



**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

**ΚΖ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ
ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ**

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΥΠΗΡΕΣΙΩΝ ΥΓΕΙΑΣ

Επιβλέπουσα:

ΘΕΟΦΙΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Σπουδαστής:

ΠΑΡΘΕΝΙΑΔΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΑΘΗΝΑ - 2022

**ΕΘΝΙΚΗ ΣΧΟΛΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΔΙΟΙΚΗΣΗΣ
ΚΑΙ ΑΥΤΟΔΙΟΙΚΗΣΗΣ**

ΚΖ' ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΙΚΗ ΣΕΙΡΑ

ΤΕΛΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΩΣ ΔΕΙΚΤΗΣ
ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΤΩΝ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΩΝ**

Επιβλέπουσα:

ΘΕΟΦΙΛΟΥ ΠΑΡΑΣΚΕΥΗ

Σπουδαστής:

ΠΑΡΘΕΝΙΑΔΗΣ ΣΤΑΥΡΟΣ

ΑΘΗΝΑ - 2022

ΕΣΔΔΑ, Παρθενιάδης Σταύρος, ©, 2022 - Με την επιφύλαξη παντός δικαιώματος.

Δήλωση

«Δηλώνω ρητά ότι, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας, δεν παραβιάζει καθ' οιονδήποτε τρόπο πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν ολικής ή μερικής αντιγραφής».

Αθήνα, 19/05/2022

Υπογραφή

Παρθενιάδης Σταύρος

Περίληψη

Θεωρητικό Υπόβαθρο

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από ένα νοσοκομείο. Επιπλέον, συνιστά μια βασική μέθοδο για την αξιολόγηση και την ανατροφοδότηση του συστήματος που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας των υπηρεσιών.

Σκοπός

Σκοπός της παρούσας μελέτης ήταν η εκτίμηση του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών. Επιπλέον, η παρούσα εργασία διερευνά εάν συγκεκριμένα δημογραφικά στοιχεία των ερωτηθέντων, όπως η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης.

Μεθοδολογία

Στη συγκεκριμένη εργασία χρησιμοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study). Το δείγμα αυτής της μελέτης ήταν 92 ασθενείς των εξωτερικών ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας. Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις. Για τη διενέργεια της στατιστικής ανάλυσης, χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό λογισμικό SPSS 26.0. Για την επίδραση της ηλικίας στην ικανοποίηση χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Spearman. Για την επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Mann-Whitney. Για την επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης, της οικογενειακής κατάστασης και του επαγγέλματος στην ικανοποίηση χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση Kruskal Wallis.

Αποτελέσματα

Η μέση ηλικία των ερωτώμενων ήταν 49,71 έτη. Το 54,3% του δείγματος αποτελούνταν από άντρες, ενώ το 45,7% ήταν γυναίκες. Το 45,7% ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 44,6% ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και ένα 9,8% ήταν απόφοιτοι γυμνασίου. Το 46,7% ήταν παντρεμένοι, το 40,2% ήταν ανύπαντροι, το 6,5% ήταν διαζευγμένοι και το 6,5% ήταν χήροι. Τέλος, το 55,4% ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 6,5% ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 12% ήταν άνεργοι, το 19,6% ήταν συνταξιούχοι, το 3,3% ασχολούνταν με τα οικιακά, το 2,2% ήταν φοιτητές και το 1,1% δήλωσε κάτι άλλο. Η βαθμολογία των συνιστωσών της Ικανοποίησης των ασθενών κυμάνθηκε από το 1 έως το 5. Η μέση τιμή της Γενικής Ικανοποίησης των ασθενών

ήταν 3,0109, της Τεχνικής Ποιότητας 3,6875, του Διαπροσωπικού Τρόπου 3,5598, της Επικοινωνίας 3,6359, των Οικονομικών Πτυχών 2,5815, του Χρόνου με το γιατρό 3,5870 και της Πρόσβασης-Ευκολίας 2,9348. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της ηλικίας των ασθενών με τις περισσότερες παραμέτρους της ικανοποίησης τους. Η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα φαίνεται πως επιδρούν στη ικανοποίηση των ασθενών. Δεν παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών, ούτε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης ως προς τα επίπεδα ικανοποίησης.

Συμπεράσματα

Τα στοιχεία δείχνουν ότι οι ασθενείς, γενικά, δείχνουν ότι είναι ικανοποιημένοι με τη φροντίδα. Συγκεκριμένοι κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες όπως η ηλικία των ασθενών, το επάγγελμα και η οικογενειακή κατάσταση φαίνεται να επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Λέξεις κλειδιά

Ποιότητα, Ικανοποίηση ασθενών, Κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες, φροντίδα υγείας, εξωτερικά ιατρεία, PSQ-18

Abstract

Background

Patient satisfaction is an indicator of the quality of health care provided by a hospital. In addition, it is a key method for evaluating and reviewing the system used to measure service quality.

Objective

The purpose of this study was to assess the level of patient satisfaction. In addition, the present study investigates whether specific demographics of the respondents, such as age, gender, level of education, marital status and occupation affect the level of satisfaction.

Methodology

A cross-sectional study was used in this work. The sample of this study was 92 patients in the outpatient clinics of the General Hospital of Nikaia. The questionnaires were collected through personal interviews. The statistical software SPSS 26.0 was used to perform the statistical analysis. Spearman analysis was used for the effect of age on satisfaction. The Mann-Whitney analysis was used for the effect of sex on satisfaction. Kruskal Wallis analysis was used to examine the effect of patients' level of education, marital status and occupation on satisfaction.

Results

The average age of the respondents was 49.71 years. 54.3% of the sample consisted of men, while 45.7% were women. 45.7% were high school graduates, 44.6% were university graduates and 9.8% were high school graduates. 46.7% were married, 40.2% were single, 6.5% were divorced and 6.5% were widowed. Finally, 55.4% were private employees, 6.5% were civil servants, 12% were unemployed, 19.6% were retired, 3.3% were dealt with household chores, 2.2% were students and 1.1% said something else. The score of the Patient Satisfaction components ranged from 1 to 5. The average value of General Patient Satisfaction was 3.0109, of Technical Quality 3.6875, of Interpersonal Way 3.5598, of Communication 3.6359, of Financial Aspects 2.5815, of Time with the doctor 3.5870 and of Access-Facility 2.9348. A positive correlation of patients' age with most parameters of their satisfaction was observed. Marital status and occupation seem to affect patient satisfaction.

There was no statistically significant difference between men and women, nor between the levels of education with satisfaction levels.

Conclusions

Evidence shows that patients, in general, show that they are satisfied with the care. Specific socio-demographic factors such as patients' age, occupation and marital status seem to influence patients' level of satisfaction.

Keywords

Quality, Patient Satisfaction, Sociodemographic Factors, Health Care, Outpatient Clinics, PSQ-18

Πρόλογος - Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω την επιβλέπουσα μου, κύρια Παρασκευή Θεοφίλου, Γενική Διευθύντρια Υπηρεσιών Υγείας στο Υπουργείο Υγείας για την καθοδήγηση και την υποστήριξη καθ'όλη τη διάρκεια της εκπόνησης της παρούσας εργασίας. Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κύριο Γεώργιο Ίντα, Τομεάρχη της Νοσηλευτικής Υπηρεσίας του Γενικού Νοσοκομείου Νίκαιας, για την συμβολή του σε αυτήν την προσπάθεια, μέσω της διευκόλυνσης που παρείχε στη συλλογή των δεδομένων.

Περιεχόμενα

Περίληψη.....	4
Θεωρητικό Υπόβαθρο	4
Σκοπός.....	4
Μεθοδολογία.....	4
Αποτελέσματα.....	4
Συμπεράσματα	5
Λέξεις κλειδιά	5
Abstract	6
Background.....	6
Objective.....	6
Methodology.....	6
Results	6
Conclusions.....	7
Keywords.....	7
Πρόλογος - Ευχαριστίες.....	8
Εικόνες	11
Πίνακες.....	11
Εισαγωγή	12
Κεφάλαιο 1 ^ο	14
Συστήματα Υγείας.....	14
Παραγωγή & Διανομή Υπηρεσιών Υγείας.....	15
Ιατρική Φροντίδα	16
Ενδονοσοκομειακή Φροντίδα.....	16
Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα	16
Κεφάλαιο 2 ^ο	18
Η έννοια της ποιότητας	18
Η ποιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας.....	18
Ο ρόλος της ποιότητας στα συστήματα υγείας.....	20
Μέτρηση της Ποιότητας.....	21
Βάσει Αποτελεσμάτων	22
Βάσει Διαδικασιών.....	22
Βάσει Δομής.....	23
Μέτρηση της Νοσοκομειακής Ποιότητας.....	23

Διασφάλιση και προώθηση της Ποιότητας σε ευρωπαϊκό επίπεδο	26
Νομοθετικό Πλαίσιο Ελλάδα	27
Κεφάλαιο 3 ^ο	29
Συμμετοχή του ασθενή στη δική του φροντίδα	29
Ικανοποίηση ασθενή	29
Παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών	30
Δημογραφικοί παράγοντες και ικανοποίηση	32
Κεφάλαιο 4 ^ο	35
Σκοπός της έρευνας και επιμέρους στόχοι	35
Μεθοδολογία.....	35
Ερευνητικός σχεδιασμός	35
Δείγμα.....	35
Εργαλεία	36
Διαδικασία	38
Στατιστική ανάλυση	38
Κεφάλαιο 5 ^ο	41
Αποτελέσματα.....	41
Δημογραφικά στοιχεία.....	41
Cronbach's alpha	42
Ικανοποίηση ασθενών	44
Έλεγχος Κανονικότητας.....	46
Συσχέτιση/επίδραση ικανοποίησης ασθενών και δημογραφικών στοιχείων	46
Συμπεράσματα	54
Βιβλιογραφία	56
Παράρτημα Α	60

Εικόνες

Εικόνα 1: Ο ρόλος της ποιότητας στα συστήματα υγείας, πηγή: (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019) 21

Εικόνα 2: Τα μέτρα εμπειρίας του ασθενούς κατατεταγμένα ανά φυλή, πηγή: (O’Kane, και συν., 2021)..... 26

Πίνακες

Πίνακας 1: Τρόπος Βαθμολόγησης PSQ-18 37

Πίνακας 2: Δημιουργία βαθμολογιών ανά κατηγορία PSQ-18..... 37

Πίνακας 3: Κοινωνιοδημογραφικά δεδομένα..... 42

Πίνακας 4: Αξιοπιστία δείγματος - Cronbach's Alpha..... 43

Πίνακας 5: Cronbach Alpha εάν διαγραφεί κάποια μεταβλητή 44

Πίνακας 6: Ικανοποίηση ασθενών 44

Πίνακας 7: Έλεγχος Κανονικότητας..... 46

Πίνακας 8: Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών με την ηλικία 47

Πίνακας 9: Επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση ασθενών..... 48

Πίνακας 10: Επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στην ικανοποίηση ασθενών 49

Πίνακας 11: Επίδραση οικογενειακής κατάστασης στην ικανοποίηση ασθενών 51

Πίνακας 12: Επίδραση επαγγέλματος στην ικανοποίηση ασθενών..... 53

Εισαγωγή

Ποιότητα φροντίδας είναι ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας (WHO, 2022). Η παροχή υπηρεσιών υγείας οφείλει να λαμβάνει υπόψη τις προσδοκίες των ασθενών, ενώ αποτελεί μια εξαιρετικά περίπλοκη διαδικασία που είναι δύσκολο να οριστεί ή να μετρηθεί (Murray & Frenk, 2010; Saldivar, Carter, Filipp, Gurka, & Davis, 2019). Η υγειονομική περίθαλψη οφείλει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, να εστιάζει στον ασθενή, να σέβεται και να ανταποκρίνεται στις αξίες του και στις ανάγκες του, να είναι έγκαιρη, αποδοτική και δίκαιη (Institute of Medicine (US)- Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών παραμένουν ένα σημαντικό μέσο για την παραγωγή αξιόπιστων δεδομένων σχετικά με την εμπειρία του ασθενούς. Η ικανοποίηση του ασθενούς, παραμένει ένα από τα πιο αξιόπιστα εργαλεία, παρά το γεγονός ότι ορισμένοι συγγραφείς έχουν αμφισβητήσει στο παρελθόν την αξιοπιστία αυτού του εργαλείου, λόγω έλλειψης τεχνικών γνώσεων του ασθενούς, της ψυχολογικής του κατάστασης τη στιγμή της έρευνας, πιθανών πολιτισμικών διαφορών και λόγω διαφορετικών προοπτικών μεταξύ των ασθενών και των επαγγελματιών υγείας (Greeneich, Long, & Miller, 1992; Georgoudi, Kyriazis, Mihalache, & Kourkouta, 2017).

Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας ποιοτικός δείκτης για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από ένα νοσοκομείο, καθώς και η κύρια μέθοδος για την αξιολόγηση και την ανατροφοδότηση του συστήματος που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας (Georgoudi, Kyriazis, Mihalache, & Kourkouta, 2017; Saldivar, Carter, Filipp, Gurka, & Davis, 2019). Αυτά τα δεδομένα μπορούν να χρησιμοποιηθούν για να παρέχουν ουσιαστικές συγκρίσεις μεταξύ των μονάδων υγειονομικής περίθαλψης, έτσι ώστε οι χρήστες των υπηρεσιών να μπορούν να λαμβάνουν καλά ενημερωμένες αποφάσεις σχετικά με το πού θα αναζητήσουν φροντίδα. Επιπλέον, οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης έχουν κίνητρα να βελτιώνουν συνεχώς την υγειονομική περίθαλψη τόσο από την άποψη των αποτελεσμάτων όσο και από την άποψη της ικανοποίησης των ασθενών.

Σκοπός της εργασίας είναι η αξιολόγηση των επίπεδων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Νίκαιας και η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ συγκεκριμένων δημογραφικών στοιχείων των

ερωτηθέντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες που παρέχονται.

Στο **1^ο Κεφάλαιο** θα αναλυθεί ο ρόλος των συστημάτων υγείας. Οι προσπάθειες ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας, η βελτίωση της πρόσβασης και η αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποσκοπούν στη βελτίωση της ανταπόκρισης κάθε συστήματος στις προσδοκίες των πολιτών. Επιπλέον, θα γίνει αναφορά στις μορφές τις νοσοκομειακής φροντίδας και στα χαρακτηριστικά τους.

Στο **2^ο Κεφάλαιο** θα γίνει αναφορά στην ποιότητα και στη σημασία της στις υπηρεσίες υγειονομικής φροντίδας. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να εστιάζουν στον άνθρωπο, ώστε η φροντίδα να ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες. Η ποιότητα αποτελεί ενδιάμεσο στόχο των συστημάτων υγείας που συμβάλει τελικά στην επίτευξη των συνολικών στόχων του συστήματος υγείας για βελτιωμένη υγεία, ανταπόκριση, οικονομική προστασία και βελτιωμένη αποτελεσματικότητα. Η μέτρηση είναι βασικό κομμάτι στην έννοια της βελτίωσης της ποιότητας.

Στο **3^ο Κεφάλαιο** θα καθοριστεί η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών. Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών χρησιμοποιούνται ως εργαλείο για τον εντοπισμό κενών και την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών για τη βελτίωση της ποιότητας στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, θα αναλυθούν οι παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών, ενώ θα γίνει ιδιαίτερη αναφορά στο ρόλο των δημογραφικών δεδομένων στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών.

Στο **4^ο Κεφάλαιο** παρουσιάζεται η μεθοδολογία και τα στάδια της έρευνας. Ειδικότερα, θα γίνει περιγραφή των εργαλείων που θα χρησιμοποιηθούν τόσο για τη συγκέντρωση των δεδομένων, όσο και για τη στατιστική επεξεργασία τους. Σκοπός είναι η συλλογή του μεγαλύτερου δυνατού δείγματος και η επεξεργασία του μέσα από έγκυρες και κατάλληλες μεθόδους, ώστε να βγουν αξιόπιστα συμπεράσματα.

Τέλος, στο **5^ο Κεφάλαιο** θα παρουσιαστούν τα αποτελέσματα της έρευνας και στη συνέχεια θα παρουσιαστούν τα **Συμπεράσματα** της εργασίας,

Κεφάλαιο 1^ο

Συστήματα Υγείας

Το σύστημα υγείας αποτελεί ένα βασικό θεσμό του Κράτους Πρόνοιας και ένα από τα πιο πολύπλοκα συστήματα της κοινωνίας, ενώ περιλαμβάνει πολλούς ενδιαφερόμενους φορείς και παρόχους (Μπουρσανίδης, 2022; World Health Organization, 2016). Ένα σύστημα υγείας περιλαμβάνει όλες τις δραστηριότητες των οποίων πρωταρχικός σκοπός είναι η προώθηση, η αποκατάσταση ή η διατήρηση της υγείας (WHO, 2000), και αποτελείται από όλους τους οργανισμούς, τα ιδρύματα, τους πόρους και τους ανθρώπους που εξυπηρετούν αυτό τον σκοπό (Lazarus, 2014).

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012), ο ορισμός του συστήματος υγείας περιλαμβάνει:

- Υπηρεσίες υγείας (προσωπικές και πληθυσμιακές) και δραστηριότητες που επιτρέπουν την παροχή τους.
- Τη διαχείριση (stewardship), η οποία περιλαμβάνει δραστηριότητες που επιδιώκουν να επηρεάσουν τον θετικό αντίκτυπο στην υγεία άλλων τομέων – παρόλο που ο πρωταρχικός σκοπός αυτών των τομέων δεν είναι η βελτίωση της υγείας.

Τα συστήματα υγείας έχουν διαδραματίσει σημαντικό ρόλο στην αύξηση του προσδόκιμου ζωής που σημειώθηκε κατά τον 20^ο αιώνα. Έχουν συμβάλει ιδιαίτερα στη βελτίωση της υγείας και έχουν επηρεάσει τη ζωή και την ευημερία δισεκατομμυρίων ανδρών, γυναικών και παιδιών σε όλο τον κόσμο. Ο ρόλος τους γίνεται όλο και πιο σημαντικός. Ωστόσο, εξακολουθούν να υπάρχουν τεράστια κενά μεταξύ του δυναμικού των συστημάτων υγείας και της πραγματικής τους απόδοσης, ενώ υπάρχουν πάρα πολύ μεγάλες διαφορές στα αποτελέσματα μεταξύ των χωρών που φαίνεται να έχουν ίδιους πόρους και δυνατότητες (WHO, 2000).

Ένα σύστημα υγείας αποσκοπεί (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012):

- Στη βελτίωση της κατάστασης της υγείας του πληθυσμού.
- Στη βελτίωση τόσο του μέσου επιπέδου όσο και της κατανομής της ανταπόκρισης του συστήματος όταν τα άτομα έρχονται σε επαφή με αυτό: σεβασμός των προσώπων

(διασφάλιση της αξιοπρέπειας, εμπιστευτικότητας και αυτονομίας του ασθενούς) και προσανατολισμός προς τον πελάτη -χρήστη (άμεση προσοχή, βασικές ανέσεις και επιλογή).

- Στη βελτίωση της δικαιοσύνης στις οικονομικές συνεισφορές, ενσωματώνοντας τόσο την αποφυγή της φτωχοποίησης ως συνέπεια των «καταστροφικών» πληρωμών για την υγεία, όσο και τη δίκαιη κατανομή του βάρους της χρηματοδότησης του συστήματος.

Η ανταπόκριση στις προσδοκίες των πολιτών, δηλαδή η αντίδραση του συστήματος υγείας στις «εύλογες» προσδοκίες του πληθυσμού για την αλληλεπίδρασή του με το σύστημα υγείας, αποτελεί ένα θεμελιώδη στόχο για τα συστήματα υγείας. Η ανταπόκριση συνιστά ένα πολύτιμο και επιθυμητό αποτέλεσμα των παρεμβάσεων του συστήματος υγείας, ανεξάρτητα από τον βαθμό στον οποίο αυτές οι παρεμβάσεις οδηγούν στη βελτίωση της υγείας (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

Οι μεταρρυθμίσεις των υπηρεσιών υγείας σε πολλές χώρες δίνουν ολοένα αυξανόμενη έμφαση στην ικανοποίηση των προσδοκιών των πολιτών, στη βελτίωση της ανταπόκρισης και στην αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών (European Observatory on Health Systems and Policies, 2012). Οι προσπάθειες ενίσχυσης της αποτελεσματικότητας (με την εισαγωγή των δυνάμεων της αγοράς), η βελτίωση της πρόσβασης και η αύξηση της ποιότητας των υπηρεσιών αποσκοπούν στη βελτίωση της ανταπόκρισης κάθε συστήματος στις προσδοκίες του πληθυσμού.

Παραγωγή & Διανομή Υπηρεσιών Υγείας

Η πρώτη λειτουργία¹ που χρησιμοποιείται για την επιδίωξη των στόχων του συστήματος υγείας είναι η παραγωγή υπηρεσιών υγείας. Η σκόπιμη παραγωγή υπηρεσιών βρίσκεται στον πυρήνα όλων των συστημάτων υγείας. Οι υπηρεσίες διαπερνούν το σύνολο των ιδρυμάτων, των ανθρώπων και των πόρων που προορίζονται να βελτιώσουν την υγεία. Οι χώρες οφείλουν να παράγουν και να διαχειρίζονται υπηρεσίες υγείας που είναι προσβάσιμες, προσιτές και αποδεκτές (World Health Organization, 2007; European Observatory on Health Systems and Policies, 2012).

¹ Τέσσερις από αυτές καθορίζουν τον τρόπο με τον οποίο οι εισροές μετατρέπονται σε εκροές και αποτελέσματα: (i) παροχή (προσωπικών και πληθυσμιακών) υπηρεσιών, (ii) χρηματοδότηση, (iii) δημιουργία πόρων και (iv) διαχείριση υπηρεσιών υγείας και συναφών διατομεακών δράσεων

Η υγειονομική περίθαλψη πρέπει να είναι ασφαλής, αποτελεσματική, να εστιάζει στον ασθενή, να σέβεται και να ανταποκρίνεται στις αξίες του και στις ανάγκες του, να είναι έγκαιρη, αποδοτική και δίκαιη (Institute of Medicine (US)- Committee on Quality of Health Care in America, 2001).

Οι υπηρεσίες πρωτοβάθμιας περίθαλψης βρίσκονται όλο και περισσότερο στο επίκεντρο της ολοκληρωμένης ανθρωποκεντρικής υγειονομικής περίθαλψης σε πολλές χώρες. Παρέχουν ένα σημείο εισόδου στο σύστημα υγείας, τον συνεχή συντονισμό της φροντίδας και μια προσωπική εστιασμένη προσέγγιση για τους ανθρώπους και τις οικογένειές τους. Η προσβάσιμη και ασφαλής πρωτοβάθμια περίθαλψη είναι απαραίτητη για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας (World Health Organization , 2016).

Ιατρική Φροντίδα

Οι ιατρική φροντίδα μπορεί να κατηγοριοποιηθεί σε ενδονοσοκομειακή και σε εξωνοσοκομειακή. Η διαφορά μεταξύ αυτών των δύο τύπων περίθαλψης είναι σημαντική, καθώς επηρεάζεται η διάρκεια της παραμονής ενός ασθενούς σε μια ιατρική μονάδα και το κόστος της διαδικασίας.

Ενδονοσοκομειακή Φροντίδα

Η ενδονοσοκομειακή περίθαλψη ορίζεται ως η φροντίδα ασθενών των οποίων η κατάσταση απαιτεί εισαγωγή σε νοσοκομείο. Ως νοσοκομειακές δαπάνες ορίζονται όλες οι δαπάνες στην περίπτωση που ο ασφαλιζόμενος απαιτείται να εισαχθεί σε νοσηλευτικό ίδρυμα ως εσωτερικός ασθενής (24ωρη παραμονή). Αυτές περιλαμβάνουν όλα τα κόστη που είναι ιατρικώς απαραίτητα για την πλήρη αποκατάσταση της υγείας του ασφαλιζόμενου όπως τα έξοδα δωματίου και τροφής, τις αμοιβές θεράποντος ιατρού, χειρουργού, αναισθησιολόγου, τις διαγνωστικές και άλλες εξετάσεις που πραγματοποιούνται στα πλαίσια της νοσηλείας, τα φάρμακα, τα διάφορα αναλώσιμα κ.λπ.

Εξωνοσοκομειακή Φροντίδα

Η εξωνοσοκομειακή περίθαλψη αναφέρεται σε οποιαδήποτε υπηρεσία υγειονομικής περίθαλψης χορηγείται χωρίς διανυκτέρευση σε νοσοκομείο ή ιατρική εγκατάσταση (Definitive Healthcare, 2022). Η υγειονομική περίθαλψη εξωτερικών ασθενών περιγράφεται ως οποιαδήποτε επαγγελματική συνάντηση ή επαφή, ως πράξη παροχής υπηρεσιών υγείας, μεταξύ ενός μη νοσηλευόμενου ατόμου και ενός εργαζομένου υγείας που είναι υπεύθυνος

για την αξιολόγηση, τη διάγνωση, τη θεραπεία ή την παραπομπή αυτού του ατόμου (WHO, 2022).

Χάρη στην πρόοδο των ιατρικών τεχνικών και της τεχνολογίας, πολλές θεραπείες, μπορούν να παρασχεθούν στα πλαίσια της εξωνοσοκομειακής φροντίδας. Οι ασθενείς μπορούν να αναρρώσουν στην άνεση του δικού τους χώρου, οδηγώντας σε βελτιωμένη εμπειρία του ασθενούς και μειωμένου κίνδυνου νοσοκομειακών λοιμώξεων που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Επιπλέον, οι σχετικές διαδικασίες έχουν λιγότερο κόστος σε σχέση με τις αντίστοιχες της ενδονοσοκομειακής φροντίδας που απαιτούν περισσότερους πόρους υγειονομικής περίθαλψης (Definitive Healthcare, 2022).

Κεφάλαιο 2^ο

Η έννοια της ποιότητας

Η έννοια της ποιότητας μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους. Οι διάφοροι εννοιολογικοί ορισμοί αντανakλούν την εξέλιξη και τις τάσεις που σηματοδοτούν την ιστορία και την ανάπτυξη της διαχείρισης ποιότητας. Μία ευρέως αποδεκτή κατανόηση της έννοιας της ποιότητας εστιάζει στις πελατοκεντρικές έννοιες, όπου η ικανοποίηση ή η υπέρβαση των αναγκών και προσδοκιών των πελατών καθορίζει την ποιότητα (Martin, Elg, & Gremyr, 2020).

Η κοινωνική προοπτική της ποιότητας ενσωματώνει τις αξίες της βιωσιμότητας. Η ποιότητα κατασκευάζεται με αντικειμενικά κριτήρια και εξάγεται από τη γνώση που βασίζεται στην έρευνα. Ένα χαρακτηριστικό παράδειγμα της ποιότητας ως κοινωνική αξία είναι η διαθεσιμότητα υπηρεσιών υγείας και κοινωνικών υπηρεσιών σε όλους τους πολίτες με ίσους όρους. Οι ακόλουθες πτυχές είναι κεντρικές στην κοινωνική προοπτική της ποιότητας (Martin, Elg, & Gremyr, 2020):

- Η βιωσιμότητα οφείλει να είναι βασικό μέλημα σε όλες τις πρακτικές.
- Η γνώση που βασίζεται στην έρευνα ως βάση για το τι συνιστά ποιότητα.
- Ολιστική προοπτική για το τι είναι η ποιότητα και πώς επηρεάζει τους διάφορους ενδιαφερόμενους.

Η ποιότητα στις υπηρεσίες φροντίδας υγείας

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ η ποιότητα στη φροντίδα υγείας ορίζεται ως ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για άτομα και πληθυσμούς αυξάνουν την πιθανότητα επιθυμητών αποτελεσμάτων υγείας (WHO, 2022). Βασίζεται σε τεκμηριωμένη επαγγελματική γνώση και είναι ζωτικής σημασίας για την επίτευξη καθολικής κάλυψης υγείας.

Η ποιοτική υγειονομική περίθαλψη μπορεί να οριστεί με πολλούς τρόπους, αλλά υπάρχει ολοένα και μεγαλύτερη συναίνεση ότι οι ποιοτικές υπηρεσίες υγείας πρέπει να είναι (WHO, 2022):

- Αποτελεσματικές,
- Ασφαλείς,
- Με επίκεντρο τον άνθρωπο,

- Έγκαιρες,
- Δίκαιες,
- Ολοκληρωμένες, και
- Αποδοτικές.

Έτσι, οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να παρέχονται τεκμηριωμένες και σε όσους τις έχουν ανάγκη. Κατά την παροχή τους πρέπει να εστιάζουν στον άνθρωπο, ώστε η φροντίδα να ανταποκρίνεται στις ατομικές προτιμήσεις, ανάγκες και αξίες. Ο ασθενής να μπορεί να απολαμβάνει ένα πλήρες φάσμα υπηρεσιών υγείας καθ' όλη τη διάρκεια της ζωής του. Επίσης, οι χρόνοι αναμονής και οι όποιες επιβλαβείς καθυστερήσεις οφείλουν να περιορίζονται στο ελάχιστο. Επιπλέον, οι υπηρεσίες πρέπει να παρέχονται χωρίς διακρίσεις σχετικά με το φύλο, την εθνικότητα, τη γεωγραφική θέση και την κοινωνικοοικονομική κατάσταση του ασθενή. Τέλος, σύμφωνα με την αρχή της αποδοτικότητας, είναι απαραίτητο να μεγιστοποιείται το όφελος των διαθέσιμων πόρων και να αποφεύγονται οι σπατάλες.

Η ασφάλεια των ασθενών είναι θεμελιώδης για την παροχή ποιοτικών βασικών υπηρεσιών υγείας και έχει αναγνωριστεί ως ζήτημα παγκόσμιας σημασίας (WHO , 2019). Η μη ασφαλής πρωτοβάθμια και περιπατητική φροντίδα έχει ως αποτέλεσμα μεγαλύτερη νοσηρότητα, υψηλότερη χρήση υγειονομικής περίθαλψης και οικονομικό κόστος (Kuriakose, Aggarwal, Sohi, Goel, Rashmi, & Gambhir, 2020). Ως αποτέλεσμα, οι προσεγγίσεις για την ασφάλεια των ασθενών ενσωματώνονται στα στρατηγικά σχέδια διαφόρων οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης (Kuriakose, Aggarwal, Sohi, Goel, Rashmi, & Gambhir, 2020)

Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, σε παγκόσμιο επίπεδο, έως και 4 στους 10 ασθενείς βλάπτονται στην πρωτοβάθμια και εξωτερική φροντίδα υγείας. Από αυτές, το 80% των βλαβών μπορούν να προληφθούν. Τα πιο επίσημα σφάλματα σχετίζονται με τη διάγνωση, τη συνταγογράφηση και τη χρήση φαρμάκων. Επιπλέον, στις χώρες του ΟΟΣΑ, το 15% της συνολικής δραστηριότητας και δαπανών των νοσοκομείων είναι άμεσο αποτέλεσμα ανεπιθύμητων συμβάντων (WHO , 2019).

Η ασφάλεια στην υγειονομική περίθαλψη επηρεάζεται από τις συμπεριφορές τόσο των ασθενών όσο και των φροντιστών, από την αλληλεπίδραση παρόχου-ασθενούς και από το ρόλο της κοινότητας και των συστημάτων υγείας (Kuriakose, Aggarwal, Sohi, Goel, Rashmi, & Gambhir, 2020). Συνήθεις περιπτώσεις μη ασφαλών πρακτικών είναι (WHO , 2019):

- Τα λάθη στη φαρμακευτική αγωγή.
- Οι λοιμώξεις που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη.
- Οι μη ασφαλείς επεμβάσεις χειρουργικής φροντίδας.
- Οι μη ασφαλείς πρακτικές ενέσεων σε χώρους υγειονομικής περίθαλψης.
- Τα διαγνωστικά σφάλματα.
- Οι μη ασφαλείς πρακτικές μετάγγισης.
- Η υπερβολική έκθεση σε ακτινοβολία και οι περιπτώσεις λανθασμένης αναγνώρισης ασθενούς και λανθασμένης τοποθεσίας.
- Οι θρόμβοι αίματος.

Η ασφάλεια των ασθενών κατά την παροχή υπηρεσιών υγείας που είναι ασφαλείς και υψηλής ποιότητας αποτελεί προϋπόθεση για την ενίσχυση των συστημάτων υγειονομικής περίθαλψης και την επίτευξη προόδου προς την αποτελεσματική καθολική κάλυψη υγείας (WHO , 2019).

Ο ρόλος της ποιότητας στα συστήματα υγείας

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί πολυάριθμα πλαίσια με στόχο τη διευκόλυνση της κατανόησης των συστημάτων υγείας και τη δυνατότητα αξιολόγησης της απόδοσης τους. Τα περισσότερα από αυτά τα πλαίσια περιλαμβάνουν έμμεσα ή ρητά την ποιότητα ως σημαντικό στόχο του συστήματος υγείας, αλλά διαφέρουν ως προς τον τρόπο με τον οποίο ορίζουν την ποιότητα και τον τρόπο με τον οποίο περιγράφουν τη συμβολή της στους συνολικούς στόχους του συστήματος υγείας. Ένα πλαίσιο με ιδιαίτερη επιρροή είναι το πλαίσιο «δομικών στοιχείων»² του ΠΟΥ για την ενίσχυση των συστημάτων υγείας (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019).

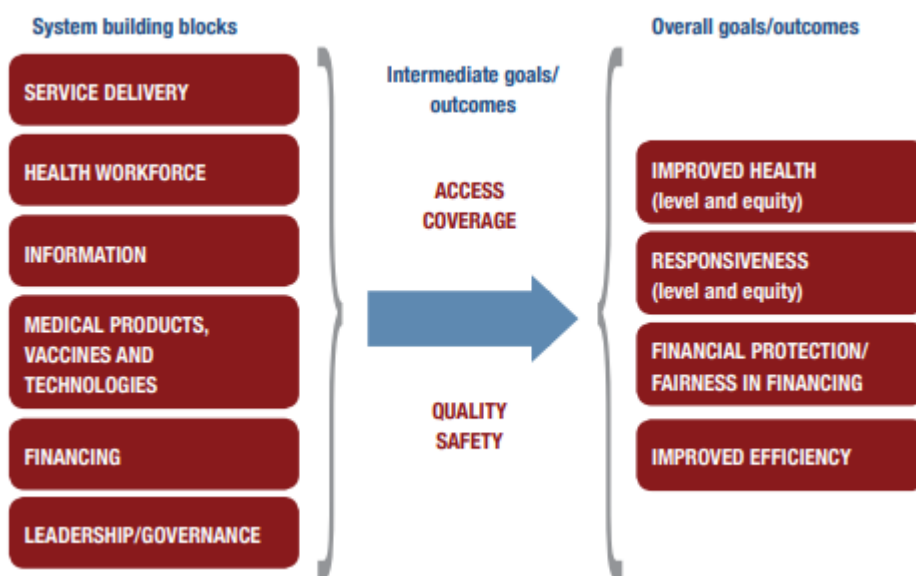
Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) χρησιμοποιεί ένα αναλυτικό πλαίσιο για να περιγράψει τα συστήματα υγείας (Μπουρσανίδης, 2022). Στο πλαίσιο αυτό διακρίνονται 6 βασικά στοιχεία:

- Ηγεσία και διακυβέρνηση
- Παροχή υπηρεσιών
- Χρηματοδότηση συστήματος υγείας
- Εργατικό δυναμικό υγείας

² “building blocks” framework

- Ιατρικά προϊόντα, εμβόλια και τεχνολογίες
- Πληροφοριακά συστήματα υγείας

Το πλαίσιο αντιλαμβάνεται τα συστήματα υγείας ως προς τα δομικά στοιχεία που παρουσιάζονται παραπάνω. Επιπλέον, το πλαίσιο ορίζει την ποιότητα και την ασφάλεια ως ενδιάμεσους στόχους των συστημάτων υγείας, μαζί με την πρόσβαση και την κάλυψη. Η επίτευξη αυτών των ενδιάμεσων στόχων θα συμβάλει τελικά στην επίτευξη των συνολικών στόχων του συστήματος υγείας για βελτιωμένη υγεία, ανταπόκριση, οικονομική προστασία και βελτιωμένη αποτελεσματικότητα.



Εικόνα 1: Ο ρόλος της ποιότητας στα συστήματα υγείας, πηγή: (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019)

Μέτρηση της Ποιότητας

Οι μέτρηση απόδοσης της υγειονομικής περίθαλψης γίνεται μέσω συγκεντρωμένων, ποσοτικοποιημένων και αναλυμένων δεδομένων τα οποία αναφέρονται σε συγκεκριμένες δραστηριότητες που σχετίζονται με την υγειονομική περίθαλψη. Σκοπός τους είναι να εντοπίσουν ευκαιρίες για τη μείωση του κόστους, τη βελτίωση της ποιότητας της περίθαλψης και την αύξηση της αποτελεσματικότητας της παροχής φροντίδας (IBM, 2020).

Ένα εργαλείο μέτρησης ποιότητας πρέπει (Agency for Healthcare Research and Quality, 2020):

- Να είναι αντικειμενικό.

- Να βασίζεται σε επιστημονικά στοιχεία.
- Να μην επηρεάζει ή παραμορφώνει τα αποτελέσματα.
- Να είναι αξιόπιστο. Η χρήση του εργαλείου έχει ως αποτέλεσμα την ίδια ένδειξη ανεξάρτητα από το ποιος κάνει τη μέτρηση.
- Να είναι έγκυρο.
- Να είναι τυποποιημένο. Οι ορισμοί των στοιχείων δεδομένων, η συλλογή και οι αναλύσεις δεδομένων να είναι ακριβείς και κατανοητοί ώστε να μπορούν να εφαρμοστούν με τον ίδιο τρόπο, ανεξάρτητα από το ποιος τους εφαρμόζει.

Τα μέτρα που χρησιμοποιούνται για την αξιολόγηση και τη σύγκριση της ποιότητας των οργανισμών υγειονομικής περίθαλψης μπορούν να ταξινομηθούν βάσει αποτελεσμάτων, διαδικασιών ή δομής του παρόχου (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015).

Βάσει Αποτελεσμάτων

Τα μέτρα αξιολόγησης της ποιότητας που στηρίζονται στο αποτέλεσμα αντικατοπτρίζουν τον αντίκτυπο της υπηρεσίας ή της παρέμβασης υγειονομικής περίθαλψης στην κατάσταση της υγείας των ασθενών. Το ποσοστό των ασθενών που πέθαναν ως αποτέλεσμα μιας χειρουργικής επέμβασης (ποσοστά χειρουργικής θνησιμότητας) ή το ποσοστό των χειρουργικών επιπλοκών ή των νοσοκομειακών λοιμώξεων, είναι κάποια παραδείγματα.

Τα μέτρα αυτά μπορεί να φαίνεται ότι αντιπροσωπεύουν ένα «ιδανικό πρότυπο» στη μέτρηση της ποιότητας, αλλά ένα αποτέλεσμα είναι προϊόν πολλών παραγόντων, πολλοί από τους οποίους είναι πέρα από τον έλεγχο των παρόχων υπηρεσιών υγείας. Μέθοδοι προσαρμογής κινδύνου - μαθηματικά μοντέλα που διορθώνουν διαφορετικά χαρακτηριστικά σε έναν πληθυσμό, όπως η κατάσταση της υγείας του ασθενούς - μπορούν να βοηθήσουν να ληφθούν υπόψη αυτοί οι παράγοντες (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015).

Βάσει Διαδικασιών

Τα μέτρα που αφορούν τις διαδικασίες υποδεικνύουν τι κάνει ένας πάροχος για να διατηρήσει ή να βελτιώσει την υγεία, είτε για υγιή άτομα είτε για εκείνους που έχουν διαγνωστεί με κάποια πάθηση που χρήζει υγειονομικής περίθαλψης. Αυτά τα μέτρα αντικατοπτρίζουν συνήθως γενικά αποδεκτές συστάσεις για την κλινική πρακτική. Για παράδειγμα (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015):

- Το ποσοστό των ατόμων που λαμβάνουν προληπτικές υπηρεσίες (όπως μαστογραφία ή εμβολιασμός).
- Το ποσοστό των ατόμων με διαβήτη που υποβλήθηκαν σε έλεγχο και σταθεροποίηση του σακχάρου στο αίμα τους.

Τα μέτρα αυτά μπορούν να ενημερώσουν τους χρήστες σχετικά με την ιατρική περίθαλψη που μπορεί να αναμένουν να λάβουν για μια δεδομένη πάθηση ή ασθένεια και μπορούν να συμβάλουν στη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας. Η πλειονότητα των μετρήσεων ποιότητας της υγειονομικής περίθαλψης που χρησιμοποιούνται για δημόσιες αναφορές είναι μέτρα που αφορούν τις διαδικασίες (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015).

Βάσει Δομής

Τα διαρθρωτικά μέτρα δίνουν στους καταναλωτές μια αίσθηση σχετικά με την ικανότητα, τα συστήματα και τις διαδικασίες ενός παρόχου υγειονομικής περίθαλψης να παρέχει φροντίδα υψηλής ποιότητας. Για παράδειγμα αν ο οργανισμός υγειονομικής περίθαλψης χρησιμοποιεί ηλεκτρονικά ιατρικά αρχεία ή συστήματα εισαγωγής παραγγελιών φαρμάκων, η αναλογία ιατρών προς ασθενείς κλπ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2015).

Μέτρηση της Νοσοκομειακής Ποιότητας

Τα νοσοκομεία αντιπροσωπεύουν το υψηλότερο ποσοστό (36,4 %) των δαπανών για την υγεία στην ΕΕ (Eurostat, 2021). Στην Ελλάδα το ποσοστό αυτό κυμαίνεται περίπου στο 45%. Δεδομένης της αυξανόμενης πίεσης να ανταποκρίνονται στις προσδοκίες τους, η μέτρηση της απόδοσης καθώς και η διαχείρισή της, έχει γίνει ο βασικός άξονας προς τη συγκράτηση του κόστους και τη βελτίωση της απόδοσης. Αυτό είναι ιδιαίτερα σημαντικό στην Ευρώπη όπου τα νοσοκομεία αντιμετωπίζουν τρομακτικές προκλήσεις όσον αφορά τη γήρανση του πληθυσμού, τους καταναλωτές υγειονομικής περίθαλψης που είναι σε μεγάλο βαθμό απογοητευμένοι με τα συστήματα υγείας τους (συμπεριλαμβανομένων των νοσοκομείων), την εθνοτική ποικιλομορφία με ποικίλες ανάγκες, τις ακριβές τεχνολογίες υγείας, κ.α (Arah, Custers, & Klazinga, 2003).

Οι μετρήσεις συμβάλουν στη βελτίωση της ποιότητας ενός νοσοκομείου, παρέχοντας ένα μέσο ώστε τα νοσοκομεία να ορίσουν τους στόχους τους και να εντοπιστούν ευκαιρίες για βελτίωση. Οι κύριες μέθοδοι μέτρησης της απόδοσης ενός νοσοκομείου είναι η κανονιστική

επιθεώρηση, οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών και οι στατιστικοί δείκτες (WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2003).

Η μέτρηση είναι κεντρικό κομμάτι στην έννοια της βελτίωσης της ποιότητας. Τα νοσοκομεία έχουν πολλούς στόχους και πολλούς ενδιαφερόμενους (WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), 2003). Στη βιβλιογραφία υπάρχουν διαθέσιμοι αρκετοί τρόποι μέτρησης που αφορούν σημαντικές πτυχές της νοσοκομειακής περίθαλψης. Ακολουθούν ορισμένα παραδείγματα μετρήσεων ποιότητας νοσοκομείων που τα ερευνητικά στοιχεία και η πρακτική εμπειρία προτείνουν ότι είναι κατάλληλα για αναφορά στους χρήστες-ασθενείς (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016).

Η πρώτη κατηγορία μέτρων αφορά πτυχές της ασφάλειας. Η ασφάλεια αναφέρεται τόσο σε ασθενείς όσο και σε επαγγελματίες όσον αφορά την ικανότητα αποφυγής, πρόληψης και μείωσης επιβλαβών παρεμβάσεων ή κινδύνων για αυτούς και για το περιβάλλον (Carini, και συν., 2020). Συγκεκριμένα μέτρα αποτελούν (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016):

- Το ποσοστό των ασθενών που χειρουργήθηκαν και εμφάνισαν επιπλοκές κατά την επέμβαση ή μετεγχειρητική λοίμωξη.
- Το ποσοστό των ασθενών που πέφτουν και τραυματίζονται κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο.
- Η χρήση ηλεκτρονικών συστημάτων για την εισαγωγή παραγγελιών φαρμάκων.
- Τα ποσοστά θνησιμότητας ασθενών ανά τύπο πάθησης (π.χ. έμφραγμα, κάταγμα ισχίου, πνευμονία κλπ) ή ανά τύπο επέμβασης (π.χ. χειρουργικές επεμβάσεις στεφανιαίας νόσου, χειρουργικές επεμβάσεις βαλβίδας, αντικατάσταση ισχίου κλπ).

Η επόμενη κατηγορία μέτρων αφορά τα μέτρα που σχετίζονται με την αποτελεσματικότητα. Στην κατηγορία αυτή αξιολογείται το ποσοστό ασθενών που λαμβάνουν τη συνιστώμενη νοσοκομειακή περίθαλψη για συγκεκριμένες καταστάσεις όπως π.χ. φροντίδα για καρδιακή προσβολή κλπ (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016). Η κλινική αποτελεσματικότητα είναι η καταλληλότητα και η ικανότητα που επιτρέπει την παροχή κλινικής φροντίδας και υπηρεσιών με το μέγιστο όφελος για όλους τους ασθενείς. Ο ΠΟΥ ορίζει την αποτελεσματικότητα ως «μέτρο του βαθμού στον οποίο μια συγκεκριμένη παρέμβαση, διαδικασία, σχήμα ή υπηρεσία, όταν αναπτύσσεται στο πεδίο σε συνθήκες ρουτίνας, κάνει αυτό που προορίζεται να κάνει για έναν συγκεκριμένο πληθυσμό» (Arah,

Custers, & Klazinga, 2003). Μέτρα που λαμβάνουν υπόψη τα ποσοστά θνησιμότητας, τις επανεισαγωγές και την επιβίωση των ασθενών εμπίπτουν σε αυτή την κατηγορία (Carini, και συν., 2020).

Επιπλέον, υπάρχουν μέτρα τα οποία εστιάζουν αποκλειστικά στον ασθενή. Αυτή η διάσταση αφορά ένα σύνολο δεικτών που δίνουν προσοχή στους ασθενείς και τις οικογένειες τους. Ο κύριος στόχος είναι να αξιολογηθεί εάν οι ασθενείς τοποθετούνται στο επίκεντρο της φροντίδας και της παροχής υπηρεσιών. Τα μέτρα περιλαμβάνουν (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016):

- Αναφορές ασθενών για τη φροντίδα και την εξυπηρέτηση που έλαβαν από το νοσοκομείο.
- Πρόβλεψη για παροχή οδηγιών φροντίδας κατά την έξοδο από το νοσοκομείο για ορισμένες καταστάσεις.

Επίσης, σημαντικά είναι τα μέτρα σχετικά με τις αναφορές των ασθενών για την έγκαιρη φροντίδα και την εξυπηρέτηση που έλαβαν από το νοσοκομείο. Τα μέτρα αξιολογούν το χρόνο που χρειάζεται για να παρασχεθούν στους ασθενείς συγκεκριμένες θεραπείες (Carini, και συν., 2020).

Τα μέτρα αποδοτικότητας που αξιολογούν τη χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών ή διαδικασιών μέσα από τα ποσοστά εξιτηρίου ή τη μέση διάρκεια παραμονής (Agency for Healthcare Research and Quality, 2016). Η αποδοτικότητα μπορεί να οριστεί ως η βέλτιστη κατανομή των διαθέσιμων πόρων υγειονομικής περίθαλψης που μεγιστοποιούν τα αποτελέσματα υγείας για την κοινωνία (Carini, και συν., 2020).

Τέλος πολύ σημαντικά είναι τα μέτρα που σχετίζονται με την ισότητα. Η ισότητα έχει αναγνωριστεί ως ένας από τους βασικούς τομείς της ποιότητας στο χώρο της υγείας (O’Kane, και συν., 2021). Ισότιμη φροντίδα είναι όταν *«η ποιότητα δεν ποικίλλει λόγω προσωπικών χαρακτηριστικών όπως το φύλο, η φυλή, η εθνικότητα, η γεωγραφική θέση και η κοινωνικοοικονομική κατάσταση»* (Institute of Medicine (IOM), 2001). Τα περιγραφικά μέτρα μπορούν να μεταφέρουν την ικανότητα του νοσοκομείου να παρέχει ποιότητα φροντίδας χωρίς διακρίσεις. Για παράδειγμα, οι ασθενείς και το εργατικό δυναμικό της υγειονομικής περίθαλψης θα πρέπει να ερωτώνται τακτικά για τυχόν μεροληψία ή ανισότητα που μπορεί να αντιμετωπίζουν. Επιπλέον, τα μέτρα εμπειρίας του ασθενούς κατατεταγμένα ανά φυλή μπορούν να δώσουν μια σαφή εικόνα σχετικά με την ισότητα (εικόνα 2).

Differences in Top Box Scores

		White vs. Not White	Black vs. Not Black	Asian vs. Not Asian	Hispanic vs. Not Hispanic
Clinical Excellence					
	Follow-up with test results	7.3%	-4.8%	-10.3%	-7.7%
Care Coordination	Provider have medical records	3.1%	-2.9%	-1.9%	-3.7%
	Asked re Rx meds	1.1%	1.8%	-9.6%	-0.6%
	Know important med history	1.7%	-0.9%	-1.8%	-1.2%
Caring Behaviors					
Courtesy	Clerks show courtesy/respect	2.3%	-0.7%	4.3%	-2.3%
	Provider respect for what you say	1.4%	-1.0%	-1.1%	-0.7%
Helpfulness	Clerks/reception helpful	3.0%	-1.5%	-4.3%	-3.1%
Inform	Provider explain way you understand	2.0%	-1.4%	-1.8%	-1.5%
	Provider easy to understand instructions	1.4%	-1.0%	-0.9%	-0.7%
Personalize	Provider listen carefully	1.4%	-0.8%	-1.0%	-1.1%
	Provider spend enough time	3.1%	-2.2%	-3.3%	-2.9%
Responsiveness	Answer same day (phone office hrs)	2.2%	-0.6%	-4.7%	-0.3%
	Answer soon as needed (phone after office hours)	4.4%	-1.7%	-7.2%	-1.6%
Operational Efficiency					
Wait	Right away appt soon as needed	1.9%	1.5%	-1.5%	-1.8%
	Routine appt soon as needed	2.5%	-1.4%	-4.2%	-2.4%
	See provider within 15 minutes	3.9%	-3.9%	-2.5%	-4.5%
Global					
Rating	Rate doctor 0-10	4.0%	-2.4%	-6.7%	-1.3%
Recommend	Recommend practice	2.9%	-1.6%	-4.3%	-1.7%

Εικόνα 2: Τα μέτρα εμπειρίας του ασθενούς κατατεταγμένα ανά φυλή, πηγή: (O’Kane, και συν., 2021)

Διασφάλιση και προώθηση της Ποιότητας σε ευρωπαϊκό επίπεδο

Η ποιότητα αποτελεί μια διεθνή πολιτική προτεραιότητα, η οποία απέκτησε γρήγορα σημασία ως σημαντικός μοχλός για τη διεθνή κοινότητα για την προώθηση της μεταρρύθμισης του συστήματος υγείας, συμπληρώνοντας τον στόχο της καθολικής κάλυψης υγείας. Οι προσπάθειες διεθνών οργανισμών, όπως ο ΠΟΥ, να υποστηρίξουν τους εθνικούς φορείς με καθοδήγηση, πληροφορίες, πρακτικά εργαλεία και ανάπτυξη ικανοτήτων απέδωσαν και συνέβαλαν στην έναρξη ενός παγκόσμιου κινήματος που υποστηρίζει την παρακολούθηση και τη βελτίωση της ποιότητας και της ασφάλειας στην υγειονομική περίθαλψη παγκοσμίως (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019).

Η διεθνής διάσταση είναι ιδιαίτερα σημαντική για την αύξηση της πολιτικής ευαισθησίας, την ανταλλαγή εμπειριών και πρακτικών και την παροχή εργαλείων (εννοιολογικά πλαίσια,

πρότυπα, μοντέλα, πλαίσια αξιολόγησης) για την εφαρμογή ποιοτικών μέτρων και πολιτικών σε εθνικό και περιφερειακό επίπεδο.

Το νομικό καθεστώς και η δεσμευτική φύση των διαφόρων διεθνών πράξεων διαφέρουν. Τα περισσότερα νομικά δεσμευτικά μέσα σε επίπεδο ΕΕ έχουν πρωταρχικό σκοπό τη διευκόλυνση της ελεύθερης κυκλοφορίας παρά τη διασφάλιση της ποιότητας. Αντίθετα, τα μη δεσμευτικά μέσα έχουν αποδειχθεί αποτελεσματικά στην ώθηση των υπευθύνων χάραξης πολιτικής σε επίπεδο χώρας να θέσουν την ποιότητα της υγειονομικής περίθαλψης στην πολιτική ατζέντα (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019).

Η Σύμβαση για τα Ανθρώπινα Δικαιώματα και τη Βιοϊατρική (1997) περιλαμβάνει την υποχρέωση των κρατών μελών να παρέχουν «ισότιμη πρόσβαση σε υγειονομική περίθαλψη κατάλληλης ποιότητας» (άρθρο 3). Επίσης, η δήλωση του Συμβουλίου της ΕΕ σχετικά με τις πρωταρχικές αξίες και αρχές στις οποίες στηρίζονται τα συστήματα υγείας στην ΕΕ ορίζει ότι η πρόσβαση σε φροντίδα καλής ποιότητας είναι μία από τις θεμελιώδεις αξίες εκτός από την καθολικότητα, την ισότητα και την αλληλεγγύη (Council of the European Union, 2006). Επιπλέον, η ποιότητα και η ασφάλεια αναφέρονται ρητά ως κοινές αρχές λειτουργίας των συστημάτων υγείας στην ΕΕ (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019).

Μέσω νομικά μη δεσμευτικών συστάσεων, το Συμβούλιο προωθεί πολιτικές που σχετίζονται με την ποιότητα διάφορα πεδία. Δύο ιδιαίτερα σημαντικές συστάσεις είναι η σύσταση αριθ. R(97)17 για την ανάπτυξη και εφαρμογή συστημάτων βελτίωσης της ποιότητας (QIS) (The Council of Europe, 1997), όπου τα κράτη μέλη καλούνται να αναπτύξουν και να εφαρμόσουν συστήματα βελτίωσης της ποιότητας σε όλα τα επίπεδα και η σύσταση Rec(2001)13 σχετικά με τις κατευθυντήριες γραμμές κλινικής πρακτικής που βασίζονται σε τεκμήρια (Επιτροπή Υπουργών, 2001), ως ένα συνεκτικό και ολοκληρωμένο εθνικό πλαίσιο πολιτικής για την παραγωγή, την αξιολόγηση, την ενημέρωση και την ενεργό διάδοση κατευθυντήριων γραμμών κλινικής πρακτικής που βασίζονται σε στοιχεία, προκειμένου να βελτιωθεί η ποιότητα και η αποτελεσματικότητα της υγειονομικής περίθαλψης (Busse, Klazinga, Panteli, & Quentin, 2019).

Νομοθετικό Πλαίσιο Ελλάδα

Στη συγκεκριμένη ενότητα θα γίνει αναφορά σε κάποιες σημαντικές ρυθμίσεις που αφορούν την ποιότητα στον τομέα της υγειονομικής φροντίδας.

Στο άρθ.6 παρ. 6 του Ν 2889/2001³ ορίζεται ότι στα νοσοκομεία με δυναμικότητα μεγαλύτερη των τετρακοσίων κλινών προβλέπονται αυτοτελή τμήματα Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, που υπάγονται απευθείας στο Διοικητή του νοσοκομείου.

Στο άρθ.8 παρ. 2 του Ν 3868/2010⁴ προβλέπεται η λειτουργία Επιτροπής Ποιότητας στα Νοσοκομεία του Ε.Σ.Υ. με δυναμικότητα μεγαλύτερη των τετρακοσίων κλινών. Οι αρμοδιότητές της περιλαμβάνουν το συντονισμό των αυτοτελών τμημάτων Ελέγχου Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης, η καθιέρωση και γνωστοποίηση κριτηρίων αξιολόγησης και βελτίωσης των παρεχόμενων υπηρεσιών, η δημιουργία διαδικασιών πιστοποίησης και διαπίστευσης, καθώς και ο έλεγχος της εφαρμογής τους, σε συνεργασία με τις αρμόδιες υπηρεσίες του Νοσοκομείου.

Για τον ιδιωτικό τομέα, προβλέπεται στο άρθ.34 του Ν 4025/2011⁵ ο ποιοτικός έλεγχος ιδιωτικών φορέων Υγείας ο οποίος διενεργείται από εξουσιοδοτημένο φορέα του δημοσίου ή οποιονδήποτε άλλον διαπιστευμένο φορέα του εσωτερικού ή εξωτερικού.

Με το Ν4715/2020⁶ ιδρύθηκε ο Οργανισμός Διασφάλισης της Ποιότητας στην Υγεία Α.Ε. (Ο.ΔΙ.Π.Υ. Α.Ε.), ο οποίος τελεί υπό την εποπτεία του Υπουργείου Υγείας. Σκοπός του είναι η βελτίωση της υγείας του πληθυσμού μέσω της βελτίωσης της ποιότητας των υπηρεσιών που παρέχει το Ελληνικό Σύστημα Υγείας. Στο πλαίσιο αυτό γίνονται δράσεις για τη διασφάλιση καθολικής κάλυψης υγείας και ίσης πρόσβασης, αλλά και τη βελτίωση των αποτελεσμάτων υγείας του πληθυσμού. Ο Ο.ΔΙ.Π.Υ. συνεργάζεται στενά με όλους τους εμπλεκόμενους φορείς ώστε να προκύψει τεκμηριωμένος στρατηγικός σχεδιασμός για την αντιμετώπιση των αναγκών υγείας του πληθυσμού.

3 ΦΕΚ 37/Α/2-3-2001

4 ΦΕΚ 129/Α/3-8-2010

5 ΦΕΚ 228/Α/2-11-2011

6 ΦΕΚ 149/Α/1-8-2020

Κεφάλαιο 3^ο

Συμμετοχή του ασθενή στη δική του φροντίδα

Τα άτομα που χρησιμοποιούν υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης διαδραματίζουν ουσιαστικό ρόλο ως συμπαραγωγοί της υγείας τους και αντιπροσωπεύουν ένα συνεπή παράγοντα σε όλη τη διαδρομή της περίθαλψης. Επίσης, διατηρούν σημαντικές πληροφορίες για τη βελτίωση των διαδικασιών, των συστημάτων και της πολιτικής. Η αξιοποίηση ενός τόσο πλούσιου πόρου θα μπορούσε να συμβάλει σημαντικά στη βελτίωση της ασφάλειας στην πρωτοβάθμια περίθαλψη (World Health Organization , 2016).

Η συμμετοχή των ασθενών αναφέρεται στη διαδικασία οικοδόμησης της ικανότητας των ασθενών, των οικογενειών, των φροντιστών, καθώς και των παρόχων υγειονομικής περίθαλψης, να διευκολύνουν και να υποστηρίξουν την ενεργό συμμετοχή των ασθενών στη δική τους φροντίδα, προκειμένου να ενισχυθεί η ασφάλεια, η ποιότητα και η ανθρωποκεντρικότητα της παροχής υπηρεσιών υγειονομικής περίθαλψης (World Health Organization , 2016).

Οι ασθενείς έχουν την ασφάλεια και την ευημερία τους ως πρωταρχικούς οδηγούς και έτσι μπορούν να το θέσουν ως προτεραιότητα στην υγειονομική περίθαλψη που λαμβάνουν. Αντίθετα, οι επαγγελματίες υγείας έχουν πολλαπλές ανταγωνιστικές προτεραιότητες, οι οποίες μερικές φορές μπορεί να φαίνεται ότι συγκρούονται με την ασφάλεια των ασθενών, όπως πχ οικονομικές προτεραιότητες. Επιπλέον, οι ενημερωμένοι ασθενείς είναι πιο πιθανό να αισθάνονται σίγουροι να αναφέρουν τόσο τις θετικές όσο και τις αρνητικές εμπειρίες και συνεργάζονται καλύτερα όταν τα σχέδια διαχείρισης φροντίδας είναι αμοιβαία συμφωνημένα. Αυτό όχι μόνο βελτιώνει τα αποτελέσματα της υγείας, αλλά προάγει επίσης τη γνώση και τη βελτίωση, ενώ μειώνει τις ανεπιθύμητες ενέργειες (World Health Organization , 2016).

Ικανοποίηση ασθενή

Η ικανοποίηση του ασθενούς δεν είναι μια σαφώς καθορισμένη έννοια, αν και συνήθως φαίνεται να αντιπροσωπεύει στάσεις για τη φροντίδα ή πτυχές της φροντίδας (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002). Σύμφωνα με τον ορισμό του Fitzpatrick η ικανοποίηση των ασθενών ορίζεται ως η «αξιολόγηση από τον ασθενή μιας ληφθείσας υπηρεσίας όπου η αξιολόγηση περιέχει τόσο γνωστικές όσο και συναισθηματικές αντιδράσεις»

(Fitzpatrick, 1997). Οι έρευνες εμπειρίας φροντίδας ασθενών αξιολογούν τον βαθμό στον οποίο η φροντίδα είναι προσανατολισμένη στον ασθενή-χρήστη (Price, και συν., 2014).

Οι έρευνες ικανοποίησης ασθενών χρησιμοποιούνται ως εργαλείο για τον εντοπισμό κενών και την ανάπτυξη αποτελεσματικών στρατηγικών για τη βελτίωση της ποιότητας στον κλάδο της υγειονομικής περίθαλψης. Η ικανοποίηση των ασθενών μετρά το αντιληπτό επίπεδο ποιότητας της περίθαλψης και λειτουργεί ως μέσο ανατροφοδότησης για τους παρόχους υγειονομικής περίθαλψης, παρέχοντας τους πολύτιμες γνώσεις σχετικά με διάφορες πτυχές της υγειονομικής περίθαλψης, όπως η αποτελεσματικότητα της φροντίδας και το επίπεδο κατανόησης τους (Chandra, Ward, & Mohammadnezhad, 2019).

Οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας ζητούν όλο και περισσότερο πιο ανταποκρινόμενα, ανοιχτά και διαφανή συστήματα υγειονομικής περίθαλψης. Επιπλέον, αναμένουν από τους επαγγελματίες υγείας να τους εμπλέξουν στη διαδικασία λήψης αποφάσεων, καθώς η εμπλοκή των ασθενών σε θέματα που αφορούν την υγεία τους αναγνωρίζεται ολοένα και περισσότερο ως αναπόσπαστο μέρος της υγειονομικής περίθαλψης και κρίσιμο στοιχείο των ασφαλών υπηρεσιών με επίκεντρο τον άνθρωπο (World Health Organization , 2016).

Η υγειονομική περίθαλψη που βελτιώνει την υγεία μόνο υπό κάποια περιορισμένη τεχνική έννοια, αλλά δεν βελτιώνει την ποιότητα ή τη διάρκεια ζωής, δεν είναι πιθανό να θεωρηθεί ως ωφέλιμη από τους ασθενείς (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002).

Παράγοντες που καθορίζουν την ικανοποίηση των ασθενών

Σε αυτή την ενότητα θα γίνει μια προσπάθεια εστίασης στους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών. Μελέτες έχουν δείξει ότι ορισμένοι από τους παράγοντες που σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών περιλαμβάνουν την ενημέρωση και την επικοινωνία, τη συνέχεια της περίθαλψης, την ασφάλεια, τους χρόνους αναμονής, τη στάση εξυπηρέτησης του ιατρικού προσωπικού, την τεχνολογία των υπηρεσιών, την εμπιστοσύνη και τις προσδοκίες των ασθενών και το κόστος (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002; Saldivar, Carter, Filipp, Gurka, & Davis, 2019; Chandra, Ward, & Mohammadnezhad, 2019; Fang, Liu, & Fang, 2019; Bleustein, Rothschild, Valen, Valatis, Schweitzer, & Jones, 2014).

Οι ικανότητες, οι επικοινωνιακές δεξιότητες των γιατρών και η ψυχολογική υποστήριξη που παρέχουν στους ασθενείς και η ικανοποίηση των ασθενών έχουν ισχυρή συσχέτιση. Οι

γιατροί που έχουν βελτιωμένες επικοινωνιακές δεξιότητες, ενσυναίσθηση και αλληλεπίδραση με τους ασθενείς έχουν θετική επίδραση στην ικανοποίηση των τελευταίων (Biglu, Nateq, Ghojzadeh, & Asgharzadeh, 2014; Φερεντίνου, Πρεζεράκος, Γιαννακοπούλου, Σαχλάς, Θεοφίλου, & Ζυγά, 2014). Η εμπιστοσύνη των ασθενών στους γιατρούς τους και η αποτελεσματική επικοινωνία μεταξύ γιατρού και ασθενών έχουν θετικές επιπτώσεις στα αποτελέσματα της υγείας. Η εμπιστοσύνη έχει θετικό αντίκτυπο στους ασθενείς, ενισχύει τη συμμόρφωση του ασθενούς στη φαρμακευτική αγωγή και τη θεραπεία, ενώ συμβάλει και στην αύξηση της ικανοποίησής τους. Ωστόσο, αυτοί οι ασθενείς μπορεί να μην βιώνουν απαραίτητα αντικειμενικά καλύτερα κλινικά αποτελέσματα. Επομένως, μια σχέση εμπιστοσύνης ασθενή-παρόχου κάνει τους ασθενείς να πιστεύουν ότι λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα. Η εμπιστοσύνη των ασθενών, η σωστή επικοινωνία γιατρού-ασθενούς και η ικανοποίηση των ασθενών είναι αλληλένδετα (Chandra, Ward, & Mohammadnezhad, 2019).

Η αυξημένη ικανοποίηση των ασθενών έχει συσχετιστεί με την ασφάλεια των ασθενών στα νοσοκομεία και τη λιγότερη χρήση υγειονομικής περίθαλψης (Price, et al., 2014). Η ασφάλεια και η ικανοποίηση είναι πιθανό να συνδέονται, επειδή και οι δύο είναι εκδηλώσεις μιας υποκείμενης νοσοκομειακής κουλτούρας που δεσμεύεται για την ευημερία των ασθενών και μιας διοίκησης νοσοκομείου που λαμβάνει μέτρα για να ανταποκριθεί ή να υπερβεί τις προσδοκίες των ασθενών, ενώ προάγει τη φροντίδα χωρίς σφάλματα. Τα βήματα που λαμβάνονται για τη βελτίωση, π.χ., μια πρακτική ασφάλειας ασθενών στο νοσοκομείο, θα οδηγήσουν τελικά σε βελτιώσεις στην ικανοποίηση των ασθενών (Wolosin, 2008).

Επιπλέον, η ικανοποίηση των ασθενών συνδέεται με τον εξοπλισμό και τις ανέσεις της μονάδας φροντίδας (Ferentinou, Giannakopoulou, Prezerakos, Sachlas, Theofilou, & Zyga, 2016).

Η συνέχεια της περίθαλψης σχετίζεται με την ποιότητα της φροντίδας με την πάροδο του χρόνου. Είναι η διαδικασία μέσω της οποίας ο ασθενής και η ομάδα φροντίδας υπό την ηγεσία του/της γιατρού συμμετέχουν συνεργατικά στη συνεχή διαχείριση της περίθαλψης προς τον κοινό στόχο της υψηλής ποιότητας και της οικονομικά αποδοτικής ιατρικής περίθαλψης (American Academy of Family Physicians, 2022).

Οι προσδοκίες του ασθενούς παίζουν σημαντικό ρόλο στην αξιολόγηση της εμπειρίας κατά την περίθαλψη. Όσοι έχουν χαμηλές προσδοκίες μπορεί να είναι ευχαριστημένοι με μέτριες

επιδόσεις. Εκείνοι με διογκωμένες προσδοκίες μπορεί να απογοητευτούν, ακόμη και όταν τους παρέχεται εξαιρετική εξυπηρέτηση. Επιπλέον, κάποιες φορές τα θετικά αποτελέσματα για τους ασθενείς θα συσχετιστούν με αυξημένες βαθμολογίες ικανοποίησης, χωρίς αυτός να είναι ο κανόνας. Ως ένα από τα πολλά παραδείγματα, οι ασθενείς με συμπεριφορά αναζήτησης φαρμάκων μπορεί να έχουν ακατάλληλες απαιτήσεις και απογοήτευση από τη λήψη ιατρικών αποφάσεων που έχουν σχεδιαστεί με γνώμονα τα καλύτερα συμφέροντα τους (Saldivar, Carter, Filipp, Gurka, & Davis, 2019).

Οι μεγάλοι χρόνοι αναμονής συσχετίζονται αρνητικά με τις βαθμολογίες στην ικανοποίηση των ασθενών. Επιπλέον, κάθε πτυχή της εμπειρίας του ασθενούς, ειδικά η εμπιστοσύνη στον πάροχο περίθαλψης και η αντιληπτή ποιότητα της φροντίδας συσχετίζονται αρνητικά με τους μεγαλύτερους χρόνους αναμονής (Bleustein, Rothschild, Valen, Valatis, Schweitzer, & Jones, 2014). Επιπλέον, η δυσαρέσκεια μεταξύ των ασθενών προκύπτει από το υψηλό κόστος, συμπεριλαμβανομένων των ακριβών φαρμάκων, του υψηλού κόστους εξετάσεων, των ακριβών ιατρικών συσκευών και της υπερβολικής θεραπείας (Fang, Liu, & Fang, 2019).

Τέλος, έχει υποστηριχτεί ότι ο τρόπος που τίθεται η ερώτηση στους ασθενείς παίζει ρόλο στην απάντηση που θα δώσουν και κατ' επέκταση στο βαθμό της ικανοποίησης που θα καταγραφεί. Συγκεκριμένα, η διαφωνία με μια ερώτηση με αρνητικό τόνο είναι πολύ πιθανό να συμβεί από ότι η συμφωνία με μια ερώτηση με θετικό τόνο. Αυτά τα χαρακτηριστικά θα πρέπει να λαμβάνονται υπόψη κατά το σχεδιασμό εργαλείων μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών (Saldivar, Carter, Filipp, Gurka, & Davis, 2019).

Δημογραφικοί παράγοντες και ικανοποίηση

Πολλές έρευνες εστιάζουν στη σχέση μεταξύ δημογραφικών στοιχείων του ασθενή και στο βαθμό της ικανοποίησης του. Η ηλικία, το φύλο και το επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται να συσχετίζονται με το επίπεδο εμπιστοσύνης των ασθενών. Οι έρευνες αυτές δίνουν μικτά αποτελέσματα.

Ορισμένες μελέτες καταλήγουν στο συμπέρασμα ότι δεν υπάρχει σχέση μεταξύ της ηλικίας και της ικανοποίησης των ασθενών, ενώ ορισμένες αποδεικνύουν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι γενικά πιο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Στις έρευνες που η ηλικία αναφέρεται συχνά ως καθοριστικός παράγοντας ικανοποίησης, παρατηρείται θετική συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και της ηλικίας τους (Jenkinson, Coulter,

Bruster, Richards, & Chandola, 2002; Ayrançi & Atalay, 2019; Chandra, Ward, & Mohammadnezhad, 2019). Αυτό σημαίνει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι πιο ικανοποιημένοι από τους νεότερους ασθενείς για τη φροντίδα που λαμβάνουν. Αυτό μπορεί να οφείλεται στο γεγονός ότι αυτή η ηλικιακή ομάδα έχει λιγότερες προσδοκίες από τους γιατρούς της. Επίσης, μπορεί να υπήρχε βελτίωση στις υπηρεσίες υγείας συνολικά, με αποτέλεσμα η μεγαλύτερη ηλικιακή ομάδα να είναι ικανοποιημένη λόγω των αλλαγών σε σχέση με τις προηγούμενες συναντήσεις τους τα προηγούμενα χρόνια (Chandra, Ward, & Mohammadnezhad, 2019). Αντίθετα, σε άλλες μελέτες η ηλικία του ασθενή δεν είχε σημαντική επίδραση στην ικανοποίηση (Fang, Liu, & Fang, 2019).

Τα αποτελέσματα στη σχετική βιβλιογραφία αναφορικά με το φύλο του ασθενή και τη συσχέτιση με την ικανοποίηση του υποδεικνύουν ένα παρόμοιο αποτέλεσμα. Κάποιες μελέτες δείχνουν ότι οι άνδρες είναι πιο ικανοποιημένοι ασθενείς (Woods & Heidari, 2003), ενώ κάποιες άλλες συσχετίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης με το γυναικείο φύλο (Butler, Oswald, & Turner, 1996). Επιπλέον, λίγες μελέτες έχουν δείξει ότι οι γυναίκες επισκέπτονται τους γιατρούς πιο συχνά από τους άνδρες. Αυτό μπορεί να εξηγηθεί από τη συνέχεια της φροντίδας που συνδέεται με την ικανοποίηση των ασθενών (Fang, Liu, & Fang, 2019).

Υπάρχουν ισχυρές ενδείξεις ότι το επίπεδο εκπαίδευσης και η ικανοποίηση των ασθενών συνδέονται, αλλά η φύση της σχέσης ποικίλλει. Σε κάποιες έρευνες οι ασθενείς χωρίς μόρφωση ή με χαμηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης εμφανίζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης (Afzal, Rizvi, Azad, Rajput, Khan, & Tariq, 2014). Επίσης, έχει υποστηριχθεί, ότι οι ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο ισχυρίζονται ότι υπερβάλλουν στις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας και ως εκ τούτου δηλώνουν υψηλότερο επίπεδο ικανοποίησης. Σε άλλες έρευνες, αποδεικνύεται επίσης ότι ένα υψηλότερο επίπεδο εκπαίδευσης οδηγεί σε υψηλότερη ικανοποίηση (Ayrançi & Atalay, 2019).

Το καθεστώς της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών σε κάποιες έρευνες φαίνεται να συσχετίζεται με τα επίπεδα ικανοποίησης τους (Hall & Dornan, 1990; Afzal, Rizvi, Azad, Rajput, Khan, & Tariq, 2014). Συγκεκριμένα, έγγαμοι ασθενείς παρουσιάζουν υψηλότερα επίπεδα ικανοποίησης.

Το επάγγελμα του ασθενούς σε αρκετές έρευνες δεν δείχνει καμία επίδραση στο επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών (Afzal, Rizvi, Azad, Rajput, Khan, & Tariq, 2014). Αντίθετα

δείχνει να υπάρχει κάποια συσχέτιση μεταξύ του κοινωνικού επιπέδου των ασθενών (Hall & Dornan, 1990) ή του επιπέδου του εισοδήματος. Σε σύγκριση με εκείνους με υψηλό εισόδημα, οι ασθενείς με πολύ χαμηλά εισοδήματα αναφέρουν ότι αντιμετωπίζουν δυσκολία πρόσβασης στη φροντίδα, κακή επικοινωνία και καθυστερήσεις στην παροχή υγειονομικής περίθαλψης (Okunrintemi, και συν., 2019).

Κεφάλαιο 4^ο

Σκοπός της έρευνας και επιμέρους στόχοι

Σκοπός της παρούσας εργασίας ήταν η αξιολόγηση των επίπεδων ικανοποίησης των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας στα εξωτερικά ιατρεία του Νοσοκομείου Νίκαιας και η διερεύνηση της συσχέτισης μεταξύ συγκεκριμένων δημογραφικών στοιχείων των ερωτηθέντων, όπως το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες που παρέχονται.

Αρχικά έγινε μια εκτενής βιβλιογραφική ανασκόπηση σχετικά με την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας και τους παράγοντες ικανοποίησης των χρηστών αυτών των υπηρεσιών. Η ικανοποίηση των ασθενών είναι ένας δείκτης ποιότητας για τις υπηρεσίες υγείας που παρέχονται από ένα νοσοκομείο, καθώς και η κύρια μέθοδος για την αξιολόγηση και την ανατροφοδότηση του συστήματος που χρησιμοποιείται για τη μέτρηση της ποιότητας. Οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών παραμένουν ένα σημαντικό μέσο για την παραγωγή αξιόπιστων δεδομένων σχετικά με την εμπειρία του ασθενούς.

Μεθοδολογία

Ερευνητικός σχεδιασμός

Στη συγκεκριμένη εργασία χρησιμοποιήθηκε μια συγχρονική μελέτη (cross-sectional study), προκειμένου να εξεταστεί η σχέση μεταξύ των κοινωνιοδημογραφικών στοιχείων και του επίπεδου ικανοποίησης των ασθενών. Η συγχρονική μελέτη είναι ένας τύπος μελέτης παρατήρησης που αναλύει δεδομένα από έναν πληθυσμό ή ένα αντιπροσωπευτικό υποσύνολο, σε μια συγκεκριμένη χρονική στιγμή. Αυτή η μέθοδος χρησιμοποιείται συχνά για την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με πιθανές σχέσεις ή για τη συλλογή προκαταρκτικών δεδομένων για την υποστήριξη περαιτέρω έρευνας και πειραματισμού.

Στη συγκεκριμένη μελέτη η ικανοποίηση των ασθενών ορίστηκε ως η εξαρτημένη μεταβλητή και τα κοινωνιοδημογραφικά στοιχεία ως η ανεξάρτητη.

Δείγμα

Στη συγκεκριμένη μελέτη χρησιμοποιήθηκε ένα δείγμα ευκολίας. Το δείγμα επιλέχθηκε από ένα τμήμα του πληθυσμού στο οποίο υπάρχει εύκολη πρόσβαση. Στην απλή τυχαία δειγματοληψία, κάθε μέλος του πληθυσμού έχει την ίδια πιθανότητα να επιλεγεί για το

σηματισμό του δείγματος με κάθε άλλο μέλος του πληθυσμού. Είναι προφανές ότι ένα τέτοιο δείγμα δεν μπορεί να είναι αντιπροσωπευτικό του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται.

Τα κριτήρια εισόδου απαιτούσαν το υποκείμενο να είναι πάνω από 18 έτη, να μιλάει την ελληνική γλώσσα και να είναι ασθενής των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου. Αντίθετα, υποκείμενα που είχαν ηλικία μικρότερη από 18 έτη, δεν μιλούσαν την ελληνική γλώσσα ή είχαν διαγνωστεί με ψυχική νόσο ή οποία δεν τους επέτρεπε να απαντήσουν με ορθολογικό τρόπο στις ερωτήσεις, αποκλείονταν από τη συνέχεια της έρευνας.

Εργασία

Η σημασία της ικανοποίησης του ασθενούς στην αξιολόγηση της ποιότητας της ιατρικής περίθαλψης οδήγησε στη δημιουργία ενός ερωτηματολογίου από τους Ware, Snyder και Wright το 1976. Το ερωτηματολόγιο αυτό περιείχε 80 ερωτήσεις στην αρχική του μορφή, οι οποίες στη συνέχεια μειώθηκαν σε 50 (Ware, 1976).

Το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε για τη συλλογή των δεδομένων είναι η σύντομη εκδοχή του ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών, το οποίο διατηρεί τα βασικά χαρακτηριστικά του αρχικού ερωτηματολογίου παρά τη σύντομη μορφή του (Patient Satisfaction Questionnaire [PSQ-18]⁷) (Marshall & Hays, 1994) (Παράρτημα Α). Το ερωτηματολόγιο αυτό απαιτεί λίγο χρόνο για να συμπληρωθεί, αλλά ταυτόχρονα προσφέρει σημαντικές πληροφορίες στον ερευνητή ώστε να εξάγει χρήσιμα συμπεράσματα.

Το PSQ-18 αποδίδει ξεχωριστές βαθμολογίες για καθεμία από τις επτά διαφορετικές διαστάσεις:

- Γενική Ικανοποίηση.
- Τεχνική Ποιότητα.
- Διαπροσωπική σχέση .
- Επικοινωνία.
- Χρηματοοικονομικές πτυχές.
- Χρόνος με τον γιατρό.

⁷ Η μετάφραση - πολιτισμική προσαρμογή του ερωτηματολογίου έγινε από τη Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου.

- Προσβασιμότητα και Ευκολία.

Ορισμένες ερωτήσεις έχουν διατυπωθεί έτσι ώστε η συμφωνία να αντικατοπτρίζει την ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη, ενώ άλλες ερωτήσεις έχουν διατυπωθεί έτσι ώστε η συμφωνία να αντικατοπτρίζει τη δυσαρέσκεια με την ιατρική περίθαλψη. Όλα τα στοιχεία πρέπει να βαθμολογούνται έτσι ώστε οι υψηλές βαθμολογίες να αντικατοπτρίζουν την ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη. Ο παρακάτω πίνακας παρουσιάζει τον τρόπο βαθμολόγησης.

Ερώτηση	Αρχική τιμή	Βαθμολογία
1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18	1	5
	2	4
	3	3
	4	2
	5	1
4, 7, 9, 10, 12, 13, 14, 16, 17	1	1
	2	2
	3	3
	4	4
	5	5

Πίνακας 1: Τρόπος Βαθμολόγησης PSQ-18

Μετά τη βαθμολόγηση των ερωτήσεων, τα στοιχεία της κάθε διάστασης υπολογίστηκαν κατά μέσο όρο μαζί για να δημιουργηθούν σε κάθε διάσταση 7 βαθμολογίες, όπως παρουσιάζεται στον παρακάτω πίνακα.

Διάσταση	Ερωτήσεις
Γενική Ικανοποίηση	3 και 17
Τεχνική Ποιότητα	2, 4, 6 και 14
Διαπροσωπική σχέση	10 και 11
Επικοινωνία	1 και 13
Χρηματοοικονομικές πτυχές	5 και 7
Χρόνος με τον γιατρό	12 και 15
Προσβασιμότητα και Ευκολία	8, 9, 16 και 18

Πίνακας 2: Δημιουργία βαθμολογιών ανά κατηγορία PSQ-18

Τυχόν στοιχεία που άφησαν κενά οι ερωτηθέντες (στοιχεία που λείπουν), αγνοήθηκαν κατά τον υπολογισμό των βαθμολογιών της κάθε κατηγορίας. Με άλλα λόγια, οι βαθμολογίες της κάθε κατηγορίας αντιπροσωπεύουν τον μέσο όρο για όλα τα στοιχεία της κατηγορίας που απαντήθηκαν.

Στη συγκεκριμένη έρευνα δεν υπήρχαν κενές απαντήσεις σε ερωτήσεις.

Διαδικασία

Η συλλογή των ερωτηματολογίων έγινε με προσωπικές συνεντεύξεις σε χρήστες υπηρεσιών των εξωτερικών ιατρείων του Νοσοκομείου. Σκοπός ήταν η συλλογή ικανοποιητικού αριθμού ερωτηματολογίων, προκειμένου να βγουν ασφαλή συμπεράσματα. Συνολικά συγκεντρώθηκαν 93 ερωτηματολόγια.

Οι ερωτήσεις διατυπώθηκαν με σαφήνεια, προκειμένου το ερωτηματολόγιο να μπορεί να απαντηθεί εύκολα. Επίσης, είναι δομημένο με μια λογική σειρά και δεν υποβάλλεται κάποια ερώτηση που υποκρύπτει ένα αφανές γεγονός.

Το ερωτηματολόγιο δόθηκε στους ασθενείς αφού πρώτα ενημερώθηκαν για το σκοπό της έρευνας και τα δικαιώματά τους. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ασθενείς διήρκεσε ελάχιστα λεπτά. Η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου από τους ερωτώμενους απαιτούσαν τη συγκατάθεση συμμετοχής τους. Οι ερωτώμενοι ενημερώθηκαν σχετικά με την εμπιστευτικότητα των πληροφοριών που θα συλλεχθούν και τη διασφάλιση της ανωνυμίας τους. Επιπλέον, τους έγινε γνωστό ότι οποιαδήποτε στιγμή θα μπορούσαν να αποσυρθούν από τη διαδικασία της έρευνας και να διακόψουν τη συμμετοχή τους. Τέλος, τους γνωστοποιήθηκαν τα στοιχεία επικοινωνίας του ερευνητή σε περίπτωση που προέκυπταν τυχόν απορίες για την έρευνα.

Στατιστική ανάλυση

Η διαχείριση των δεδομένων που συλλέχθηκαν έγινε με την πλατφόρμα λογισμικού της IBM, SPSS Statistics Version 26.

Αρχικά όλα τα δεδομένα από τα ερωτηματολόγια περάστηκαν στην πλατφόρμα, ενώ για τις μεταβλητές που αφορούν τις ερωτήσεις 1, 2, 3, 5, 6, 8, 11, 15, 18 του PSQ-18 έγινε επανακωδικοποίηση σε διαφορετικές μεταβλητές έτσι ώστε οι υψηλές βαθμολογίες να αντικατοπτρίζουν την ικανοποίηση από την ιατρική περίθαλψη. Στο πλαίσιο αυτό

δημιουργήσαμε 18 μεταβλητές που αφορούν τις αντίστοιχες ερωτήσεις του PSQ-18 και 6 μεταβλητές που αντιστοιχούν στα δημογραφικά δεδομένα.

Στη συνέχεια οι 18 μεταβλητές του PSQ-18 αξιολογήθηκαν για την αξιοπιστία τους ή αλλιώς την εσωτερική συνέπεια. Η αξιολόγηση έγινε μέσω του συντελεστή Cronbach's alpha. Όταν χρησιμοποιούμε κλίμακες τύπου Likert με τουλάχιστον 3 ή περισσότερες επιλογές απάντησης πρέπει να υπολογίζουμε και να δηλώνουμε τον συντελεστή alpha του Cronbach, όπου μας δείχνει κατά πόσο ένα σύνολο μεταβλητών μπορούν να θεωρηθούν ως μία ομάδα. Η τιμή του συντελεστή κυμαίνεται από το 0 έως το 1. Τιμές κοντά στη μονάδα υποδηλώνουν υψηλή εσωτερική συνέπεια και αξιοπιστία. Επιπλέον, μέσω των αποτελεσμάτων μπορούμε να δούμε αν αφαιρέσουμε κάποια ερώτηση- μεταβλητή αν θα μεταβληθεί ο συγκεκριμένος συντελεστής αξιοπιστίας.

Στη συνέχεια, δημιουργήσαμε 7 νέες μεταβλητές από τις υπάρχουσες, προκειμένου να αξιολογήσουμε τις 7 διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών σύμφωνα με το PSQ-18. Κάθε τομέας ελέγχεται μέσω διαφορετικών σχετικών ερωτήσεων, κάτι που έχει ουσιαστικό όφελος όταν κάποιος στοχεύει να προσδιορίσει μια συγκεκριμένη περιοχή για βελτίωση. Η γενική ικανοποίηση έχει ισχυρή συσχέτιση με τους άλλους τομείς. Οι διαστάσεις και οι ερωτήσεις που αντιστοιχούν στην κάθε μία παρουσιάζονται σε προηγούμενη ενότητα (πίνακας 2). Οι μεταβλητές αυτές, στη συνέχεια ελέγχθηκαν για κανονικότητα. Για να ελεγχθεί αν η κατανομή μίας μεταβλητής είναι συμβατή με την κανονική εφαρμόστηκε το test Kolmogorov-Smirnov.

Η κανονικότητα είναι μια βασική παραδοχή για την παραμετρική στατιστική. Αυτό σημαίνει ότι τα κλασικά στατιστικά κριτήρια για να εφαρμοστούν, θα πρέπει να ικανοποιείται η παραδοχή της κανονικότητας. Όταν δεν ικανοποιείται η παραδοχή της κανονικότητας, τότε αναγκαστικά πρέπει να υιοθετήσουμε μεθόδους (μη παραμετρικά τεστ) που δεν προϋποθέτουν την κανονικότητα.

Χρησιμοποιήθηκε περιγραφική στατιστική για τις 7 μεταβλητές ώστε να αξιολογηθεί η ικανοποίηση των ασθενών ανά διάσταση. Λόγω του ότι οι μεταβλητές δεν ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκαν μη παραμετρικές αναλύσεις συσχέτισης. Προκειμένου να εξεταστεί η επίδραση της ηλικίας των ασθενών στο βαθμό ικανοποίησης τους, χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση συσχέτισης Spearman (Spearman Correlation). Επιπλέον, για να διερευνηθεί η επίδραση του φύλου στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών

χρησιμοποιήθηκαν Mann Whitney τεστ, ενώ για να διερευνηθεί η επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης, της οικογενειακής κατάστασης και του επαγγέλματος στο βαθμό ικανοποίησης των ασθενών χρησιμοποιήθηκαν Kruskal–Wallis τεστ.

Κεφάλαιο 5^ο

Αποτελέσματα

Για λόγους επεξεργασίας των δεδομένων στους παρακάτω πίνακες, στο πεδίο του «φύλου» οι άνδρες δηλώθηκαν με την τιμή 1 και η γυναίκες με την τιμή 2. Στο πεδίο του «επιπέδου εκπαίδευσης» οι απόφοιτοι δημοτικού δηλώθηκαν με την τιμή 1, οι απόφοιτοι γυμνασίου δηλώθηκαν με την τιμή 2, οι απόφοιτοι λυκείου δηλώθηκαν με την τιμή 3, οι απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ δηλώθηκαν με την τιμή 4 και οι κάτοχοι μεταπτυχιακού τίτλου δηλώθηκαν με την τιμή 5. Στο πεδίο της «οικογενειακής κατάστασης» οι άγαμοι δηλώθηκαν με την τιμή 1, οι έγγαμοι δηλώθηκαν με την τιμή 2, οι διαζευγμένοι δηλώθηκαν με την τιμή 3 και οι χήροι δηλώθηκαν με την τιμή 4. Τέλος στο πεδίο της «επαγγελματικής κατάστασης» οι άνεργοι δηλώθηκαν με την τιμή 1, οι ιδιωτικοί υπάλληλοι δηλώθηκαν με την τιμή 2, οι δημόσιοι υπάλληλοι δηλώθηκαν με την τιμή 3, οι ελεύθεροι επαγγελματίες δηλώθηκαν με την τιμή 4, αυτοί που ασχολούνται με τα οικιακά δηλώθηκαν με την τιμή 5, οι συνταξιούχοι δηλώθηκαν με την τιμή 6, οι φοιτητές δηλώθηκαν με την τιμή 7 και με την τιμή 8 όσοι δήλωσαν κάτι άλλο.

Το εύρος των απαντήσεων στο ερωτηματολόγιο PSQ-18 κυμαίνεται από 1 έως 5 της κλίμακας Linkert. Η τιμή ένα (1) αντιστοιχεί στο «Συμφωνώ Απόλυτα», η τιμή δύο (2) αντιστοιχεί στο «Συμφωνώ», η τιμή τρία (3) αντιστοιχεί στο «Ουδέτερος», η τιμή τέσσερα (4) αντιστοιχεί στο «Διαφωνώ» και η τιμή πέντε (5) αντιστοιχεί στο «Διαφωνώ Απόλυτα»,

Δημογραφικά στοιχεία

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα αυτής της έρευνας ή μέση ηλικία των ερωτώμενων ήταν 49,71 έτη, οπού 19 ετών ήταν ο μικρότερος ερωτώμενος και 79 ετών ο μεγαλύτερος. Το 54,3% του δείγματος αποτελούνταν από άντρες (50 άτομα), ενώ το 45,7% ήταν γυναίκες (42 άτομα). Το 45,7% (42 άτομα) ήταν απόφοιτοι λυκείου, το 44,6% (41 άτομα) ήταν απόφοιτοι ΑΕΙ/ΤΕΙ και ένα 9,8% (9 άτομα) ήταν απόφοιτοι γυμνασίου. Το 46,7% (43 άτομα) ήταν παντρεμένοι, το 40,2% (37 άτομα) ήταν ανύπαντροι, το 6,5% (6 άτομα) ήταν διαζευγμένοι και το 6,5% (6 άτομα) ήταν χήροι. Τέλος, το 55,4% (51 άτομα) ήταν ιδιωτικοί υπάλληλοι, το 6,5% (6 άτομα) ήταν δημόσιοι υπάλληλοι, το 12% (11 άτομα) ήταν άνεργοι, το 19,6% (18 άτομα) ήταν συνταξιούχοι, το 3,3% (3 άτομα) ασχολούνταν με τα οικιακά, το 2,2% (2 άτομα) ήταν φοιτητές και το 1,1% (1 άτομο) δήλωσε κάτι άλλο.

	Συχνότητα	Ποσοστό
Φύλο		
Άνδρας	50	54,3
Γυναίκα	42	45,7
Επίπεδο Εκπαίδευσης		
Γυμνάσιο	9	9,8
Λύκειο	42	45,7
ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	44,6
Οικογενειακή Κατάσταση		
Άγαμος/η	37	40,2
Έγγαμος/η	43	46,7
Διαζευγμένος/η	6	6,5
Χήρος/α	6	6,5
Επάγγελμα		
Άνεργος	11	12
Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	55,4
Δημόσιος Υπάλληλος	6	6,5
Οικιακά	3	3,3
Συνταξιούχος	18	19,6
Φοιτητής	1	1,1
Άλλο	2	2,2

Πίνακας 3: Κοινωνιοδημογραφικά δεδομένα

Cronbach's alpha

Στους παρακάτω πίνακες παρουσιάζεται συντελεστής Cronbach's Alpha. Η τιμή του συντελεστή για τις συγκεκριμένες μεταβλητές (σύνολο 18) ήταν 0,877 ή 0,879, αν λάβει

υπόψη την κοινή διακύμανση, υποδηλώνοντας ότι τα στοιχεία έχουν σχετικά υψηλή εσωτερική συνέπεια⁸.

Case Processing Summary			
		N	%
Cases	Valid	92	100,0
	Excluded ^a	0	,0
	Total	92	100,0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics		
Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,877	,879	18

Πίνακας 4: Αξιοπιστία δείγματος - Cronbach's Alpha

Επιπλέον, όπως παρατηρείται από τον ακόλουθο πίνακα, ο συντελεστής Cronbach's Alpha είναι αδύνατο να αυξηθεί αν αφαιρέσουμε κάποια μεταβλητή. Ειδικότερα, προκύπτει από την τελευταία στήλη του πίνακα ότι η αφαίρεση οποιασδήποτε από τις μεταβλητές δεν οδηγεί σε αύξηση του συντελεστή.

Item-Total Statistics					
	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Q_1	55,4130	132,289	,495	,354	,871
Q_2	55,6848	130,416	,431	,474	,874
Q_3	56,0761	128,401	,511	,373	,870
Q_5	56,6848	127,911	,534	,399	,869
Q_6	55,2283	128,881	,642	,527	,867

⁸ Ένας συντελεστής αξιοπιστίας 0,70 ή υψηλότερος θεωρείται "αποδεκτός" στις περισσότερες ερευνητικές μελέτες.

Q_8	55,8043	123,676	,651	,540	,865
Q_11	55,5870	130,751	,540	,512	,870
Q_15	55,6522	130,515	,481	,462	,871
Q_18	55,8261	122,783	,670	,577	,864
Q_4	55,9565	128,987	,432	,292	,874
Q_7	56,6304	130,323	,501	,455	,871
Q_9	56,7826	131,864	,421	,344	,874
Q_10	55,7717	134,288	,301	,310	,877
Q_12	55,6522	129,218	,477	,369	,872
Q_13	55,7935	129,287	,491	,423	,871
Q_14	55,3370	131,259	,494	,458	,871
Q_16	56,8043	133,060	,341	,308	,877
Q_17	56,3804	126,348	,615	,487	,866

Πίνακας 5: Cronbach Alpha εάν διαγραφεί κάποια μεταβλητή

Ικανοποίηση ασθενών

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζονται τα αποτελέσματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών αναφορικά με την κάθε συνιστώσα του PSQ-18.

	N	Ελάχιστο	Μέγιστο	Μέση Τιμή	Τυπική Απόκλιση
Γενική Ικανοποίηση	92	1,00	5,00	3,0109	1,03238
Τεχνική Ποιότητα	92	1,50	5,00	3,6875	,76642
Διαπροσωπική σχέση	92	1,50	5,00	3,5598	,94008
Επικοινωνία	92	1,50	5,00	3,6359	,88362
Οικονομικές Πτυχές	92	1,00	5,00	2,5815	,97855
Χρόνος με το Γιατρό	92	1,00	5,00	3,5870	,88208
Πρόσβαση-Ευκολία	92	1,00	4,50	2,9348	,88164
Valid N (listwise)	92				

Πίνακας 6: Ικανοποίηση ασθενών

Η βαθμολόγηση των διαστάσεων της ικανοποίησης των ασθενών κυμαίνεται σε μια κλίμακα από το ένα (1) έως το (5).

Η πρώτη διάσταση σχετίζεται με την Γενική Ικανοποίηση των ασθενών, η οποία προκύπτει από ερωτήσεις γενικής αξιολόγησης ως προς την φροντίδα (ερωτήσεις 3 και 17). Η μέση βαθμολογία ήταν 3,0109. Η βαθμολογία αυτή αντιστοιχεί στην ικανοποίηση των ασθενών ως προς το επίπεδο της ιατρικής φροντίδας που λαμβάνουν.

Στη συνέχεια εξετάζεται η διάσταση της Τεχνικής Ποιότητας (ερωτήσεις 2,4,6 και 14). Στην κατηγορία αυτή αξιολογούνται τα μέσα που διαθέτει η μονάδα φροντίδας, οι ικανότητες του ιατρικού προσωπικού και ο βαθμός της προσοχής που δείχνουν κατά την εξέταση και τη θεραπεία των ασθενών. Η μέση βαθμολογία ήταν 3,6875, η υψηλότερη από τις 7 συνιστώσες. Η βαθμολογία αυτή αντιστοιχεί στην ικανοποίηση των ασθενών ως προς τις ικανότητες και την προσοχή των ιατρών που τους φροντίζουν, αλλά και τα μέσα που διαθέτουν.

Η επόμενη διάσταση αφορά τη Διαπροσωπική σχέση (ερωτήσεις 10 και 11), όπου αξιολογείται ο τρόπος συμπεριφοράς του ιατρικού προσωπικού προς τους ασθενείς. Ειδικότερα, εξετάζεται αν οι ιατροί φέρονται αυστηρά επαγγελματικά και απρόσωπα στους ασθενείς ή αν τους συμπεριφέρονται με ευγένεια και φιλικό τρόπο. Η μέση βαθμολογία ήταν 3,5598.

Η επόμενη διάσταση αφορά την Επικοινωνία (ερωτήσεις 1 και 13). Στην κατηγορία αυτή αξιολογείται η ικανότητα των ιατρών να εξηγούν το λόγο που γίνονται οι ιατρικές εξετάσεις και ο βαθμός στον οποίο ακούν τις τυχόν προτάσεις ή παρεμβάσεις των ασθενών. Η μέση βαθμολογία ήταν 3,6359.

Η επόμενη διάσταση εξετάζει το βαθμό ικανοποίησης των ασθενών σχετικά με τα έξοδα που καλούνται να πραγματοποιήσουν προκειμένου να έχουν την κατάλληλη ιατρική φροντίδα (ερωτήσεις 5 και 7). Η μέση βαθμολογία ήταν 2,5815, η χαμηλότερη από όλες τις συνιστώσες. Η βαθμολογία αυτή αντιστοιχεί στην ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με τα χρήματα που καλούνται να πληρώσουν κάθε φορά προκειμένου να έχουν την κατάλληλη φροντίδα.

Στη συνέχεια αξιολογείται η ικανοποίηση των ασθενών σχετικά με το χρόνο που περνάνε με τον γιατρό (ερωτήσεις 12 και 15). Ειδικότερα, εξετάζεται ο χρόνος που αφιερώνουν οι ιατροί στους ασθενείς τους και τυχόν βιασύνες από τη μεριά των ιατρών κατά τη διάρκεια της θεραπείας. Η μέση βαθμολογία ήταν 3,5870.

Τέλος, αξιολογείται η προσβασιμότητα και η ευκολία των ασθενών στις υπηρεσίες φροντίδας (ερωτήσεις 8,9,16 και 18). Συγκεκριμένα, οι ασθενείς ρωτήθηκαν σχετικά με την πρόσβαση που έχουν σε ιατρούς, τους χρόνους αναμονής κατά την επίσκεψη τους στις μονάδες φροντίδας και την ευκολία κλεισίματος ραντεβού για εξέταση. Η μέση βαθμολογία ήταν 2,9348.

Έλεγχος Κανονικότητας

Διεξήχθη έλεγχος κανονικότητας στο δείγμα με τη βοήθεια του στατιστικού κριτηρίου Kolmogorov-Smirnov.

Tests of Normality						
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Γενική Ικανοποίηση	,202	92	,000	,924	92	,000
Τεχνική Ποιότητα	,158	92	,000	,935	92	,000
Διαπροσωπική σχέση	,115	92	,004	,949	92	,001
Επικοινωνία	,160	92	,000	,945	92	,001
Οικονομικές Πτυχές	,133	92	,000	,954	92	,003
Χρόνος με το Γιατρό	,178	92	,000	,938	92	,000
Πρόσβαση-Ευκολία	,129	92	,001	,948	92	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Πίνακας 7: Έλεγχος Κανονικότητας

Όπως παρατηρείται, το επίπεδο σημαντικότητα για τις 7 μεταβλητές ήταν μικρότερο του 0,05. Η κατανομή του πληθυσμού από τον οποίο προέρχεται το δείγμα μας δεν είναι από κανονικά κατανομημένο πληθυσμό. Με άλλα λόγια δεν τηρείται το κριτήριο της κανονικότητας στο δείγμα μας.

Συσχέτιση/επίδραση ικανοποίησης ασθενών και δημογραφικών στοιχείων

Στην ενότητα αυτή διεξήχθησαν κάποιοι έλεγχοι για την ύπαρξη συσχέτισης μεταξύ των μεταβλητών ικανοποίησης των ασθενών και των δημογραφικών τους στοιχείων. Συγκεκριμένα, εξετάστηκε τυχόν συσχέτιση/επίδραση των μεταβλητών ικανοποίησης με την ηλικία των ασθενών, το φύλο τους, το επίπεδο εκπαίδευσης τους, την οικογενειακή τους κατάσταση και το επάγγελμά τους.

Για τη συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε ένα μη παραμετρικό τεστ και συγκεκριμένα η ανάλυση συσχέτισης Spearman. Ο λόγος επιλογής της συγκεκριμένης μεθόδου είναι η έλλειψη κανονικότητας από το δείγμα. Η τιμές του δείκτη κυμαίνονται από -1 (τέλεια αρνητική συσχέτιση) έως 1 (τέλεια θετική συσχέτιση). Όπως παρατηρούμε στον πίνακα που ακολουθεί, παρατηρείται σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,01 θετική συσχέτιση της ηλικίας των ασθενών με την ικανοποίηση που έχουν από την Τεχνική Ποιότητα (0,381), τη Διαπροσωπική Σχέση (0,270) και την Πρόσβαση & Ευκολία (0,298). Επιπλέον, σε επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας 0,05 παρατηρείται θετική συσχέτιση με τη Γενική Ικανοποίηση (0,232) και τις Οικονομικές Πτυχές (0,209). Οι παραπάνω συσχετίσεις υποδηλώνουν ότι καθώς αυξάνεται η ηλικία των ασθενών, αυξάνεται το επίπεδο ικανοποίησης τους στις αντίστοιχες κατηγορίες.

		Correlations								
			Ηλικία	Γενική_Ικανοποίηση	Τεχνική_Ποιότητα	Διαπροσωπικός_Τρόπος	Επικοινωνία	Οικονομικές_Πτυχές	Χρόνος_με_το_Γιατρό	Πρόσβαση_Ευκολία
Spearman's rho	Ηλικία	Correlation Coefficient	1,000	,232*	,381**	,270**	,191	,209*	,193	,298**
		Sig. (2-tailed)	.	,026	,000	,009	,069	,045	,065	,004
		N	92	92	92	92	92	92	92	92
	Γενική_Ικανοποίηση	Correlation Coefficient	,232*	1,000	,535**	,232*	,262*	,458**	,367**	,483**
		Sig. (2-tailed)	,026	.	,000	,026	,012	,000	,000	,000
		N	92	92	92	92	92	92	92	92
	Τεχνική_Ποιότητα	Correlation Coefficient	,381**	,535**	1,000	,348**	,360**	,421**	,366**	,501**
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.	,001	,000	,000	,000	,000
		N	92	92	92	92	92	92	92	92
	Διαπροσωπικός_Τρόπος	Correlation Coefficient	,270**	,232*	,348**	1,000	,350**	,270**	,497**	,250*
		Sig. (2-tailed)	,009	,026	,001	.	,001	,009	,000	,016
		N	92	92	92	92	92	92	92	92
	Επικοινωνία	Correlation Coefficient	,191	,262*	,360**	,350**	1,000	,324**	,302**	,532**
		Sig. (2-tailed)	,069	,012	,000	,001	.	,002	,003	,000
		N	92	92	92	92	92	92	92	92
	Οικονομικές_Πτυχές	Correlation Coefficient	,209*	,458**	,421**	,270**	,324**	1,000	,370**	,428**
		Sig. (2-tailed)	,045	,000	,000	,009	,002	.	,000	,000
		N	92	92	92	92	92	92	92	92
	Χρόνος_με_το_Γιατρό	Correlation Coefficient	,193	,367**	,366**	,497**	,302**	,370**	1,000	,337**
		Sig. (2-tailed)	,065	,000	,000	,000	,003	,000	.	,001
		N	92	92	92	92	92	92	92	92
	Πρόσβαση_Ευκολία	Correlation Coefficient	,298**	,483**	,501**	,250*	,532**	,428**	,337**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,004	,000	,000	,016	,000	,000	,001	.
		N	92	92	92	92	92	92	92	92

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).
 **. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

Πίνακας 8: Συσχέτιση ικανοποίησης ασθενών με την ηλικία

Στον παρακάτω πίνακα παρουσιάζεται τυχόν επίδραση του φύλου των ασθενών στην ικανοποίηση. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε ένα μη παραμετρικό τεστ και συγκεκριμένα η ανάλυση Mann-Whitney.

	Φύλο_Ασθενών	N	Μέσος Όρος	Επίπεδο Σημαντικότητας
Γενική_Ικανοποίηση	Άνδρας	50	49,76	0,193
	Γυναίκα	42	42,62	
	Σύνολο	92		
Τεχνική_Ποιότητα	Άνδρας	50	49,11	0,302
	Γυναίκα	42	43,39	
	Σύνολο	92		
Διαπροσωπικός_Τρόπος	Άνδρας	50	49,93	0,174
	Γυναίκα	42	42,42	
	Σύνολο	92		
Επικοινωνία	Άνδρας	50	49,79	0,191
	Γυναίκα	42	42,58	
	Σύνολο	92		
Οικονομικές_Πτυχές	Άνδρας	50	48,77	0,367
	Γυναίκα	42	43,80	
	Σύνολο	92		
Χρόνος_με_το_Γιατρό	Άνδρας	50	46,24	0,917
	Γυναίκα	42	46,81	
	Σύνολο	92		
Πρόσβαση_Ευκολία	Άνδρας	50	44,60	0,454
	Γυναίκα	42	48,76	
	Σύνολο	92		

Πίνακας 9: Επίδραση του φύλου στην ικανοποίηση ασθενών

Όπως παρατηρούμε για όλες τις μεταβλητές, η τιμή της σημαντικότητας είναι μεγαλύτερη από το 0,05. Αυτό σημαίνει ότι δεν υπάρχει σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ ανδρών και γυναικών ως προς τα επίπεδα ικανοποίησης.

Στη συνέχεια εξετάστηκε τυχόν επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης των ασθενών στην ικανοποίηση. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε ένα μη παραμετρικό τεστ και συγκεκριμένα η ανάλυση Kruskal Wallis . Ομοίως, τα επίπεδα σημαντικότητας για όλες τις μεταβλητές είναι μεγαλύτερα της τιμής 0,05 οπότε συμπεραίνουμε ότι δεν υπάρχει στατιστικά σημαντική διάφορα μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης και του επιπέδου ικανοποίησης των ασθενών.

Ranks				
	Επίπεδο			
	Επίπεδο_Εκπαίδευσης	N	Μέσος Όρος	Σημαντικότητας
Γενική_Ικανοποίηση	Γυμνάσιο	9	52,33	0,762
	Λύκειο	42	45,23	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	46,52	
	Σύνολο	92		
Τεχνική_Ποιότητα	Γυμνάσιο	9	55,94	0,515
	Λύκειο	42	46,15	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	44,78	
	Σύνολο	92		
Διαπροσωπικός_Τρόπος	Γυμνάσιο	9	58,17	0,207
	Λύκειο	42	42,11	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	48,44	
	Σύνολο	92		
Επικοινωνία	Γυμνάσιο	9	48,00	0,789
	Λύκειο	42	44,44	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	48,28	
	Σύνολο	92		
Οικονομικές_Πτυχές	Γυμνάσιο	9	51,67	0,689
	Λύκειο	42	47,65	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	44,18	
	Σύνολο	92		
Χρόνος_με_το_Γιατρό	Γυμνάσιο	9	50,00	0,808
	Λύκειο	42	44,70	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	47,57	
	Σύνολο	92		
Πρόσβαση_Ευκολία	Γυμνάσιο	9	55,78	0,358
	Λύκειο	42	48,13	
	ΑΕΙ/ΤΕΙ	41	42,79	
	Σύνολο	92		

Πίνακας 10: Επίδραση του επιπέδου εκπαίδευσης στην ικανοποίηση ασθενών

Στη συνέχεια εξετάστηκε τυχόν επίδραση της οικογενειακής κατάστασης των ασθενών στο βαθμό ικανοποίησης. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε ένα μη παραμετρικό τεστ και συγκεκριμένα η ανάλυση Kruskal Wallis. Παρατηρούμε ότι σε όλες τις διαστάσεις ικανοποίησης εκτός από τις Οικονομικές Πτυχές και το Χρόνο που περνά ο Ασθενής με το

γιατρό υπάρχει επίδραση της οικογενειακής κατάστασης. Συγκεκριμένα στις διαστάσεις της Γενικής Ικανοποίησης, της Τεχνικής ποιότητας, της Επικοινωνίας και της Πρόσβασης και Ευκολίας παρατηρείται ότι τα άτομα που είναι χήροι και διαζευγμένα τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένα από τα υπόλοιπα. Αντίστοιχα στην διάσταση της Διαπροσωπικής σχέσης, οι διαζευγμένοι και οι έγγαμοι τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι.

Ranks				
	Οικογενειακή_Κατάσταση	N	Μέσος Όρος	Επίπεδο Σημαντικότητας
Γενική_Ικανοποίηση	Άγαμος/η	37	36,47	0,014
	Έγγαμος/η	43	50,99	
	Διαζευγμένος/η	6	59,17	
	Χήρος/α	6	63,50	
	Σύνολο	92		
Τεχνική_Ποιότητα	Άγαμος/η	37	34,16	0,002
	Έγγαμος/η	43	53,12	
	Διαζευγμένος/η	6	63,67	
	Χήρος/α	6	58,00	
	Σύνολο	92		
Διαπροσωπικός_Τρόπος	Άγαμος/η	37	38,20	0,044
	Έγγαμος/η	43	52,26	
	Διαζευγμένος/η	6	62,08	
	Χήρος/α	6	40,83	
	Σύνολο	92		
Επικοινωνία	Άγαμος/η	37	36,34	0,019
	Έγγαμος/η	43	51,80	
	Διαζευγμένος/η	6	58,83	
	Χήρος/α	6	58,83	
	Σύνολο	92		
Οικονομικές_Πτυχές	Άγαμος/η	37	38,32	0,071
	Έγγαμος/η	43	52,92	
	Διαζευγμένος/η	6	55,67	
	Χήρος/α	6	41,75	
	Σύνολο	92		
Χρόνος_με_το_Γιατρό	Άγαμος/η	37	38,73	0,123
	Έγγαμος/η	43	51,23	
	Διαζευγμένος/η	6	57,33	
	Χήρος/α	6	49,67	
	Σύνολο	92		
Πρόσβαση_Ευκολία	Άγαμος/η	37	33,38	0,02

	Έγγαμος/η	43	54,71	
	Διαζευγμένος/η	6	56,83	
	Χήρος/α	6	58,25	
	Σύνολο	92		

Πίνακας 11: Επίδραση οικογενειακής κατάστασης στην ικανοποίηση ασθενών

Τέλος εξετάστηκε τυχόν επίδραση του επαγγέλματος των ασθενών στην ικανοποίηση. Για τον έλεγχο χρησιμοποιήθηκε ένα μη παραμετρικό τεστ και συγκεκριμένα η ανάλυση Kruskal Wallis . Παρατηρείται ότι σε όλες τις διαστάσεις της ικανοποίησης εκτός από τις Διαπροσωπικές σχέσεις, τις Οικονομικές Πτυχές και το Χρόνο που περνά ο Ασθενής με το γιατρό υπάρχει επίδραση του επαγγέλματος. Συγκεκριμένα στην διάσταση της Γενικής Ικανοποίησης παρατηρείται αυξημένη ικανοποίηση σε Συνταξιούχους, σε ιδιωτικούς και δημοσίους υπαλλήλους και στα άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά. Στην διάσταση της Τεχνικής ποιότητας, παρατηρείται αυξημένη ικανοποίηση σε Συνταξιούχους, σε ιδιωτικούς και δημοσίους υπαλλήλους. Στην διάσταση της Επικοινωνίας παρατηρείται αυξημένη ικανοποίηση σε άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά, σε φοιτητές και σε ιδιωτικούς υπαλλήλους. Τέλος, στην διάσταση της Πρόσβασης και Ευκολίας παρατηρείται αυξημένη ικανοποίηση σε άτομα που ασχολούνται με τα οικιακά, σε συνταξιούχους και σε ιδιωτικούς και δημοσίους υπαλλήλους.

Ranks				
	Επάγγελμα_Ασθενών	N	Μέσος Όρος	Επίπεδο Σημαντικότητας
Γενική_Ικανοποίηση	Άνεργος	11	22,68	0,020
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	48,71	
	Δημόσιος Υπάλληλος	6	40,58	
	Οικιακά	3	59,17	
	Συνταξιούχος	18	56,97	
	Φοιτητής	1	12,00	
	Άλλο	2	43,00	
	Σύνολο	92		
Τεχνική_Ποιότητα	Άνεργος	11	23,09	0,021
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	48,56	

	Δημόσιος Υπάλληλος	6	50,17	
	Οικιακά	3	43,00	
	Συνταξιούχος	18	58,11	
	Φοιτητής	1	31,00	
	Άλλο	2	20,25	
	Σύνολο	92		
Διαπροσωπικός_Τρόπος	Άνεργος	11	34,05	0,074
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	49,87	
	Δημόσιος Υπάλληλος	6	55,08	
	Οικιακά	3	23,83	
	Συνταξιούχος	18	51,00	
	Φοιτητής	1	7,00	
	Άλλο	2	16,50	
	Σύνολο	92		
Επικοινωνία	Άνεργος	11	24,23	0,036
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	50,58	
	Δημόσιος Υπάλληλος	6	48,00	
	Οικιακά	3	67,17	
	Συνταξιούχος	18	47,25	
	Φοιτητής	1	56,50	
	Άλλο	2	17,75	
	Σύνολο	92		
Οικονομικές_Πτυχές	Άνεργος	11	30,36	0,063
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	49,47	
	Δημόσιος Υπάλληλος	6	48,00	
	Οικιακά	3	79,00	
	Συνταξιούχος	18	45,19	
	Φοιτητής	1	6,00	
	Άλλο	2	38,25	
	Σύνολο	92		
Χρόνος_με_το_Γιατρό	Άνεργος	11	30,64	0,273
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	48,30	
	Δημόσιος Υπάλληλος	6	45,67	
	Οικιακά	3	53,67	
	Συνταξιούχος	18	53,33	
	Φοιτητής	1	38,00	
	Άλλο	2	22,25	
	Σύνολο	92		
Πρόσβαση_Ευκολία	Άνεργος	11	23,68	0,031
	Ιδιωτικός Υπάλληλος	51	50,30	
	Δημόσιος Υπάλληλος	6	55,75	
	Οικιακά	3	57,33	

	Συνταξιούχος	18	49,36	
	Φοιτητής	1	12,00	
	Άλλο	2	22,50	
	Σύνολο	92		

Πίνακας 12: Επίδραση επαγγέλματος στην ικανοποίηση ασθενών

Συμπεράσματα

Οι έρευνες ικανοποίησης των ασθενών είναι ζωτικής σημασίας μέτρα για την ποιότητα και την παροχή της υγειονομικής περίθαλψης, καθώς παρέχουν πληροφορίες σχετικά με τον βαθμό στον οποίο οι πάροχοι υγειονομικής περίθαλψης ανταποκρίνονται στις προσδοκίες των ασθενών.

Τα στοιχεία της συγκεκριμένης εργασίας δείχνουν ότι οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι με τη φροντίδα. Φαίνεται από τα ευρήματα της έρευνας ότι υπάρχει μεγαλύτερη ικανοποίηση ως προς τις διαστάσεις της Γενικής Ικανοποίησης των ασθενών, της Τεχνικής Ποιότητας, του Διαπροσωπικού Τρόπου, της Επικοινωνίας και του Χρόνου με το γιατρό 3,5870, ενώ στις διαστάσεις των Οικονομικών Πτυχών και της Πρόσβασης-Ευκολίας η ικανοποίηση είναι χαμηλότερη. Συγκεκριμένοι κοινωνιοδημογραφικοί παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν το επίπεδο ικανοποίησης των ασθενών. Παρατηρήθηκε θετική συσχέτιση της ηλικίας των ασθενών με τις περισσότερες παραμέτρους της ικανοποίησης τους. Η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα φαίνεται πως επιδρούν στη ικανοποίηση των ασθενών. Δεν παρατηρήθηκε σημαντικά στατιστική διαφορά μεταξύ του φύλου των ασθενών, ούτε μεταξύ του επιπέδου εκπαίδευσης ως προς τα επίπεδα ικανοποίησης.

Τα αποτελέσματα της μελέτης συμφωνούν με προηγούμενες έρευνες σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Αρκετές έρευνες αναφέρουν την ενημέρωση και την επικοινωνία, την ασφάλεια, τους χρόνους αναμονής, την πρόσβαση, τη στάση εξυπηρέτησης του ιατρικού προσωπικού, την τεχνολογία και τον εξοπλισμό των υπηρεσιών, τις προσδοκίες των ασθενών και το κόστος ως βασικούς παράγοντες που κρίνουν τα επίπεδα ικανοποίησης τους (Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002; Bleustein, Rothschild, Valen, Valatis, Schweitzer, & Jones, 2014; Ferentinou, Giannakopoulou, Prezerakos, Sachlas, Theofilou, & Zyga, 2016; Chandra, Ward, & Mohammadnezhad, 2019; Saldivar, Carter, Filipp, Gurka, & Davis, 2019). Επιπλέον, έχει προταθεί ότι η ηλικία, το φύλο, το επίπεδο εκπαίδευσης, η οικογενειακή κατάσταση και το επάγγελμα έχουν επίδραση στην ικανοποίηση των ασθενών (Woods & Heidari, 2003; Afzal, Rizvi, Azad, Rajput, Khan, & Tariq, 2014; Ayranci & Atalay, 2019; Jenkinson, Coulter, Bruster, Richards, & Chandola, 2002).

Τα στοιχεία της συγκεκριμένης μελέτης μπορεί να αξιοποιηθούν για στοχευμένες πολιτικές που επικεντρώνονται στη βελτίωση της πρόσβασης και της ευκολίας των ασθενών, στην

ενίσχυση της επικοινωνίας, στη μείωση των παραγόντων που αυξάνουν το κόστος για τους ασθενείς και εν τέλει στην αύξηση των επιπέδων ικανοποίησης τους.

Η μελέτη αυτή έχει αρκετούς περιορισμούς. Τα δεδομένα συλλέχθηκαν από συγκεκριμένο πληθυσμό (ασθενείς των εξωτερικών Ιατρείων του Γενικού Νοσοκομείου της Νίκαιας). Αν και οι ασθενείς επιλέχθηκαν με τυχαία δειγματοληψία, επιλέχθηκαν μόνο με τη θέλησή τους. Ως εκ τούτου, αυτό ίσως να δημιουργεί κάποιου είδους μεροληψία αυτοεπιλογής. Επιπλέον, για την εξαγωγή ισχυρότερων συμπερασμάτων χρειάζεται αφενός ένα μεγαλύτερο δείγμα, αφετέρου ένα πιο αντιπροσωπευτικό, με ασθενείς από εξωτερικά ιατρεία και άλλων μεγάλων νοσοκομείων της χώρας. Επίσης, μπορεί να υπάρχει πιθανότητα μεροληψίας στις απαντήσεις, καθώς το ποιοτικό ερωτηματολόγιο χρησιμοποίησε κάποιες ερωτήσεις με αρνητικό και κάποιες ερωτήσεις με θετικό τόνο. Τέλος, δεν αποτυπώθηκε η οικονομική κατάσταση των συμμετεχόντων και αυτό μπορεί να επηρέασε ελαφρώς τα αποτελέσματα καθώς μελέτες έχουν δείξει ότι η κοινωνικοοικονομική κατάσταση επηρεάζει την εμπιστοσύνη και την ικανοποίηση των ασθενών.

Βιβλιογραφία

Afzal, M., Rizvi, F., Azad, A. H., Rajput, A. M., Khan, A., & Tariq, N. (2014). Effect of demographic characteristics on patient's satisfaction with health care facility. *J Postgrad Med Inst* , σσ. 28(2):154-60.

Agency for Healthcare Research and Quality. (2015). *www.ahrq.gov*. Ανάκτηση 2022, από Types of Health Care Quality Measures: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/types.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). *www.ahrq.gov*. Ανάκτηση 2022, από Examples of Hospital Quality Measures for Consumers: <https://www.ahrq.gov/talkingquality/measures/setting/hospitals/examples.html>

Agency for Healthcare Research and Quality. (2020). *www.ahrq.gov*. Ανάκτηση 2022, από Understanding Quality Measurement: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/quality-resources/tools/chtoolbx/understand/index.html>

American Academy of Family Physicians. (2022). *www.aafp.org*. Ανάκτηση 2022, από Continuity of Care, Definition of: <https://www.aafp.org/about/policies/all/continuity-of-care-definition.html>

Arah, O. A., Custers, T., & Klazinga, N. S. (2003). *Updating the Key Dimensions of Hospital Performance: The Move Towards a Theoretical Framework*. Barcelona: WHO.

Ayranci, E., & Atalay, N. (2019). Demographic Determinants of Patient Satisfaction: A Study in a Turkish Context. *International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences* , σσ. 829 – 839.

Biglu, M.-H., Nateq, F., Ghojzadeh, M., & Asgharzadeh, A. (2014). Communication skills of physicians and patients' satisfaction. *Mater Sociomed* , σσ. 192–5.

Bleustein, C., Rothschild, D. B., Valen, A., Valatis, E., Schweitzer, L., & Jones, R. (2014). Wait times, patient satisfaction scores, and the perception of care. *Am J Manag Care* , σσ. 393-400.

Busse, R., Klazinga, N., Panteli, D., & Quentin, W. (2019). *Improving healthcare quality in Europe. Characteristics, effectiveness and implementation of different strategies*. United Kingdom: European Observatory on Health Systems and Policies and OECD .

Butler, D., Oswald, S. L., & Turner, D. E. (1996). The effects of demographics on determinants of perceived health-care service quality. The case of users and observers. *J Manag Med* , σσ. 8-20.

Carini, E., Gabutti, I., Frisicale, E. M., Di Pilla, A., Pezzullo, A. M., de Waure, C., και συν. (2020). Assessing hospital performance indicators. What dimensions? Evidence from an umbrella review. *BMC Health Services Research* .

Chandra, S., Ward, P., & Mohammadnezhad, M. (2019). Factors Associated With Patient Satisfaction in Outpatient Department of Suva Sub-divisional Health Center, Fiji, 2018: A Mixed Method Study. *Frontiers in public health* , σ. 7:183.

Definitive Healthcare. (2022). *www.definitivehc.com*. Ανάκτηση 2022, από Outpatient Care: <https://www.definitivehc.com/resources/glossary/outpatient-care>

European Observatory on Health Systems and Policies. (2012). *Health Systems, Health, Wealth and Societal Well-being*. Open University Press. .

Eurostat. (2021). *Healthcare expenditure statistics*. Ανάκτηση 2022, από ec.europa.eu: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Healthcare_expenditure_statistics#Healthcare_expenditure

Fang, J., Liu, L., & Fang, P. (2019). What is the most important factor affecting patient satisfaction – a study based on gamma coefficient. *Patient Prefer Adherence* , σσ. 515–525.

Ferentinou, . E., Giannakopoulou, M., Prezerakos, P., Sachlas, A., Theofilou, P., & Zyga, S. (2016). Measuring beliefs and satisfaction regarding nursing care among Greek patients on hemodialysis. *Journal of Behavioral Health* .

Fitzpatrick, R. (1997). The assessment of patient satisfaction. Στο C. Jenkinson, *Assessment and evaluation of health and medical care* (σσ. 85–101). Buckingham: Open University Press.

Georgoudi, E., Kyriazis, S., Mihalache, A., & Kourkouta, L. (2017). Measurement of Patient Satisfaction as a Quality Indicator of Hospital Health Services: The Case of Outpatient Clinics in General Hospital. *Science Journal of Public Health* , σσ. 128-135.

Greeneich, D. S., Long, C. O., & Miller, B. K. (1992). Patient satisfaction update: research applied to practice. *Appl Nurs Res* , σσ. 5(1):43-8.

Hall, J. A., & Dornan, M. C. (1990). Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* , σ. 30(12).

IBM. (2020). *www.ibm.com*. Ανάκτηση 2022, από What are healthcare performance measurements?: <https://www.ibm.com/topics/healthcare-performance-measurements>

Institute of Medicine (IOM). (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: DC: The National Academies Press.

Institute of Medicine (US)- Committee on Quality of Health Care in America. (2001). *Crossing the Quality Chasm: A New Health System for the 21st Century*. Washington: National Academies Press.

Jenkinson, C., Coulter, A., Bruster, S., Richards, N., & Chandola, T. (2002). Patients' experiences and satisfaction with health care: results of a questionnaire study of specific aspects of care. *Qual Saf Health Care* , σσ. 335–339.

- Kuriakose, R., Aggarwal, A., Sohi, R. K., Goel, R., Rashmi, N., & Gambhir, R. S. (2020). Patient safety in primary and outpatient health care. *J Family Med Prim Care* , σσ. 7-11.
- Lazarus, J. V. (2014). *healthsystemsglobal.org*. Ανάκτηση 2022, από A new era for the WHO health system building blocks?: <https://healthsystemsglobal.org/news/a-new-era-for-the-who-health-system-building-blocks/>
- Marshall, G. N., & Hays, R. D. (1994). *Patient Satisfaction Questionnaire Short Form (PSQ-18)*. Santa Monica: RAND.
- Martin, J., Elg, M., & Gremyr, I. (2020). *The Many Meanings of Quality: Towards a Definition in Support of Sustainable Operations*. Ανάκτηση 2022, από Total Quality Management: <https://doi.org/10.1080/14783363.2020.1844564>
- Murray, C. J., & Frenk, J. (2010). Ranking 37th--measuring the performance of the U.S. health care system. *N Engl J Med* , σσ. 362(2):98-9.
- O’Kane, M., Agrawal, S., Binder, L., Dzau, V., Gandhi, T. K., Harrington, R., και συν. (2021). *National Academy of Medicine*. Ανάκτηση 2022, από An Equity Agenda for the Field of Health Care Quality Improvement: <https://nam.edu/an-equity-agenda-for-the-field-of-health-care-quality-improvement/>
- Okunrintemi, V., Khera, R., Spatz, E. S., Salami, J. A., Elizondo, J. V., Warraich, H. J., και συν. (2019). Association of Income Disparities with Patient-Reported Healthcare Experience. *Journal of General Internal Medicine* , σσ. 884–892.
- Price, R. A., Elliott, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L., και συν. (2014). Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality. *Med Care Res Rev.* , σσ. 522-54.
- Saldivar, B., Carter, C., Filipp, S. L., Gurka, M. J., & Davis, M. K. (2019). Patient Satisfaction Surveys in the Outpatient Clinic Setting: The Variability of Response With Positively or Negatively Toned Questions. *The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing* , σσ. 1–7.
- Ware, J. E. (1976). *Development and validation of scales to measure patient satisfaction with health care services: Volume III [of a] final report: conceptualization and measurement of health as a value Unknown Binding*. National Technical Information Service.
- WHO . (2019). *www.who.int*. Ανάκτηση 2022, από Patient Safety: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- WHO Regional Office for Europe’s Health Evidence Network (HEN). (2003). *How can hospital performance be*. Copenhagen: WHO .
- WHO. (2000). *The World health report 2000 : health systems : improving performance*. Geneva: World Health Organization .

WHO. (2022). *www.who.int*. Ανάκτηση 2022, από Quality of care:
https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

WHO. (2022). *www.who.int*. Ανάκτηση 2022, από Quality of care:
https://www.who.int/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1

WHO. (2022). *www.who.int*. Ανάκτηση από Number of outpatient care facilities:
<https://www.who.int/data/gho/indicator-metadata-registry/imr-details/1348>

Wolosin, R. J. (2008). *www.psqh.com*. Ανάκτηση 2022, από Safety and Satisfaction: Where are the Connections?: <https://www.psqh.com/mayjun08/satisfaction.html>

Woods, S. E., & Heidari, Z. (2003). The influence of gender on patient satisfaction. *J Gen Specif Med* , σσ. 30-5.

World Health Organization . (2016). *Patient Engagement: Technical Series on Safer Primary Care*. Geneva: World Health Organization .

World Health Organization. (2007). *Everybody's business -- strengthening health systems to improve health outcomes : WHO's framework for action*. Geneva: World Health Organization.

Μπουρσανίδης, Χ. (2022). *Συστήματα & Πολιτικές Υγείας. 12η Βελτιωμένη Έκδοση* . Αθήνα: ΕΣΔΔΑ.

Φερεντίνου, Ε., Πρεζεράκος, Π., Γιαννακοπούλου, Μ., Σαχλάς, Α., Θεοφίλου, Π., & Ζυγά, Σ. (2014). Ανάπτυξη και Μέτρηση της Αξιοπιστίας και της Εγκυρότητας Ελληνικού Ερωτηματολογίου Ικανοποίησης Ασθενών με Χρόνια Νεφρική Νόσο που υποβάλλονται σε Αιμοκάθαρση. *HELLENIC JOURNAL OF NURSING* , σσ. 276–288.

Παράρτημα Α**PATIENT SATISFACTION QUESTIONNAIRE - ΣΥΝΤΟΜΗ ΜΟΡΦΗ****(PSQ-18)**

Οι ερωτήσεις που ακολουθούν σχετίζονται με το πώς αισθάνεστε για την ιατρική φροντίδα που λαμβάνετε

Απαγορεύεται η χρήση του ερωτηματολογίου χωρίς τη χορήγηση άδειας.

Μετάφραση - Πολιτισμική Προσαρμογή: Δρ. Παρασκευή Θεοφίλου

Στις επόμενες σελίδες οι ασθενείς εκφράζουν την άποψή τους σχετικά με την ιατρική φροντίδα. Παρακαλούμε να διαβάσετε την κάθε πρόταση προσεκτικά έχοντας στο νου σας την ιατρική φροντίδα που λαμβάνετε τώρα (εάν δεν έχετε λάβει ιατρική φροντίδα πρόσφατα, σκεφτείτε τί θα περιμένατε, εάν χρειαζόσασταν φροντίδα σήμερα). Ενδιαφερόμαστε για τα συναισθήματά σας, θετικά ή αρνητικά, σχετικά με την ιατρική φροντίδα που έχετε λάβει.

Πόσο συμφωνείτε ή διαφωνείτε με τις παρακάτω προτάσεις;

Απαντήστε κυκλώνοντας έναν από τους αριθμούς της κλίμακας σε καθεμία πρόταση.

	Συμφωνώ απόλυτα	Συμφωνώ	Ουδέτερος/η	Διαφωνώ	Διαφωνώ απόλυτα
1. Οι γιατροί είναι καλοί στο να εξηγούν το λόγο που γίνονται οι ιατρικές εξετάσεις	1	2	3	4	5

- | | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 2. | Νομίζω ότι η υπηρεσία όπου εργάζεται ο γιατρός μου διαθέτει όλα τα απαραίτητα για την παροχή ολοκληρωμένης ιατρικής φροντίδας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. | Η ιατρική φροντίδα που λαμβάνω είναι τέλεια | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. | Μερικές φορές οι γιατροί με κάνουν να αναρωτιέμαι εάν η διάγνωσή τους είναι σωστή | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. | Αισθάνομαι σίγουρος/η ότι μπορώ να έχω την ιατρική φροντίδα που χρειάζομαι χωρίς να μειωθούν οι οικονομικές μου απολαβές | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. | Όταν πηγαίνω για ιατρική φροντίδα, οι γιατροί είναι προσεκτικοί στο να ελέγχουν τα πάντα στη θεραπεία και την εξέταση | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. | Πρέπει να πληρώνω περισσότερο από όσο μπορώ για την ιατρική μου φροντίδα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. | Έχω εύκολη πρόσβαση στους γιατρούς τους οποίους χρειάζομαι | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 9. Όπου και αν πηγαίνω για
ιατρική φροντίδα, οι ασθενείς πρέπει
να περιμένουν πολύ, ακόμα και όταν η
θεραπεία τους είναι επείγουσα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Οι γιατροί ενεργούν αυστηρά
επαγγελματικά και απρόσωπα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Οι γιατροί μου μού
συμπεριφέρονται πολύ φιλικά
και ευγενικά | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Αυτοί που μου παρέχουν
ιατρική φροντίδα, μερικές φορές
βιάζονται πολύ κατά τη διάρκεια της
θεραπείας | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Οι γιατροί μερικές φορές
αγνοούν αυτά που τους λέω | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Έχω μερικές αμφιβολίες για τις
ικανότητες των γιατρών που έχουν
αναλάβει τη θεραπεία μου | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Οι γιατροί αφιερώνουν συνήθως
πολύ χρόνο για την ιατρική μου
φροντίδα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Είναι δύσκολο να κλείσω ραντεβού
για ιατρική φροντίδα σύντομα | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Είμαι δυσαρεστημένος/η με κάποια
πράγματα που αφορούν την ιατρική | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

μου φροντίδα

18. Μπορώ να έχω ιατρική φροντίδα,
όποτε τη χρειάζομαι

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---



Ε.Π.
**ΜΕΤΑΡΡΥΘΜΙΣΗ
ΔΗΜΟΣΙΟΥ
ΤΟΜΕΑ**



Με τη συγχρηματοδότηση της Ελλάδας και της Ευρωπαϊκής Ένωσης

Εθνική Σχολή Δημόσιας Διοίκησης και Αυτοδιοίκησης (Ε.Σ.Δ.Δ.Α.)

Πειραιώς 211, ΤΚ 177 78, Ταύρος

τηλ: 2131306349 , fax: 2131306479

www.ekdd.gr