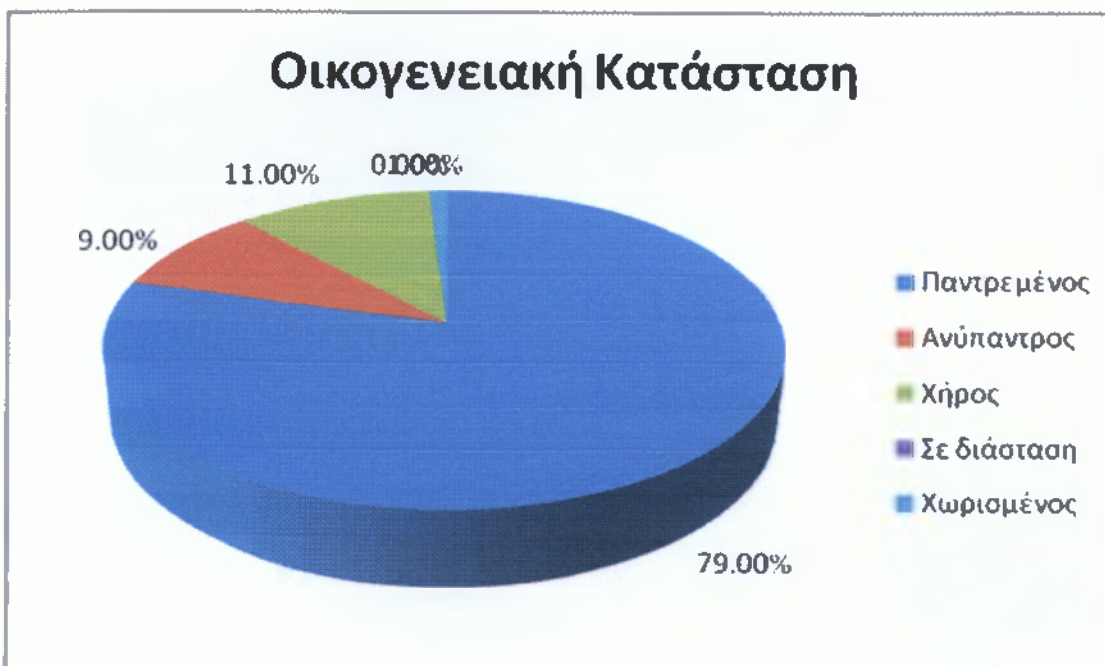
Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 114 (57%) ήταν άντρες και οι 86 (43%) ήταν γυναίκες.





#### 4.1.3. ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ

Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 158 (79%) ήταν παντρεμένοι, οι 18 (9%) ήταν ανύπαντροι, οι 22 (11%) ήταν χήροι, κανείς δεν βρισκόταν σε διάσταση και τέλος μόλις 2 (1%) ήταν χωρισμένοι.



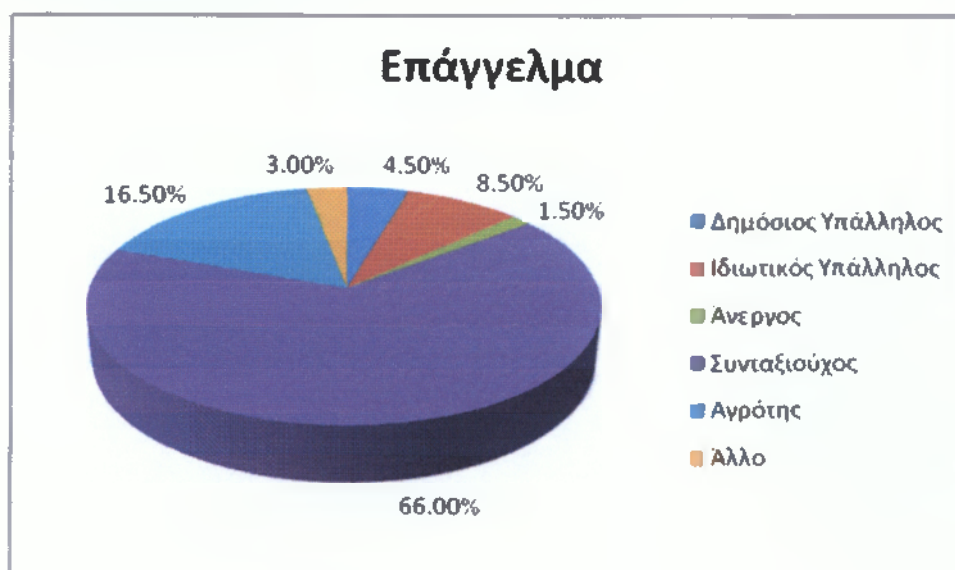
#### 4.1.4. ΥΠΗΚΟΟΤΗΤΑ

Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 192 (96%) είχαν ελληνική υπηκοότητα και 8 (4%) είχαν αλλοδαπή υπηκοότητα.



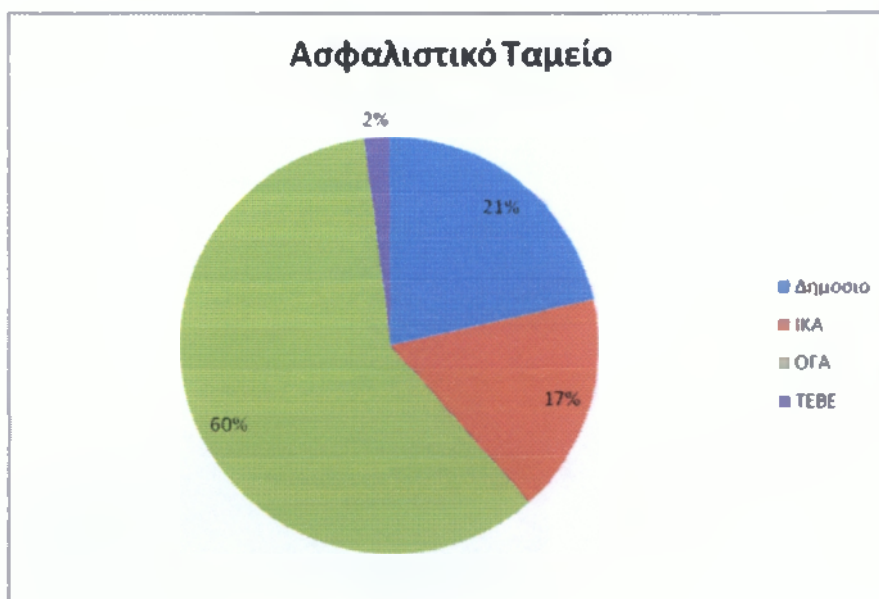
#### 4.1.5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ

Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 9 (4,5%) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, οι 17 (8,5%) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, οι 3 (1,5%) ήταν άνεργοι, οι 132 (66%) ήταν συνταξιούχοι και οι 33 (16,5%) ήταν αγρότες.



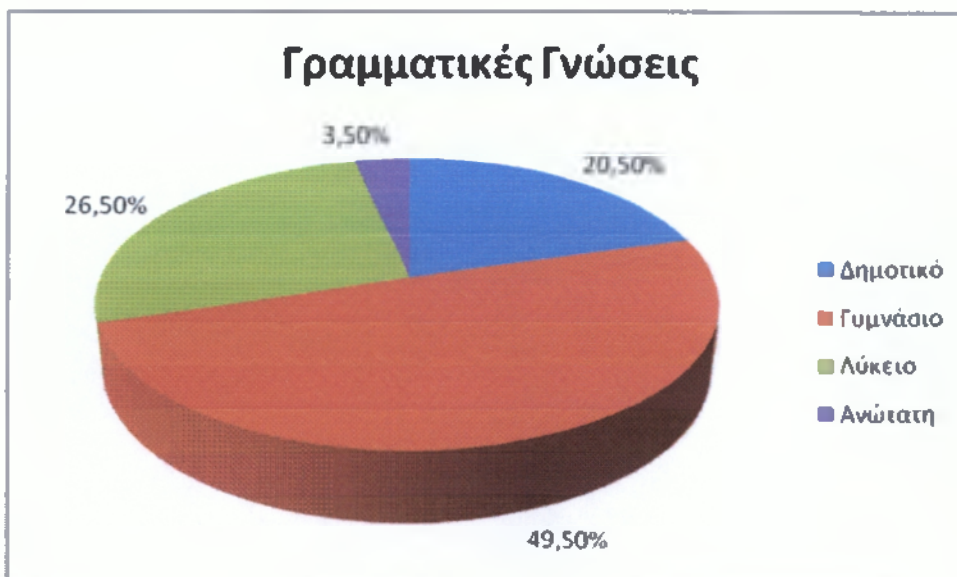
#### 4.1.6. ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 43 (21,5%) είχαν ασφαλιστικό ταμείο του δημοσίου, οι 34 (17%) είχαν ΙΚΑ, οι 119 (59,5%) είχαν ΟΓΑ, και τέλος οι 4 (2%) είχαν ΤΕΒΕ.



#### 4.1.7. ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 41 (20,5%) ήταν απόφοιτοι δημοτικού, οι 99 (49,5%) απόφοιτοι γυμνασίου, οι 53 (26,5%) απόφοιτοι λυκείου, οι 7 (3,5%) είχαν πανεπιστημιακή μόρφωση ενώ κανένας δεν είχε μεταπτυχιακό τίτλο.



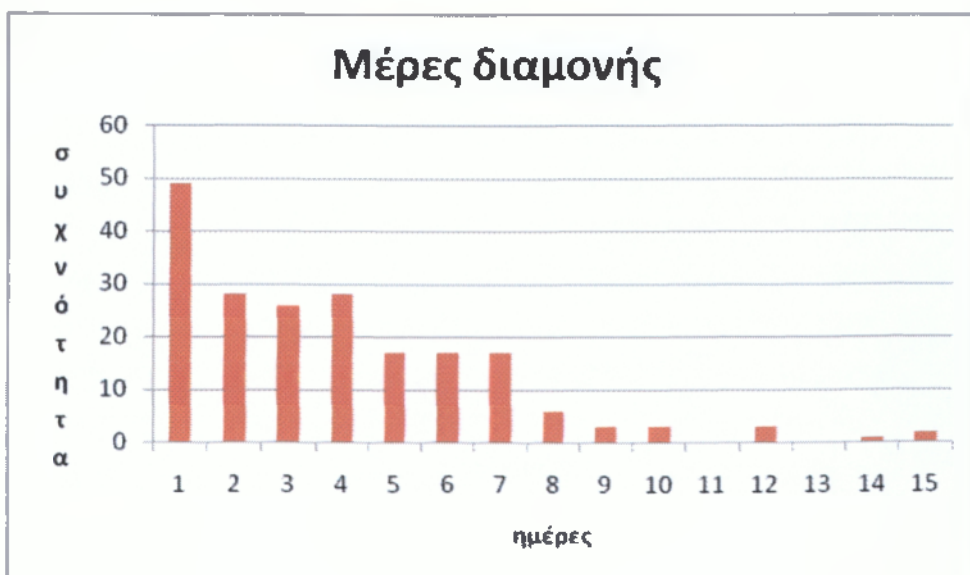
#### 4.1.8. ΠΕΡΙΟΧΗ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 56 (28%) ζούν σε ημιαστική περιοχή, οι 144 (72%) ζουν σε αγροτική ζώνη ενώ κανένας δεν ζεί σε αστική περιοχή.



#### 4.1.9. ΜΕΡΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ

Από όλους τους ασθενείς, οι 182 (91%) ασθενείς νοσηλεύτηκαν για διάστημα μικρότερο ή ίσο της μίας εβδομάδας.





#### 4.1.10. ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Από τους ασθενείς που απάντησαν, οι 43 (21,5%) εισήχθησαν για προγραμματισμένη εξέταση, ενώ οι 144 (78,5%) εισήχθησαν για επείγουσα εξέταση.



#### 4.1.11. ΜΕΣΟ ΠΡΟΣΕΛΕΥΣΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Από όλους τους ασθενείς, οι 73 (36,5%) έφθασαν στο νοσοκομείο με το ΕΚΑΒ, οι 51 (25,5%) με TAXI και τέλος οι 76 (38%) με ΙΧ.





## 4.2. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΕΡΩΤΗΘΕΝΤΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ

Από την ανάλυση των συχνοτήτων εμφάνισης των απαντήσεων μπορούμε να εξάγουμε τα πρώτα συμπεράσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο Νοσοκομείο Καλαβρύτων.

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζουμε τη συχνότητα εμφάνισης κάθε απάντησης και το ποσοστό που αντιστοιχεί σε αυτή. Οι ερωτήσεις βρίσκονται στην αριστερή στήλη του πίνακα. Δεδομένου ότι η απαντήσεις αποτελούν κατηγορικά δεδομένα (categorical data), δεν έχει νόημα ο υπολογισμός μέσων και τυπικών αποκλίσεων αφού έχουν χαμηλή επεξηγηματική σημασία.

Από τον Πίνακα 1, παρατηρούμε ότι οι ασθενείς παρουσιάζονται πολύ ικανοποιημένοι (83%) από τις παρεχόμενες ιατρικές υπηρεσίες στο νοσοκομείο Καλαβρύτων. Το υψηλό αυτό ποσοστό ικανοποίησης από τις ιατρικές υπηρεσίες, μπορεί κατά κύριο λόγο να αποδοθεί στην συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού και στην επικοινωνία τους με τους ασθενείς (76,5%) αλλά και στην δεξιότητα των ιατρών (65,5%) και στην ενημέρωση αντιμετώπισης της ασθένειας.

Υψηλό ποσοστό ικανοποίησης παρουσιάζουν και οι απαντήσεις των ασθενών σχετικά με την ανταπόκριση και τη φροντίδα από το νοσηλευτικό προσωπικό (66,5%) ενώ μόλις 3,5% των ασθενών φαίνεται να είναι δυσαρεστημένοι από τις νοσηλευτικές υπηρεσίες.

Το 37,5% των νοσηλευθέντων (κατά πλειοψηφία ηλικιωμένων ασθενών) έδειξε ικανοποίηση από τη χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας ενώ το 54,5% δεν χρειάστηκε αποκλειστική φροντίδα και απάντησε «Δεν γνωρίζω». Το μεγαλύτερο μέρος όσων απάντησαν «δεν γνωρίζω», νοσηλεύτηκαν για βραχύ χρονικό διάστημα, οπότε και η χρήση αποκλειστικής νοσοκόμας δεν κατέστη αναγκαία.

Το 56% των ερωτηθέντων δήλωσε ικανοποίηση από τις συνθήκες στους χώρους υγιεινής του νοσοκομείου ενώ 9,5% δυσαρεστημένο.

Σε χαμηλότερα επίπεδα κυμαίνεται η ικανοποίηση των ασθενών από την οργάνωση της ημέρας, τα επισκεπτήρια και το θόρυβο, (ποσοστό 44%) ενώ 40 %

των ερωτηθέντων απάντησαν πως δεν είναι ούτε ικανοποιημένοι ούτε δυσαρεστημένοι.

**Πίνακας 1. ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ**

Ερωτήσεις:	Ικανοποιημένος	Ούτε ικανοποιημένος/ ούτε δυσαρεστημένος	Δυσαρεστημένος	Δεν γνωρίζω
Ικανοποίηση από ιατρικές υπηρεσίες	166 (83%)	23 (11,5%)	11 (5,5%)	0 (0%)
Ικανοποίηση από τη δεξιότητα του Ιατρικού Προσωπικού	131 (65,5%)	49 (24,5%)	8 (4%)	12 (6%)
Ικανοποίηση από την ενημέρωση αντιμετώπισης της ασθένειας	118 (59%)	44 (22%)	23 (11,5%)	15 (7,5%)
Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού	153 (76,5%)	40 (20%)	7 (3,5%)	0 (0%)
Ικανοποίηση από τη ανταπόκριση/φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού	133 (66,5%)	41 (20,5%)	11 (5,5%)	15 (7,5%)
Χρησιμοποίηση αποκλειστικής νοσοκόμας	75 (37,5%)	6(3%)	10 (5,5%)	109 (54%)
Ικανοποίηση από την καθαριότητα του νοσοκομείου γενικά	46 (23%)	108 (54%)	46 (23%)	0 (0%)
Ικανοποίηση από τους χώρους υγιεινής	112 (56%)	34 (17%)	19 (9,5%)	35 (17,5%)
Ικανοποίηση από την οργάνωση της ημέρας, το επισκεπτήριο, το θόρυβο	88 (44%)	83 (41,5%)	16 (8%)	13 (6,5%)
Ικανοποίηση από το φαγητό	115 (57,5%)	36 (18%)	7 (3,5%)	42 (21%)
Ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του προσωπικού σίτισης	143 (71,5%)	57 (28,5%)	0 (0%)	0 (0%)
Ικανοποίηση από δυνατότητα επικοινωνίας, σελόνια, tv	50 (25%)	82 (41%)	44 (22%)	24 (12%)
Ικανοποίηση από το μηχανισμό εξυπηρέτησης	31 (15,5%)	69 (34,5%)	83 (41,5%)	17 (8,5%)
Ικανοποίηση από τις διοικητικές υπηρεσίες	38 (19%)	60 (30%)	73 (36,5%)	29 (14,5%)
Γενική ικανοποίηση από την παραμονή στο νοσοκομείο	119 (59,5%)	58 (29%)	18 (9%)	5 (2,5%)
Συμπληρώσατε μόνος σας το ερωτηματολόγιο	195 (97,5%)	5 (2,5%)	0 (0%)	0 (0%)

Υψηλή θέση, καταλαμβάνει και η ικανοποίηση των ασθενών από το φαγητό και τη συμπεριφορά του προσωπικού σίτισης (57,5% και 71,5% αντίστοιχα), με μόλις 3,5% να απαντούν πως είναι δυσαρεστημένοι από το φαγητό.

Η ικανοποίηση από τη δυνατότητα επικοινωνίας μέσα στο νοσοκομείο (σαλόνια, τηλεόραση, τηλέφωνο) αποδεικνύεται μέτρια δεδομένου ότι το μεγαλύτερο ποσοστό των ασθενών (41%) δηλώνει αδιάφορο στην ερώτηση αυτή.

Πολύ χαμηλή παρουσιάζεται και η ικανοποίηση των ασθενών από το μηχανισμό εξυπηρέτησης του νοσοκομείου και τις διοικητικές του υπηρεσίες (15,5% και 19% αντίστοιχα), ενώ 41,5% και 36,5% δηλώνουν δυσαρεστημένοι. Τα παραπάνω ποσοστά παρουσιάζουν μια σαφή δυσαρέσκεια των ασθενών και πρέπει να ληφθούν σοβαρά υπόψιν από τη διοίκηση του νοσοκομείου.

Τέλος, ποσοστό 59,5% απαντά πως είναι συνολικά ικανοποιημένο από την εμπειρία/παραμονή του στο Νοσοκομείο Καλαβρύτων και μόλις 9% απαντά δυσαρεστημένο.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας δείχνουν ότι οι χρήστες των νοσοκομειακών υπηρεσιών είναι κατά κύριο λόγο ικανοποιημένοι από την επιδεξιότητα, τη συμπεριφορά και τη συνέπεια του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού του νοσοκομείου. Μικρότερο συγκριτικά, αλλά θετικό ποσοστό ικανοποίησης, παρατηρείται στις ερωτήσεις που αφορούν τις ξενοδοχειακές υπηρεσίες του νοσοκομείου. Πολύ χαμηλά ποσοστά ικανοποίησης συναντώνται στον μηχανισμό εξυπηρέτησης του νοσοκομείου και στις διοικητικές του υπηρεσίες οι οποίες μπορούν να βελτιωθούν με παρεμβάσεις μιας αποτελεσματικής και σύγχρονης διοίκησης.

### 4.3. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

#### 4.3.1. ΕΛΕΓΧΟΙ ΑΝΕΞΑΡΤΗΣΙΑΣ

Στο προηγούμενο κεφάλαιο παρουσιάσαμε, το βαθμό (μέγεθος) ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες του Νοσοκομείου Καλαβρύτων. Στο παρόν κεφάλαιο, θα προσπαθήσουμε να αναλύσουμε περαιτέρω, **τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών** και να εξάγουμε σχέσεις μεταξύ των μεταβλητών του δείγματος.

Όπως αναφέραμε στα εισαγωγικά κεφάλαια της εργασίας αυτής, οι βασικές υποθέσεις που επιδιώκεται να εξεταστούν μέσα από τη συγκεκριμένη έρευνα είναι:

A. Εάν υπάρχει διαφορά μεταξύ των απόψεων των ασθενών σχετικά με τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο Καλαβρύτων, και

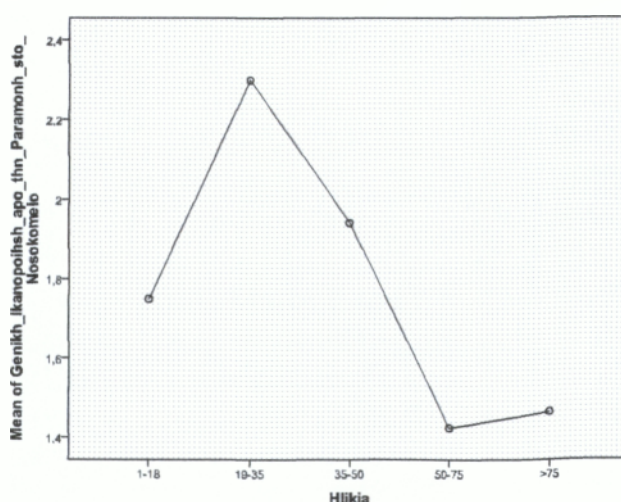
B. Εάν η ηλικία, το φύλο, οι γραμματικές γνώσεις, το επάγγελμα των ασθενών, ο τόπος διαμονής επηρεάζει το βαθμό ικανοποίησης τους από τη νοσοκομειακή φροντίδα που δέχτηκαν κατά τη διάρκεια εισαγωγής τους στο νοσοκομείο.

Όπως είπαμε, ο έλεγχος αν υπάρχει σχέση μεταξύ δύο μεταβλητών και πόσο ισχυρή είναι η σχέση αυτή γίνεται με το στατιστικό  $\chi^2$ .

### Σχέση Ηλικίας – Γενικής Ικανοποίησης από την Παραμονή στο Νοσοκομείο

	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,000

Από τον πίνακα, βλέπουμε ότι η τιμή της πιθανότητας είναι  $\text{sig.} = 0.000 < 0.05$ . Προκύπτει λοιπόν ότι υπάρχει σημαντική σχέση ανάμεσα στις δύο μεταβλητές. Εξάγεται λοιπόν το συμπέρασμα ότι οι απαντήσεις των ασθενών σχετικά με την γενική ικανοποίησή τους από την παραμονή τους στο νοσοκομείο εξαρτάται από την ηλικία τους.



Στο διάγραμμα<sup>2</sup> μπορούμε να δούμε και γραφικά την παραπάνω σχέση. Στον κάθετο άξονα παρουσιάζουμε την γενική ικανοποίηση από την παραμονή στο νοσοκομείο (1=ικανοποιημένος, 2=ούτε ικανοποιημένος/ούτε δυσαρεστημένος, 3=δυσαρεστημένος). Το διάγραμμα δείχνει ότι τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας (>50) εκφράζουν μεγαλύτερη γενική ικανοποίηση από τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες.

#### 4.3.2. ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΠΟΥ ΕΠΗΡΕΑΖΟΥΝ ΤΗΝ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Στην επόμενη ενότητα, χάριν συντομίας θα παρουσιάσουμε μόνο τις περιπτώσεις που υπάρχουν σχέσεις εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και των μεταβλητών του δείγματος, δηλαδή την ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο κτλ, που φαίνεται να επηρεάζουν τη γνώμη των ασθενών.

Όπως είπαμε νωρίτερα, για να υπάρχει σημαντική εξάρτηση μεταξύ δύο μεταβλητών, (πχ. ηλικία και ικανοποίηση από τη συμπεριφορά του νοσηλευτικού προσωπικού) πρέπει η τιμή της πιθανότητας (Sig. (2-sided)) στον πίνακα μας είναι μικρότερη από 5%. Όσα ζευγάρια μεταβλητών έχουν sig.>0.05 θα παραληφθούν από την ανάλυση δεδομένου ότι δεν υπάρχει σχέση συνάφειας μεταξύ των μεταβλητών.

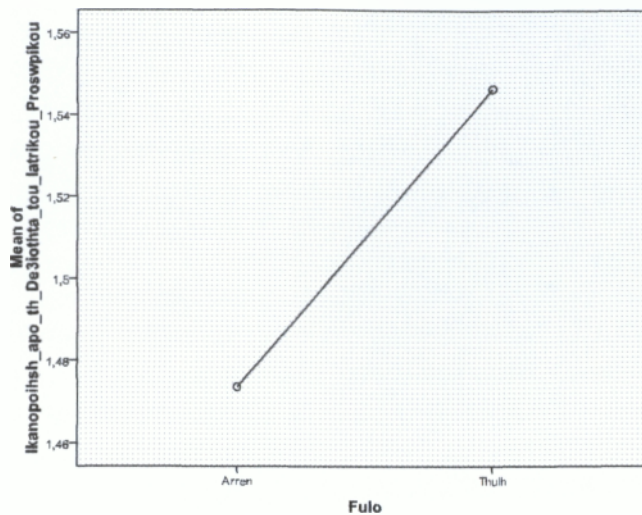
#### 4.3.3 ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΔΕΞΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ

Τα αποτελέσματα του δείγματος δείχνουν σχέση εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης από τη δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού και το φύλο των ασθενών (sig.=0,01<0,05).

	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,010

<sup>2</sup> Το SPSS δεν αναγνωρίζει τους Ελληνικούς χαρακτήρες παρά μόνο τους Λατινικούς. Για το λόγο αυτό τα ονόματα των μεταβλητών είναι γραμμένα σε greeklish.

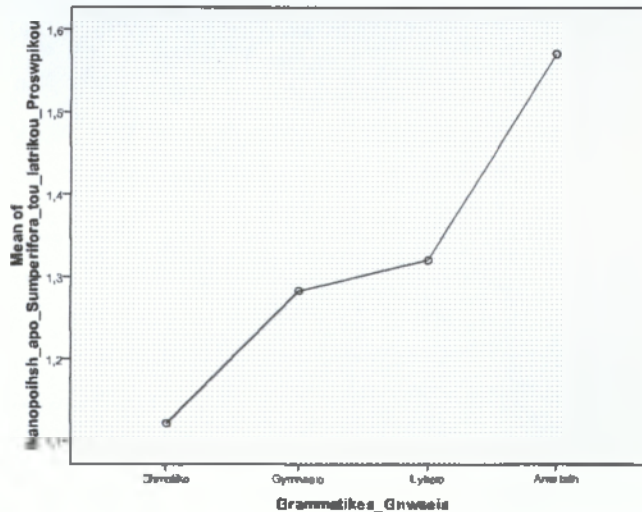




Διαγραμματικά, παρατηρούμε ότι οι άντρες του δείγματος παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις γυναίκες ασθενείς.

#### 4.3.4. ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑ ΤΟΥ ΙΑΤΡΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΜΕ ΤΙΣ ΓΡΑΜΜΑΤΙΚΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ

	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,030

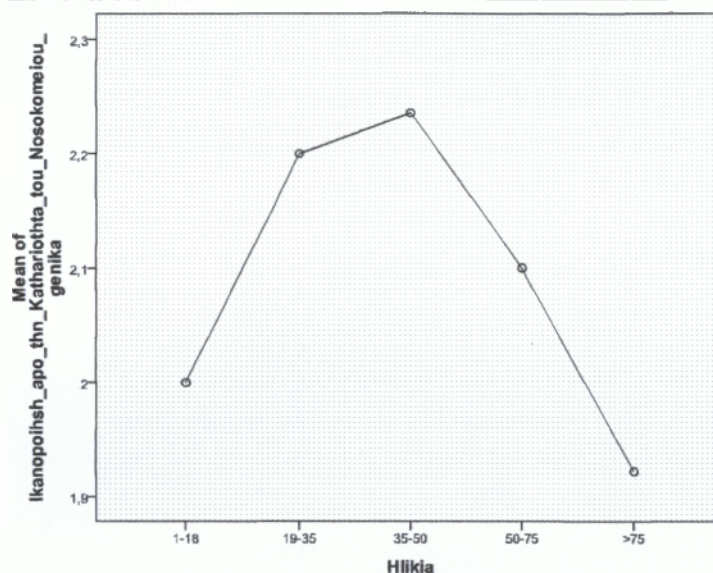


Από τα αποτελέσματα, βλέπουμε ότι υπάρχει σημαντική σχέση εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης από τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού και των γραμματικών γνώσεων των ασθενών ( $\text{sig.} = 0,03 < 0,05$ ). Διαγραμματικά, παρατηρούμε ότι οι ασθενείς με το χαμηλότερο επίπεδο γραμματικών γνώσεων τείνουν να είναι

περισσότερο ικανοποιημένοι από τη συμπεριφορά του ιατρικού προσωπικού από ότι οι ασθενείς με υψηλότερο εκπαιδευτικό επίπεδο.

#### 4.3.5. ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΓΕΝΙΚΑ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

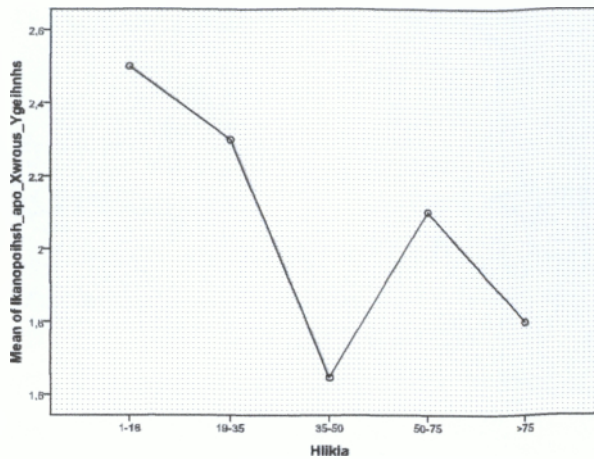
	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.017



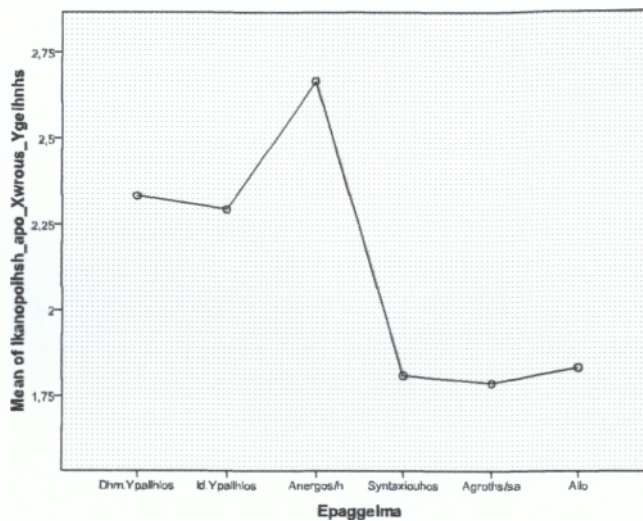
Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι υπάρχει σημαντική σχέση εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης από την καθαριότητα του νοσοκομείου γενικά με την ηλικία των ασθενών ( $\text{sig.}=0,017<0,05$ ). Τη σχέση αυτή τη βλέπουμε και διαγραμματικά. Τα άτομα μεγάλης ηλικίας (άνω των 50) και πολύ μικρής ηλικίας (κάτω των 18) δείχνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από την καθαριότητα του νοσοκομείου γενικά, σε σχέση με τις ηλικίες 19-50 ετών.

#### 4.3.6. ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΥΓΙΕΙΝΗΣ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΜΕ ΤΟ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ ΚΑΙ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.000



	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,000

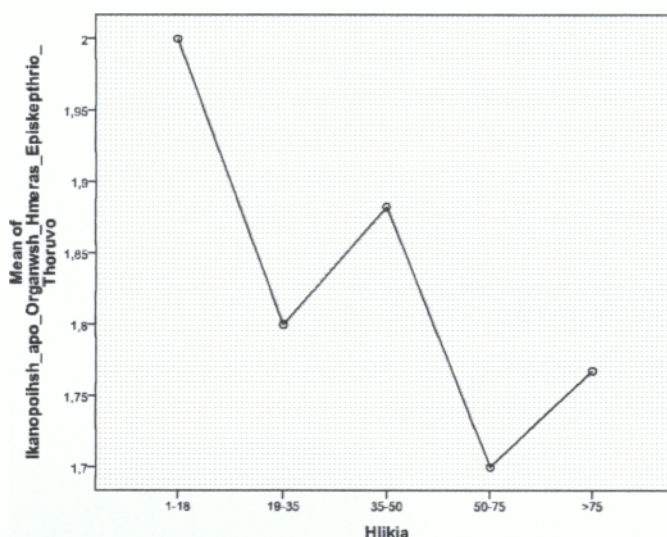


Η ανάλυση του δείγματος δείχνει ότι υπάρχει σημαντική σχέση εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης από την κατάσταση των χώρων υγιεινής του νοσοκομείου με το επάγγελμα ( $\text{sig.}=0,000<0,05$ ) και την ηλικία των ασθενών ( $\text{sig.}=0,000<0,05$ ). Διαγραμματικά, βλέπουμε ότι μεγαλύτερες ηλικίες, εκφράζουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη ικανοποίηση από την κατάσταση των χώρων υγιεινής σε σχέση με τις ηλικίες 1-18 και 19-35 ετών. Οι αγρότες και οι συνταξιούχοι, τείνουν επίσης να εκφράζουν πολύ μεγαλύτερη ικανοποίηση σε σχέση με τους υπαλλήλους στον δημόσιο και ιδιωτικό τομέα.

#### 4.3.7. ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΡΓΑΝΩΣΗ ΤΗΣ ΗΜΕΡΑΣ, ΤΟ ΕΠΙΣΚΕΠΤΗΡΙΟ, ΤΟ ΘΟΡΥΒΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,010

Η ανάλυση του δείγματος δείχνει ότι υπάρχει σημαντική σχέση εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης από την οργάνωση την ημέρας, το επισκεπτήριο, το θόρυβο, με την ηλικία των ασθενών (sig.=0,010<0,05).

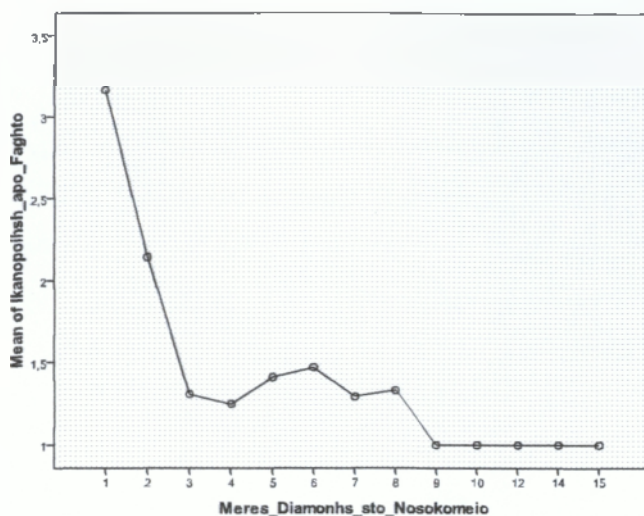


Αυτό μπορεί να φανεί και διαγραμματικά, όπου βλέπουμε πως οι μεγαλύτερες ηλικίες, εκφράζουν κατά μέσο όρο μεγαλύτερη ικανοποίηση από την οργάνωση την ημέρας, το επισκεπτήριο, το θόρυβο σε σχέση με τις ηλικίες κάτω των 50 ετών.

#### 4.3.8. ΣΧΕΣΗ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΟ ΦΑΓΗΤΟ ΜΕ ΤΙΣ ΜΕΡΕΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,000

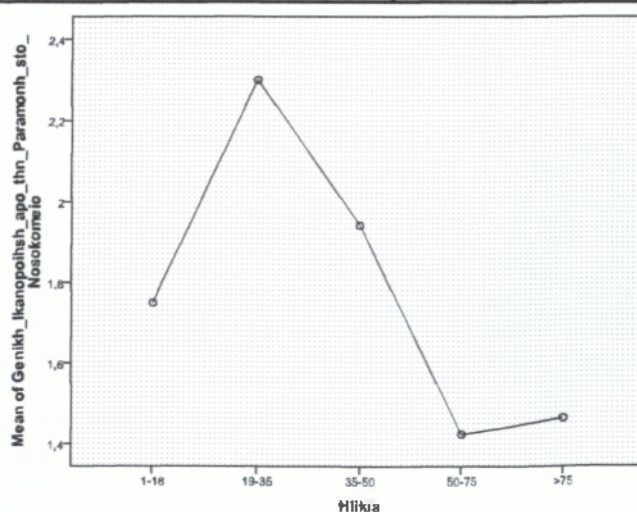




Η ανάλυση του δείγματος δείχνει ότι υπάρχει σημαντική σχέση εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης από το φαγητό με τις μέρες διαμονής στο νοσοκομείο ( $\text{sig.}=0,000<0,05$ ). Διαγραμματικά, βλέπουμε πως τα άτομα με παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο, άτομα δηλαδή που σιτίζονταν από το νοσοκομείο για πάνω από μια εβδομάδα, εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση (κοντά στο 1) από το φαγητό σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν πιο μικρή χρονικά εμπειρία στο νοσοκομείο Καλαβρύτων.

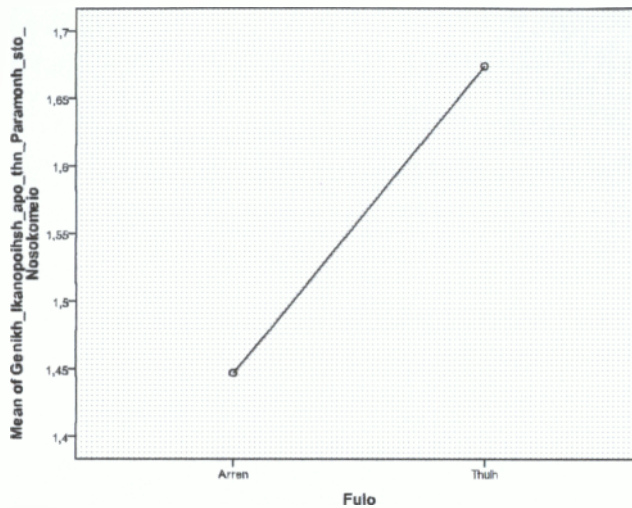
#### 4.3.9. ΣΧΕΣΗ ΓΕΝΙΚΗΣ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΜΕ ΤΗΝ ΗΛΙΚΙΑ ΚΑΙ ΤΟ ΦΥΛΟ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	,000





	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	.020



Η ανάλυση των αποτελεσμάτων έδειξε σημαντική σχέση εξάρτησης μεταξύ της γενικής ικανοποίησης από την παραμονή στο νοσοκομείο ( $\text{sig.}=0,000<0,05$ ) με την ηλικία και το φύλο των ασθενών ( $\text{sig.}=0,02<0,05$ ). Διαγραμματικά, βλέπουμε πως τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας εκφράζουν μεγαλύτερη γενική ικανοποίηση από την εμπειρία τους και την παραμονής τους στο νοσοκομείο. Μεγαλύτερη γενική ικανοποίηση εκφράζουν και οι άντρες του δείγματος σε σχέση με τις γυναίκες ασθενείς.

#### 4.4. ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ ΚΑΙ ΑΞΙΟΛΟΓΗΣΗ ΤΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ ΤΗΣ ΕΡΕΥΝΑΣ

Η ανάλυση των ερωτηματολογίων έδειξε πως σε γενικές γραμμές οι ασθενείς είναι πολύ ικανοποιημένοι από την πλειοψηφία των παρεχόμενων υπηρεσιών του νοσοκομείου Καλαβρύτων. Πέραν της συγκεντρωτικής παρουσίασης των απόψεων των ασθενών και την διαγραμματική παρουσίαση τους, η παρούσα έρευνα προσπάθησε να εξηγήσει τους παράγοντες εκείνους που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών. Όπως αναφέρθηκε στα πρώτα κεφάλαια, η ικανοποίηση των χρηστών των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται από διάφορους παράγοντες όπως, η κοινωνική τάξη, το επάγγελμα, η οικογενειακή κατάσταση, η εκπαίδευση, το φύλο, η εθνικότητα και ιδιαίτερα η ηλικία. Κατά τους Hall & Dornan (1989), τα κοινωνικό-δημογραφικά χαρακτηριστικά αυτά, είναι τα καλύτερα δευτερεύοντα προγνωστικά στοιχεία για την ικανοποίηση. Από την επεξεργασία των στοιχείων με το δείκτη Pearson (chi-square test) προέκυψε ότι υπάρχει μεγάλου βαθμού συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών με την ηλικία και με το επίπεδο γραμματικών γνώσεων, το επάγγελμα και το φύλο των ασθενών. Οι σχέσεις αυτές παραθέτονται παρακάτω.

##### A. ΓΙΑ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ

Συγκεκριμένα, οι ασθενείς εξέφρασαν υψηλή ικανοποίηση τους για την ποιότητα των ιατρικών υπηρεσιών, τη δεξιότητα του ιατρικού προσωπικού και την συμπεριφορά των ιατρών απέναντι τους. Ο παράγοντας ηλικία αποδεικνύεται ότι παίζει πρωταρχικό ρόλο στην ικανοποίηση των ασθενών, με τους ηλικιωμένους ασθενείς να αναφέρουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης. Αυτό μπορεί να οφείλεται στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών ή στη διαφοροποιημένη στάση των ηλικιωμένων απέναντι στην καθημερινότητα. Στη σύγχρονη εποχή, η έννοια την ποιότητας είναι πολύ πιο έντονη σε όλες τις ανθρώπινες δραστηριότητες σε σχέση με το παρελθόν. Ο τομέας την υγείας δεν θα μπορούσε λοιπόν να αποτελεί εξαίρεση. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς του δείγματος, έζησαν σε μια εποχή που είχαν να αντιμετωπίσουν την διασφάλιση της διαθεσιμότητας των υπηρεσιών υγείας και νοσοκομειακής περίθαλψης. Σήμερα λοιπόν, καλούνται αν αξιολογήσουν τις υπηρεσίες αυτές, κατά συνέπεια εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις

παρεχόμενες υπηρεσίες σε σχέση με νεότερους σε ηλικία ασθενείς. Ο παράγοντας γραμματικές γνώσεις σχετίζεται αρνητικά με την ληφθείσα ικανοποίηση των ασθενών από τις ιατρικές υπηρεσίες. Οι ασθενείς με υψηλότερο μορφωτικό επίπεδο, αποδεικνύονται πιο αυστηροί αξιολογητές των νοσοκομειακών υπηρεσιών και αντιλαμβάνονται διαφορετικά την έννοια της ποιότητας της ιατρικής φροντίδας.

## **B. ΓΙΑ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**

Υψηλή ικανοποίηση εκφράστηκε και για τις νοσηλευτικές υπηρεσίες του νοσοκομείου και την συμπεριφορά των νοσηλευτών και νοσηλευτριών. Η αξιολόγηση των υπηρεσιών του νοσηλευτικού προσωπικού παρουσιάζεται χαμηλότερη σε σχέση με την γενικότερη ικανοποίηση από τις ιατρικές υπηρεσίες. Αυτό μπορεί να οφείλεται στην συχνή καθημερινή επαφή που έχει το νοσηλευτικό προσωπικό με τους ασθενείς η οποία είναι συχνότερη από εκείνη με τους γιατρούς του Κέντρου Υγείας.

Στην περίπτωση δε της γενικότερης ικανοποίησης από τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, ο παράγοντας φύλο αποδεικνύεται σημαντικός. Τα αποτελέσματα της έρευνας μας, δείχνουν ότι οι άντρες και ιδίως οι ενήλικοι εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο Καλαβρύτων. Σύμφωνα με τον Alshop (1994), οι γυναίκες κάνουν μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σε σχέση με τους άντρες, άρα έχουν και υψηλότερες προσδοκίες από τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες.

## **Γ. ΓΙΑ ΤΟΥΣ ΧΩΡΟΥΣ ΤΟΥ ΚΕΝΤΡΟΥ ΥΓΕΙΑΣ, ΤΗΝ ΥΓΙΕΙΝΗ ΚΑΙ ΚΑΘΑΡΙΟΤΗΤΑ**

Ικανοποίηση αλλά σε μικρότερο βαθμό εκφράζεται για του χώρους υγιεινής του νοσοκομείου και για την οργάνωση της ημέρας, το επισκεπτήριο και το θόρυβο εντός του νοσοκομείου. Το επάγγελμα και η ηλικία των ασθενών αποδεικνύονται ότι επηρεάζουν σημαντικά την εκτίμηση τους σχετικά με την ληφθείσα ποιότητα της ιατρικής φροντίδας και τη ικανοποίηση τους από την καθαριότητα του νοσοκομείου. Έρευνες έχουν δείξει ότι οι κάτοικοι αγροτικών και κτηνοτροφικών περιοχών, με κύρια ενασχόληση τις χειρονακτικές εργασίες, είναι λιγότερο απαιτητικοί όσον αφορά στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Εμφανίζονται συνεπώς περισσότερο ικανοποιημένοι όταν καλούνται να αξιολογήσουν τις παρεχόμενες υπηρεσίες σε σχέση με τους ιδιωτικούς και δημοσίου υπαλλήλους.

#### Δ. ΓΙΑ ΤΙΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΣΙΤΙΣΗΣ

Υψηλή ικανοποίηση εκφράστηκε επίσης και για το φαγητό και την συμπεριφορά του προσωπικού σίτισης. Όπως είδαμε τα άτομα με παρατεταμένη διαμονή στο νοσοκομείο, άτομα δηλαδή που σιτίζονταν από το νοσοκομείο για πάνω από μια εβδομάδα, εκφράζουν μεγαλύτερη ικανοποίηση από το φαγητό σε σχέση με τους ασθενείς που είχαν πιο μικρή χρονικά εμπειρία στο νοσοκομείο Καλαβρύτων.

#### Ε. ΓΙΑ ΤΙΣ ΔΙΟΙΚΗΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΚΑΙ ΤΟ ΜΗΧΑΝΙΣΜΟ ΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ

Στον αντίποδα, οι ασθενείς εκφράζουν χαμηλή ικανοποίηση ή ακόμα και δυσαρέσκεια για τις διοικητικές υπηρεσίες του νοσοκομείου Καλαβρύτων και το μηχανισμό εξυπηρέτησης. Η συνολική εικόνα των ασθενών παραμένει ωστόσο θετική, με το 59,5% να εμφανίζεται πλήρως ικανοποιημένο από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και με μόλις το 9% των ασθενών να εκδηλώνει δυσαρέσκεια από την εμπειρία του στο νοσοκομείο Καλαβρύτων.

Συμπερασματικά, τα αποτελέσματα της έρευνας, δείχνουν μια γενικότερη ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες στο νοσοκομείο Καλαβρύτων. Εντούτοις, υπάρχουν τομείς οι οποίοι χρήζουν περαιτέρω βελτίωσης. Οι τομείς που προσδιορίζονται για την αναθεώρηση ή την πιθανή βελτίωση περιλαμβάνουν τον μηχανισμό εξυπηρέτησης του νοσοκομείου και τις διοικητικές υπηρεσίες.

Εάν η διοίκηση του νοσοκομείου Καλαβρύτων ενεργήσει αποτελεσματικά, τα γενικά επίπεδα της ικανοποίησης των ασθενών είναι πιθανό να αυξηθούν, βελτιώνοντας την ήδη θετική έως τώρα εικόνα της παρεχόμενης νοσοκομειακής φροντίδας.

# ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

## ΞΕΝΟΓΛΩΣΣΗ

**Abramowitz S., Cote A. & Berry E. (1987)**, *"Analyzing patient satisfaction: A multianalytic approach"*. Quality Review Bulletin, 13(4): 122-130.

**Bond, S., Fall, M., Thomas, L., Fowler, P., & Bond, J. (1990)**, *"Primary Nursing and Primary Medical Care: a comparative study in community hospitals"*, Health Care Research Unit Report No.39, University of Newcastle upon Tyne.

**Brink, J.P. (1986)**, *"Editorial: the patient perspective"*, Western Journal of Nursing Research, (2): 133-134.

**Carey, R. G., & Seibert, J. H. (1993)**, *"A patient survey system to measure quality improvement: Questionnaire reliability and validity"*, Medical Care, 31(9), 834-845.

**Donabedian, A. K. (1980)**, *"Explorations in quality assessment and monitoring: The definition of quality and approaches to its assessment"*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

**Donabedian, A. (1982)**, *"Explorations in quality assessment and monitoring: The criteria and standards of quality"*, Ann Arbor, MI: Health Administration Press.

**Donabedian A. (2003)**, *"An Introduction to Quality Assurance in Health Care"*, New York: Oxford University Press; 2003.

**Eriksen, L. (1987)**, *"Patient satisfaction: A indicator of nursing care quality?"*, Nursing Management, 18(7), 31-35.

**Fitzpatrick, R. (1991)**, *"Surveys on patient satisfaction: Important general considerations"*. British Medical Journal, 302, 887-889.

**French, K. (1981)**, *"Methodological considerations in hospital patients' opinion surveys"*, International Journal of Nursing Studies, 18, 7-32.

**Leebov, W. (1988)**, *"Service excellence: the customer relations strategy for health care"*, U.S.A. : A.H.A., American Hospital Publishing.



- Maxwell R.J. (1992)**, *"Dimensions of quality revisited: form thought to action"*, Quality Health Care. 1: 171-177.
- Oberst, M. T. (1984)**, *"Patients' perceptions of care: Measurement of quality and satisfaction"*, Cancer, 53, 2366-2373.
- Pearson, A., Durand, I., & Punton, S. (1989)**, *"Determining quality in unit where nursing is the primary intervention"*, Journal of Advanced Nursing, 14, 269
- Peters, D. A. (1993)**, *"Improving quality requires consumer input: Using focus groups"*, Journal of Care Quality, 7(2), 34-41.
- Petersen, M. B. (1988)**, *"Measuring patient satisfaction: Collecting useful data"*, Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), 25-35.
- Smith A.M. (1992)**, *"Elderly consumers' evaluation of service quality"*, Marketing and Planning. 11(4): 13-19.
- Strasen L (1988)**, *"Incorporating patient satisfaction standards into quality of care measures"*, Journal of Nursing Administration 1988, 18 (11):5-6.
- Senge, P. (1990)**, *"The fifth discipline: the art and practice of the learning organization"*, New York: Currency Doubleday.
- Sitzia, J. & Neil, W. (1997)**, *"Patient Satisfaction: A review of issues and concepts"*, New York
- Vuori, H. (1987)**, *"Patient satisfaction, an attribute or indicator of the quality of care?"*, Quality Review Bulletin, 13(3), 106-108.
- World Health Organization (1993)**, *"Increasing the Relevance of Education for Health Professionals"*.

## ΕΛΛΗΝΙΚΗ

**Θεοφανόπουλος, Π. (1994)**, *“Εφαρμογή συστημάτων ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας: πρόκληση ή ουτοπία, και η ελληνική κατάσταση”*, Πρακτικά Συνεδρίου “Εφαρμογή του Management Ολικής Ποιότητας στο χώρο των υπηρεσιών Υγείας”, 4-6 Νοεμβρίου 1994, σελ.31-38. Θεσσαλονίκη: Ευρωπαϊκή Ένωση Νέων Managers Υγείας.

**Οικονομοπούλου Χ. (2001-2002)**, *“Εκπαιδευτικές Σημειώσεις – Ποιότητα”*.

**Παπανικολάου, Β., & Σιγάλας, Ι. (1995)**, *“Η ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτης ποιότητας της νοσοκομειακής φροντίδας”*. Επιθεώρηση Υγείας, 56, 248-256.

**Παπαδάτου Δ., Αναγνωστόπουλος Φ. (1999)**, *“Η ψυχολογία στο χώρο της υγείας”*, Αθήνα: εκδόσεις Ελληνικά Γράμματα.

**Ραγιά Α. (1978)**, *“Ψυχιατρική Νοσηλευτική-Θεμελιώδεις Αρχαί”*, Αθήνα: Εκδόσεις Αδελφότητος «ΕΥΝΙΚΗ», 1978:26.

**Τούντας Γ. (2003)**, *“Η έννοια της ποιότητας στην Ιατρική και στις υπηρεσίες υγείας”*, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5):532-546.

# ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΡΕΥΝΑΣ

## ΔΗΜΟΓΡΑΦΙΚΑ & ΚΟΙΝΩΝΙΚΑ ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΝΟΣΗΛΕΥΘΕΝΤΟΣ

Συμπληρώστε με ένα Χ το τετραγωνίδιο που ταιριάζει στα στοιχεία σας

### A1 Ηλικία

- 1-18
- 19-35
- 36-50
- 51-75
- >75

### A2 Φύλο:

- Άρρεν
- Θήλυ

### A3 Οικογενειακή κατάσταση:

- Παντρεμένος/η
- Ανύπαντρος/η
- Χήρος/α
- Σε διάσταση
- Χωρισμένος/η

### A4 Υπηκοότητα:

- Ελληνική
- Αλλοδαπή

### A5 Επάγγελμα:

- Ιδιωτικός Υπάλληλος
- Δημόσιος Υπάλληλος
- Συνταξιούχος
- Αγρότης
- Άνεργος
- Άλλο

### A6 Ασφαλιστικό ταμείο:

- ΙΚΑ
- ΟΓΑ

Δημοσίου  
ΤΕΒΕ

**A7 Γραμματικές γνώσεις:**

Δημοτικού  
Γυμνασίου  
Λυκείου  
Ανώτατης Εκπαίδευσης

**A8 Περιοχή Διαμονής:**

Αστική  
Ημιαστική  
Αγροτική

**A9 Πόσες ημέρες μείνατε στο νοσοκομείο:**

Αναφέρατε τον αριθμό

**A10 Λόγος Εισαγωγής:**

Προγραμματισμένη εξέταση  
Επείγουσα Εξέταση

**A11: Μέσο Προσέλευσης στο Νοσοκομείο**

ΕΚΑΒ  
ΤΑΞΙ  
ΙΧ

**B. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΤΟ ΙΑΤΡΙΚΟ & ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΕΡΓΟ**

**B1 Από τις ιατρικές υπηρεσίες που λάβατε στο ιατρείο της εφημερίας, είστε:**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος  
Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**B2 Από την επιστημονική και επαγγελματική δεξιότητα ιατρικού προσωπικού (δηλαδή διάγνωση-θεραπεία) είστε:**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος

Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**B3 Από την ενημέρωση, τις οδηγίες και τον τρόπο αντιμετώπισης της ασθένειάς σας είστε:**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος  
Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**B4 Από την συμπεριφορά και τις ανθρώπινες σχέσεις του ιατρικού προσωπικού σε σχέση με το άτομό σας είστε:**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος  
Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**B5 Από την επαγγελματική ικανότητα, ανταπόκριση και φροντίδα του νοσηλευτικού προσωπικού είστε:**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος  
Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**B6 Χρησιμοποίησατε αποκλειστική νοσοκόμα:**

Ναι Όχι

**Γ. ΠΩΣ ΚΡΙΝΕΤΕ ΤΗΝ ΞΕΝΟΔΟΧΕΙΑΚΗ ΥΠΟΔΟΜΗ ΤΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΟΣΟΝ ΑΦΟΡΑ**

**G1 Την καθαριότητα των θαλάμων, των διαδρόμων και του Νοσοκομείου γενικότερα:**

Πολύ καλή  
Καλή  
Ούτε καλή, ούτε κακή  
Κακή



Πολύ κακή  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**Γ2 Τους χώρους υγιεινής (λουτρά, τουαλέτες):**

Πολύ καλή  
Καλή  
Ούτε καλή, ούτε κακή  
Κακή  
Πολύ κακή  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**Γ3 Την οργάνωση της ημέρας (επισκεπτήριο, θόρυβος κ.λ.π.):**

Πολύ καλή  
Καλή  
Ούτε καλή, ούτε κακή  
Κακή  
Πολύ κακή  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**Γ4 Το φαγητό (πρόγευμα, γεύμα, δείπνο):**

Πολύ καλή  
Καλή  
Ούτε καλή, ούτε κακή  
Κακή  
Πολύ κακή  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**Γ5 Τη συμπεριφορά του προσωπικού που παρείχε υπηρεσίες διατροφής:**

Πολύ καλή  
Καλή  
Ούτε καλή, ούτε κακή  
Κακή  
Πολύ κακή  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**Γ6 Τη δυνατότητα επικοινωνίας μέσα στο Νοσοκομείο (σαλόνια, τηλεόραση, τηλέφωνο):**

Πολύ καλή  
Καλή  
Ούτε καλή, ούτε κακή  
Κακή  
Πολύ κακή  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

#### **Δ. ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΑΦΟΡΟΥΝ ΔΙΑΔΙΚΑΣΙΕΣ ΔΙΑΧΕΙΡΙΣΗΣ ΝΟΣΗΛΕΥΟΜΕΝΩΝ**

**Δ1 Πόσο ικανοποιημένος είστε από το μηχανισμό εξυπηρέτησης όσον αφορά τη διεκπεραίωση ιατρικών αναγκών σας (προγραμματισμός εργασιών, περαιτέρω εξετάσεις, ραντεβού με άλλα τμήματα, κλινικές, εργαστήρια κτλ.)**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος  
Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**Δ2 Σε περίπτωση που ήλθατε σε επαφή με τις διοικητικές υπηρεσίες (γραφεία εισαγωγών, νοσηλίων, γραμματεία κτλ.)**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος  
Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

**Δ3 Γενικά από την παραμονή σας στο Νοσοκομείο είστε:**

Πολύ ικανοποιημένος  
Ικανοποιημένος  
Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος  
Δυσανεστημένος  
Πολύ δυσαρεστημένος  
Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ

## ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

Για να καταλάβουμε την διαδικασία Crosstabs και τους όρους αναμενόμενες και παρατηρούμενες συχνότητες ας σκεφτούμε το εξής παράδειγμα:

Έχουμε 120 ασθενείς που επισκέπτονται το Κέντρο Υγείας, 60 εκ των οποίων Άντρες και 60 Γυναίκες. Ρωτάμε τους ασθενείς αυτούς κατά πόσο είναι ικανοποιημένοι από τις Νοσοκομειακές Υπηρεσίες. Οι πιθανές απαντήσεις βρίσκονται στον πίνακα που ακολουθεί. Θεωρητικά, κάθε μία από τις 6 απαντήσεις έχει την ίδια πιθανότητα να εμφανιστεί (όπως ακριβώς στη επαναλαμβανόμενη ρίψη ενός ζαριού).

Δηλαδή, θα περιμέναμε τις εξής αναμενόμενες συχνότητες:

	Άντρες	Γυναίκες
1. Πολύ ικανοποιημένος	10	10
2. Ικανοποιημένος	10	10
3. Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	10	10
4. Δυσαρεστημένος	10	10
5. Πολύ δυσαρεστημένος	10	10
6. Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	10	10
<b>Σύνολα</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

Στις απαντήσεις όμως που δίνονται παρατηρούμε τα εξής:

	Άντρες	Γυναίκες
1. Πολύ ικανοποιημένος	30	55
2. Ικανοποιημένος	30	5
3. Ούτε ικανοποιημένος ούτε δυσαρεστημένος	0	0
4. Δυσαρεστημένος	0	0
5. Πολύ δυσαρεστημένος	0	0
6. Δεν γνωρίζω/δεν απαντώ	0	0
<b>Σύνολα</b>	<b>60</b>	<b>60</b>

Με βάση τα δεδομένα αυτά, το Spss υπολογίζει την πιθανότητα  $p$  (Asymptotic Significance (2-sided)). Στο παράδειγμα μας  $p = 0.01 < 0.05$ . Άρα υπάρχει σχέση εξάρτησης μεταξύ της ικανοποίησης και του φύλου των ασθενών με τις γυναίκες να εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένες από τους άντρες. Τις πιθανές αυτές σχέσεις αλληλεξάρτησης προσπαθεί να εντοπίσει το στατιστικό κριτήριο  $\chi^2$ . (Το

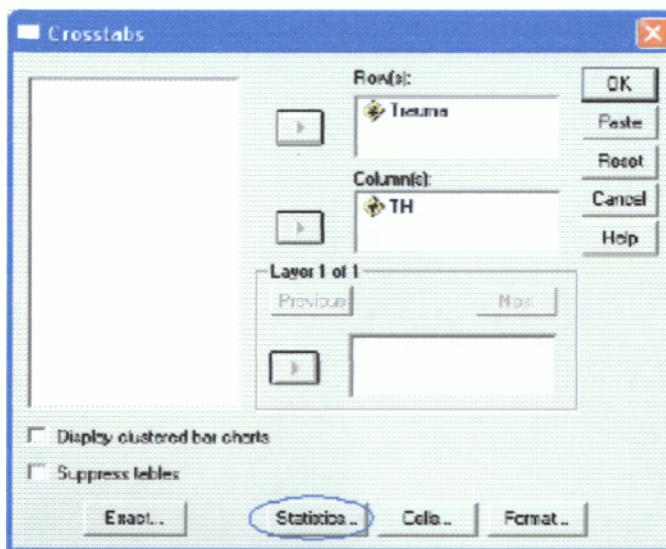
παράδειγμα αυτό είναι απλουστευμένο και έχει σκοπό να δείξει τον τρόπο λειτουργίας του στατιστικού κριτηρίου).

### Με χρήση SPSS:

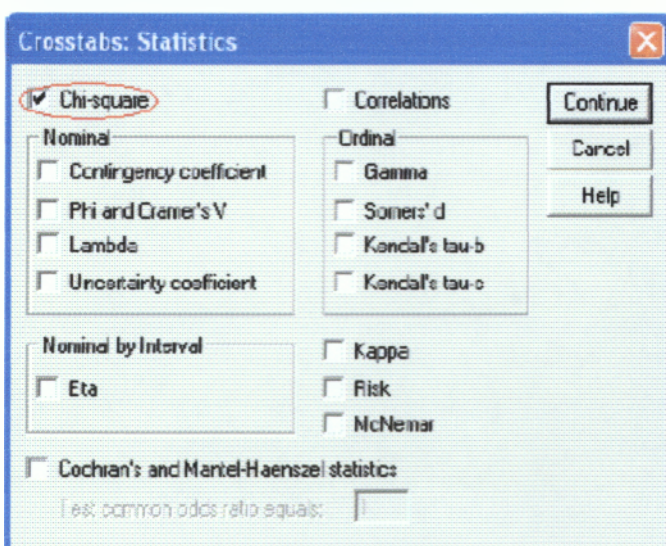
Στο μενού πάνω στο SPSS επιλέγουμε:

**Analyze>Descriptive Statistics>Crosstabs**

Και τοποθετούμε τις μεταβλητές όπως παρακάτω



μετά πηγαίνουμε και επιλέγουμε το μενού Statistics και εκεί βάζουμε tick στην επιλογή Chi-Square όπως παρακάτω:



Πσάμε Continue και μετά OK.

Το επόμενο πίνακάκι που εξάγεται είναι το πίνακάκι που μας δείχνει αν υπάρχει ή όχι ανεξαρτησία μεταξύ των δύο μεταβλητών.

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	411,685 <sup>a</sup>	1	,000		

Κοιτάζοντας το p-value του ελέγχου Pearson Chi-Square βλέπουμε ότι είναι πολύ μικρό ( $0.000 < 0.05$  επίπεδο σημαντικότητας που έχουμε ορίσει) επομένως απορρίπτεται η μηδενική υπόθεση, δηλαδή οι μεταβλητές είναι εξαρτημένες.