
**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΧΑΡΛΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ**



**ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗΣ
ΕΠΙΣΤΗΜΗΣ**

**ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ της ΥΓΕΙΑΣ»**

**ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ:
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ
ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ**

ΧΑΡΛΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ ΑΜ ΔΥ 1150

Επιβλέπων: Βοζίκης Αθανάσιος, Επίκουρος Καθηγητής, Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Διπλωματική Εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικής Επιστήμης
του Πανεπιστημίου Πειραιώς για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση της Υγείας.

Πειραιάς, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

UNIVERSITY of PIRAEUS



**DEPARTMENT of
ECONOMICS**

M.Sc. in Health Management

**STUDY AND SURVEY OF PATIENTS' DEGREE OF
SATISFACTION AFTER PROVIDING CARE IN GREEK
PRIVATE HOSPITAL HOSPITAL**

CHARLA KONSTANTINA

Master Thesis submitted to the Department of Economics
of the University of Piraeus in partial fulfillment of the requirements
for the degree of M.Sc. in Health Management

Piraeus, Greece, 2014

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΣΤΗΝ ΕΛΛΑΔΑ: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ ΕΡΕΥΝΑΣ ΣΕ ΙΔΙΩΤΙΚΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ

Σημαντικοί όροι: ικανοποίηση, ικανοποίηση ασθενών, υπηρεσίες υγείας, ανακουφιστική φροντίδα υγείας.

Περίληψη

Η μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, με σκοπό την εξαγωγή συμπερασμάτων σχετικά με το επίπεδο ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών σχετικά με την ανακούφιση του πόνου στα νοσοκομεία κρίνεται αναγκαία και αναπόφευκτη στις μέρες μας.

Σκοπός της εργασίας είναι η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των ασθενών για την ανακουφιστική φροντίδα από τις παρεχόμενες σε αυτούς υπηρεσίες υγείας. Ανώτεροι στόχοι της είναι η διατύπωση προτάσεων που σχετίζονται με τα ευρήματα της έρευνας και θα συμβάλλουν στη βελτίωση των παρεχόμενων υγείας.

Υλικό- μέθοδος : Για την εκτίμηση της ικανοποίησης χρησιμοποιήθηκε σταθμισμένο ερωτηματολόγιο το οποίο συμπληρώθηκε από 100 νοσηλευθέντες ασθενείς κατά την περίοδο Αύγουστο και Σεπτέμβριο 2013. Η συμμετοχή στην έρευνα ήταν προαιρετική και οι ασθενείς ενημερωνόταν για το σκοπό της.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών του δείγματος από τη συνολική φροντίδα που τους προσφέρθηκε εμφανίζεται άνω του μετρίου ικανοποιημένη από τις παροχές των υπηρεσιών υγείας από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και από το ιατρικό προσωπικό. Οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι αρκετά από τις παροχές υγείας όμως δε γνωρίζουν τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης του πόνου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

STUDY AND SURVEY OF PATIENTS' DEGREE OF SATISFACTION AFTER PROVIDING CARE IN GREEK PRIVATE HOSPITAL

Keys words: satisfaction, patient's satisfaction, health services, and palliative care.

Abstract

The measurement of patient's satisfaction aims to draw conclusions about the quality of services for palliative care provided in the hospitals. This task is nowadays necessary and inevitable.

The purpose of the research is to investigate the degree of patient's satisfaction from the palliative care of health services. Its objectives are the formulation of proposals that will be related to current research conclusions and will contribute to the improvement of the health services.

Material- method: For the assessment of satisfaction, a standardized patient questionnaire was used, fulfilled by 100 patients at the period from August to September 2013. Participation to the research was optional and the patients were informed of its aims.

Results: With respect to the total care offered, the majority of patients were satisfied beyond average from health services of the nursing personnel and also from the medical personnel. The patients were satisfied enough from the health services but they didn't know anything for the palliative care with alternatives therapies to cut down the pain.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Περιεχόμενα

Περίληψη

Abstract

Κατάλογο Πινάκων

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1: ΕΙΣΑΓΩΓΗ 1

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2: Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

2.1 Εισαγωγή	9
2.2 Βασικοί ορισμοί	9
2.3 Οι διαστάσεις της ποιότητας	15
2.4 Ανακεφαλαίωση	19

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3: Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1 Εισαγωγή	21
3.2 Οι διαστάσεις της ικανοποίησης	22
3.3 Ανακεφαλαίωση	33

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4: Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ: ΕΝΝΟΙΑ, ΘΕΩΡΙΕΣ & ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ

4.1 Εισαγωγή	35
4.2 Προσδοκίες ασθενών	35
4.3 Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών	40

4.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες	47
4.5 Εξάρτηση από την φροντίδα	48
4.6 Βαθμός χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας	49
4.7 Κοινωνικό-πολιτιστικές διαφορές	49
4.8 Ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής	50
4.9 Ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου	50
4.10 Υποδείγματα και θεωρίες στην ανακουφιστική φροντίδα ασθενών	51
4.11 Ανακεφαλαίωση	59
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5: ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ : ΣΚΟΠΟΣ,ΜΕΘΟΛΟΓΙΑ, ΕΡΓΑΛΕΙΑ ΕΡΕΥΝΑΣ	
5.1 Εισαγωγή	61
5.2 Βασικές έννοιες	61
5.3 Η σχέση υγείας και οικονομίας	62
5.4 Δαπάνες υγείας – Ελλάδα και χώρες του ΟΟΣΑ	63
5.5 Η οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας στη χώρα μας	67
5.6 Η λειτουργία και χρηματοδότηση των Νοσοκομείων	67
5.7 Επιλογές για την μελέτη του κόστους	69
5.8 Μεθοδολογία	69
5.9 Πληθυσμός και διάρκεια μελέτης	70
5.10 Ανακεφαλαίωση	70
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6: ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ	73
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7: ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ- ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ	87
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	89

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1^ο:

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η φροντίδα που παρέχεται σε έναν ασθενή αντικατοπτρίζεται ουσιαστικά στην ικανοποίηση που αυτός αισθάνεται από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας. Οι ικανοποιημένοι ασθενείς διατηρούν την επικοινωνία με τον γιατρό τους και επιστρέφουν σε αυτόν για επανεκτίμηση. Οι Evanson E. & Whittington D. (1997) πιστεύουν στην αναγκαιότητα των ερευνών για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών για δυο κυρίως λόγους: ο πρώτος είναι ότι οι ασθενείς αποτελούν καταναλωτές υπηρεσιών φροντίδας υγείας και οι έρευνες που αφορούν καταναλωτές είναι βασικές για την αύξηση της αποδοτικότητας, αλλά και για τη βελτίωση μιας υπηρεσίας και ο δεύτερος ότι ο τομέας της φροντίδας υγείας είναι στο μεγάλο του μέρος χρηματοδοτούμενος από το Κράτος. Από τη στιγμή λοιπόν που οι ασθενείς είναι πολίτες, έχουν το αναφαίρετο δικαίωμα να σχολιάζουν και να εμπλέκονται στην ανάπτυξη και την εφαρμογή της πολιτικής φροντίδας υγείας.

Οι Straser et al. (2002) υποστηρίζουν ότι είναι σημαντική όχι μόνο η άποψη του ασθενή για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, αλλά και της οικογένειας και των φίλων του. Παρόλο που οι ασθενείς μπορεί να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι, και οι τρεις αυτές πληθυσμιακές ομάδες αντιπροσωπεύουν δυνητικούς μελλοντικούς ασθενείς (χρήστες υπηρεσιών υγείας) ή εντέλει μπορεί να επηρεάσουν σημαντικά τις επιλογές των ασθενών. Άλλωστε είναι πιο αποδοτικό να διατηρηθεί ένας ασθενής παρά να προσελκυστεί ένας νέος. Για το λόγο αυτό, το ενδιαφέρον των ερευνητών εστιάζεται στην αναζήτηση του τρόπου που οι ασθενείς αξιολογούν την φροντίδα που τους παρέχεται.

Η ικανοποίηση του πελάτη, συνίσταται στην παροχή αγαθών και υπηρεσιών που εκπληρώνουν τις ανάγκες του. Όσοι διαχέουν τα πλεονεκτήματα της εφαρμογής της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας (Total Quality Management) βασίζονται ακριβώς στην επίτευξη του πιο πάνω στόχου. Οι αυτοκινητοβιομηχανίες, πιθανώς ξοδεύουν περισσότερα χρήματα στις έρευνες για την εκτίμηση της- 1 - ικανοποίησης των πελατών τους, από οποιαδήποτε άλλη βιομηχανία. Η IBM, υποστηρίζει πως κάθε μοναδιαία αύξηση στο ποσοστό ικανοποίησης των πελατών, συνεπάγεται αύξηση των εσόδων της κατά \$50.000.000 σε μια πενταετία. Οι έρευνες για την εκτίμηση της

ικανοποίησης των πελατών, εκπληρώνουν δυο ανάγκες: η πρώτη είναι η ανάγκη απόκτησης πληροφοριών που βοηθούν την εταιρεία να συγκρίνει την απόδοση της μιας επιχειρησιακής μονάδας με τις υπόλοιπες, σε διαφορετικό τόπο και χρόνο. Η δεύτερη είναι οι χρήσιμες πληροφορίες ανατροφοδότησης, για την συνεχή βελτίωση της ποιότητας.

Ο Donabedian A.(1966) ήταν ο πρώτος που υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί έναν δείκτη έκβασης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Στον τομέα της φροντίδας υγείας, οι πρώτες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, πραγματοποιήθηκαν στις ΗΠΑ την δεκαετία του 1950 και ακολούθησαν άλλες μελέτες στη Μεγάλη Βρετανία την δεκαετία του 1960, συμπεριλαμβανομένης και της μελέτης του Cartwright A.(1967), στα 1967, με τίτλο: «*Ανθρώπινες σχέσεις και Νοσοκομειακή φροντίδα*». Στο μεσοδιάστημα από τα τέλη της δεκαετίας του 1960 μέχρι τα μέσα της δεκαετίας του 1970, περίπου 200 έρευνες για την ικανοποίηση των ασθενών, πραγματοποιήθηκαν στη Μεγάλη Βρετανία, ενώ από το 1980 έως το 1996 σημειώνεται μια αλματώδης αύξηση φθάνοντας τα 8.000 δημοσιευμένα άρθρα. Αυτή τη στιγμή υπάρχουν 15.347 άρθρα στο Medline, ενώ αντίστοιχος αριθμός υπάρχει και στις υπόλοιπες βάσεις δεδομένων.

Αυτή τη στιγμή, βρίσκονται σε εξέλιξη πολλές προσπάθειες διαμόρφωσης κάποιων εργαλείων για την ταξινόμηση της έκβασης της νοσηλευτικής φροντίδας. Πρόσφατα, αναπτύχθηκε από το Πανεπιστήμιο της Iowa, ένας Κώδικας Ταξινόμησης των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας (Nursing Outcomes Classification, NOC), ο οποίος έγινε αποδεκτός από τον Αμερικανικό Σύνδεσμο Νοσηλευτών και περιγράφει 190 αποτελέσματα της νοσηλευτικής φροντίδας. Η ευρεία εφαρμογή αυτών των κωδικών, διαχρονικά, επιτρέπει τον έλεγχο και την ποσοτικοποίηση κάποιων παραμέτρων της νοσηλευτικής φροντίδας, που διασφαλίζει την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Μεθοδολογικά προβλήματα κατά την εκτίμηση της ικανοποίησης

Οι Van Campen C.R., et al. (1991) προχώρησαν σε μια εξαιρετική ιστορική αναδρομή των ερευνών για την ικανοποίηση των ασθενών και την ληφθείσα ποιότητα της φροντίδας που τους παρέχεται μέσα από την οποία φάνηκε ότι η προσπάθεια αυτή ακολούθησε 3 χρονικές περιόδους:

1. Στην πρώτη περίοδο, οι μελέτες ήταν αποσπασματικές, διερευνητικές, με έντονο το στοιχείο του ατέρμονα πειραματισμού,
2. Οι μεταγενέστερες έρευνες βασίστηκαν στις πρώτες και ήταν έντονα «καταναλωτικές» και
3. Σήμερα, οι έρευνες βασίζονται στην ανάπτυξη ερμηνευτικών εννοιολογικών υποδειγμάτων που συνιστούν την αφετηρία για την ανάπτυξη και στάθμιση των αντίστοιχων κλιμάκων.

Οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, μοιάζουν με νότες, που εάν τις συνθέσουμε όλες, το αποτέλεσμα θα είναι μια «ομόφωνη παραφωνία» που παίζει μια ορχήστρα χωρίς κοινό. Ο Cohen G. σημειώνει πόσο σπουδαίο είναι να συμμετέχουν οι ασθενείς στην διατύπωση των ερωτήσεων μιας κλίμακας που εκτιμά την ικανοποίηση, αλλά και στο σχεδιασμό της, καθώς στις περισσότερες έρευνες ο κακός σχεδιασμός είναι έως τώρα η πιθανή αιτία της υποεκτιμημένης δυσαρέσκειας των ασθενών με συγκεκριμένες πτυχές της φροντίδας. Όταν ρωτήσουμε κάποιον ασθενή, εάν είναι ικανοποιημένος ή όχι με την φροντίδα που του παρέχεται, θα πάψει για κάποια δευτερόλεπτα και μετά θα απαριθμήσει μια λίστα γεγονότων που διαμορφώνουν την τελική του κρίση. Αυτά τα γεγονότα μπορεί να είναι: η δυσκολία που είχε να κλείσει κάποιο ραντεβού, η επιλογή του γιατρού, η φροντίδα που του προσφέρθηκε και η αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Το μείζον πρόβλημα με την χρήση των κλιμάκων, είναι ότι οι κλειστές ερωτήσεις οδηγούν σε υπερεκτίμηση της ικανοποίησης. Ο Fitzpatrick R. σημειώνει ότι οι απλές απαντήσεις του τύπου «ναι» ή «όχι», εμπεριέχουν μια προκατάληψη. Τα ερωτηματολόγια, θα πρέπει να αποφεύγουν γενικές ερωτήσεις, όπως: «γενικά, είστε ικανοποιημένος με τη νοσηλευτική φροντίδα;» γιατί προκαταβάλλουν τους ασθενείς να απαντήσουν θετικά. Οι Dixon P. και Carr-Hill R. (1998) ισχυρίζονται ότι μόνο οι πολύ δυσαρεστημένοι θα απαντήσουν αρνητικά σε αυτή την ερώτηση. Ο Bowling, A. (1997) αντιτίθεται στην πρακτική χρήση των κλειστών ερωτήσεων διότι στερούν την ποικιλία των απαντήσεων, συμπληρώνοντας ότι οι ερωτήσεις πρέπει να αναφέρονται σε συγκεκριμένα θέματα ή επεισόδια της φροντίδας.

Από την άλλη μεριά, η δυσαρέσκεια από κάποια πτυχή της φροντίδας, μπορεί να υπερκεραστεί από την συνολική ικανοποίηση με την φροντίδα και άρα να μην είναι σε θέση το ερωτηματολόγιο να παρέχει επαρκή πληροφόρηση στην Διοίκηση για τον

σχεδιασμό των υπηρεσιών. Οι διάφορες ομάδες του πληθυσμού, απαιτούν διαφορετική προσέγγιση και χρήση προσαρμοσμένων ερωτηματολογίων, που να απευθύνονται, για παράδειγμα, σε άτομα που ανήκουν σε εθνικές μειονότητες. Συμπερασματικά, οι ασθενείς φαίνονται ανεκτικοί στις ελλείψεις στον τομέα της υγείας και γι' αυτό ο Donabedian A. (1966) υποστηρίζει ότι: «η ποιότητα της φροντίδας είναι στην πραγματικότητα χειρότερη από αυτό που δείχνουν οι έρευνες για την ικανοποίηση».

Οι Strasser S., & Davis R.M. (1991) τονίζουν πως αυτό το σφάλμα αποτελεί έναν πραγματικό κίνδυνο για τον σχεδιασμό της έρευνας, καθώς ο σχεδιαστής της ενδέχεται να χάσει την «φαινομενολογία» των γεγονότων που συμβαίνουν κατά την διάρκεια της φροντίδας και ερμηνεύονται από τον ίδιο τον ασθενή. Συνεπώς μια έρευνα είναι πραγματικά έγκυρη μόνο εάν συλλαμβάνει και αποτυπώνει τις πτυχές, τα «φαινόμενα» της φροντίδας που προσπαθούμε να αξιολογήσουμε. Αυτά τα φαινόμενα θα πρέπει να διατυπώνονται όπως ακριβώς τα βιώνει ο ασθενής και όχι όπως πιστεύει ο ερευνητής, διότι σε αυτή την περίπτωση, η έρευνα δεν είναι έγκυρη από την μεριά του ασθενή, οπότε αυτοκαταργείται η χρηστική σκοπιμότητα της έρευνας. Για παράδειγμα, μια απάντηση στην ερώτηση πόσο ικανοποιημένος είστε από την ενεργό συμμετοχή σας στην φροντίδα που σας παρέχεται, ενδέχεται να μην αντανακλά την πραγματικότητα, αφού κανείς δεν έχει ρωτήσει τους ασθενείς εάν πράγματι θέλουν να συμμετάσχουν στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την εξέλιξη της φροντίδας τους και αν τελικά αυτή η βούληση συναρτάται με μια ποιοτική φροντίδα. Για τον ερευνητή, στην φράση: «είστε ικανοποιημένος με την ανταπόκριση του προσωπικού στο κάλεσμά σας;» ο όρος ανταπόκριση για τον ασθενή μπορεί να σημαίνει: «βρίσκεται κοντά μου αμέσως» ή «έρχεται όταν ζητώ την βοήθειά του» ή «απαντά σε όλες τις ερωτήσεις μου χωρίς δισταγμό».

Στην ερώτηση: «το φαγητό ήταν ικανοποιητικό;» κάποιοι ασθενείς θα αναφερθούν στην οσμή του φαγητού, άλλοι στην γεύση και άλλοι στο σερβίρισμα. Η απάντηση λοιπόν, δεν είναι έγκυρη ως προς το περιεχόμενο. Το ίδιο πρόβλημα εμφανίζεται και όταν ζητούμε από τον ασθενή να αξιολογήσει την παρουσία των επαγγελματιών υγείας που τον φροντίζουν. Έτσι, ρωτάμε τον ασθενή: «πόσο ικανοποιημένος είστε από τον τρόπο που σας φρόντισε ο γιατρός σας;» ή «πόσο ικανοποιημένος είστε από τον τρόπο που σας φρόντισαν οι γιατροί του Τμήματος;». Ο δεύτερος τύπος της ερώτησης, φαίνεται πιο έγκυρος, αν και καλούμε τον ασθενή να αξιολογήσει τους γιατρούς κατά μέσο όρο. Το ερώτημα είναι κατά πόσο ο ασθενής περιλαμβάνει όλο το ιατρικό

προσωπικό στην αξιολόγησή του ή περιορίζεται σε κάποιο πρόσωπο ή γεγονός αντίστοιχα. Όπως και να 'χει όμως, η απάντηση του ασθενή και στις δυο περιπτώσεις είναι αυτή που θα δώσει ενδεχομένως και μετά την αποχώρησή του από το νοσοκομείο, στους ανθρώπους που συναναστρέφεται και θα είναι η «παγιωμένη» του εντύπωση για το συγκεκριμένο νοσοκομείο. Μια εναλλακτική λύση σε αυτή την περίπτωση θα μπορούσε να είναι να ζητήσουμε από τον ασθενή να μας ονομάσει τον γιατρό του και στην συνέχεια να τον αξιολογήσει. Και αυτή η λύση, όμως, είναι προβληματική καθώς ο ασθενής μπορεί να μην γνωρίζει τον θεράποντα ιατρό του, ή το όνομά του, ή να φοβάται να προβεί σε ονομαστική αξιολόγηση, ή να μην υπάρχει ένας θεράπων ιατρός, ή τελικά αυτή η απουσία κάποιου «θεράποντος» ιατρού να είναι μια πηγή δυσαρέσκειας του ασθενή και εμείς να το συγκαλύπτουμε. Το πρόβλημα φαίνεται να είναι πολύ μεγαλύτερο όταν ζητήσουμε από τους ασθενείς να αξιολογήσουν τους νοσηλευτές οι οποίοι αποτελούν πολυπληθή ομάδα γι' αυτούς. Ο μόνος ασφαλής λοιπόν τρόπος σύμπτωσης με αυτό που ο ασθενής ορίζει ως ποιότητα και ικανοποίηση είναι οι ανοικτές ερωτήσεις και τα σχόλιά του.

Τα προβλήματα λοιπόν με τις υπάρχουσες κλίμακες, εκπορεύονται από την απουσία ενός ορισμού και μιας περιγραφής του όρου ικανοποίηση. Επομένως είναι δύσκολο κάποιος να αξιολογήσει την εγκυρότητα του περιεχομένου της κλίμακας, από τη στιγμή που δεν έχει ορίσει το αντίστοιχο περιεχόμενο του όρου ποιότητα και ικανοποίηση. Με την ίδια λογική, είναι δύσκολο να αξιολογήσει κάποιος την εγκυρότητα του κριτηρίου των ερευνών αυτών, όταν δεν γνωρίζει εάν το κριτήριο που χρησιμοποιείται, πράγματι περιγράφει με έγκυρο τρόπο τον όρο ικανοποίηση. Στην μετά-ανάλυσή τους, οι Hall J. και Dornan M., (1990) προσπάθησαν να ομαδοποιήσουν τα αποτελέσματα των ερευνών και βρήκαν ένα μέσο ποσοστό ικανοποίησης, στην κλίμακα 0-1.00, ίσο με 0.76. Η μέση ποσοστιαία αναλογία αυτών που δηλώνουν ικανοποιημένοι είναι 81%. Αυτά λοιπόν τα νούμερα, καθιστούν προβληματική την ανάλυση και την ερμηνεία των αποτελεσμάτων των ερευνών, ειδικότερα όταν το δείγμα είναι μικρό. Έτσι, όσοι παρέχουν υπηρεσίες φροντίδας υγείας, θα πρέπει να γνωρίζουν την διστακτικότητα των ασθενών να εκφράσουν αρνητικές σκέψεις και ότι ο ένας στους πέντε ασθενείς αναμένεται να εκφράσει δυσαρέσκεια με κάποια από τις πτυχές της φροντίδας τους.

Ο Sitzia J. (1997) πραγματοποίησε μια μετά-ανάλυση 195 σχετικών ερευνών, οι οποίες δημοσιεύθηκαν το 1994 σε 136 περιοδικά. Το ενδιαφέρον του επικεντρώθηκε στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία αυτών των ερευνών. Από την ανάλυση, κατέληξε

στο ότι 106 έρευνες δεν είχαν καμιά αναφορά στην εγκυρότητα και την αξιοπιστία της κλίμακας που χρησιμοποίησαν σε αντίθεση με τις 89 που έκαναν κάποια αναφορά. Οι περισσότερες έρευνες έλαβαν χώρα στις ΗΠΑ (43%), ακολούθησε η Μεγάλη Βρετανία (27%) και η υπόλοιπη Ευρώπη (13%). Τα ερωτηματολόγια που χρησιμοποιήθηκαν, εκτίμησαν την ικανοποίηση του ασθενή από κάποια παρεχόμενη υπηρεσία (νοσοκομειακή φροντίδα, πρωτοβάθμια φροντίδα) και από κάποιο Τμήμα του Νοσοκομείου (Παθολογικό, Χειρουργικό). Οι 125 έρευνες (64%) έγιναν με την βοήθεια ερωτηματολογίου που συμπληρώνει ο ασθενής, οι 55 (28%) με δομημένη συνέντευξη, και οι 9 (5%) με δομημένη ή μη δομημένη συνέντευξη.

Λαμβάνοντας υπόψη μας τους ορισμούς για την ικανοποίηση και την ληφθείσα ποιότητα της φροντίδας, είναι δυνατό να εξακριβώσουμε εάν οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί είναι έγκυρες ή όχι. Σήμερα υπάρχει μια εκτενής βιβλιογραφία που υποστηρίζει στην καλύτερη περίπτωση, ότι οι περισσότερες κλίμακες δεν είναι έγκυρες και στην χειρότερη περίπτωση, πολλές εκφράσεις της ικανοποίησης μπορεί να μην αποτελούν πραγματικές αξιολογήσεις. Συνεπώς, υπάρχει ανάγκη για συχνότερη χρήση των μεθόδων της ποιοτικής έρευνας προκειμένου τα αποτελέσματα να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό των ερωτηματολογίων. Έτσι θα είναι αντιπροσωπευτικά του τρόπου που ο ασθενής αξιολογεί την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ιδιαίτερα αν η πληθυσμιακή ομάδα είναι οι ηλικιωμένοι και οι μειονότητες. Ειδικότερα, η ποιοτική έρευνα, έχει καταλήξει στην διαπίστωση πως οι έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή δεν μπορούν να καλύψουν όλη την ποικιλία των συναισθημάτων, των αξιών και των εμπειριών του ασθενή. Λάθη προκύπτουν όταν επιλέγονται ακατάλληλες ποιοτικές μέθοδοι. Το μεγαλύτερο σφάλμα είναι η γενίκευση των αποτελεσμάτων των ερευνών που χρησιμοποιούν μικρά δείγματα πληθυσμού. Ο ασφαλέστερος τρόπος είναι ο συνδυασμός ποιοτικών και ποσοτικών μεθόδων.

Μέσα από τις έρευνες εμφανίζεται μια γενική τάση για υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ασθενών, ενώ δεν υπάρχει μια πρότυπη κλίμακα με δυνατότητα ευρείας χρήσης από τους ερευνητές και ως εκ τούτου για διαχρονικές αλλά και διακρατικές συγκρίσεις. Από την άλλη μεριά, κάποιοι διερωτώνται για τη συνολική αποτελεσματικότητα των ερευνών αυτών, ενώ άλλοι παραδέχονται ότι κάποιοι χρήστες των υπηρεσιών βαριούνται να συμμετέχουν σε ανάλογες έρευνες. Συνοπτικά τα σημεία που χρίζουν διερεύνησης είναι:

- ❖ Οι περιορισμοί του δείγματος που προκύπτουν από τον δειγματοληπτικό έλεγχο, δεδομένης της αδυναμίας καταγραφής της άποψης όλου του πληθυσμού. Αυτές οι έρευνες, συνήθως αναφέρουν υψηλή εγκυρότητα περιεχομένου, αφού οι ερωτήσεις απευθύνονται στο συγκεκριμένο δείγμα του πληθυσμού. Η αξιολόγηση του δείγματος, δεν γίνεται εκ του αποτελέσματος, αλλά επί της διαδικασίας εκλογής του. Έτσι, ο Fowler F.J. (1995) αναφέρει 3 ιδανικά χαρακτηριστικά επιλογής του δείγματος: ευρύτητα (comprehensiveness), πιθανότητα επιλογής (probability of selection) και αποδοτικότητα (efficiency). Πολλοί χρησιμοποιούν μικρά δείγματα, από την στατιστική ανάλυση των οποίων, εξάγουν συμπεράσματα για όλο τον πληθυσμό. Ο πληθυσμός στόχος για έρευνα, είναι όλοι οι δυνητικοί χρήστες και ο πληθυσμός μελέτης ένα τυχαίο δείγμα αυτού. Ο αριθμός μπορεί να ποικίλει ανάλογα με το κριτήριο (το εισόδημα, η ηλικία κ.α.). Οι έρευνες της IBM στον Καναδά, έδειξαν πως διαφορετικοί πελάτες μπορεί να δηλώνουν διαφορετικά ποσοστά ικανοποίησης και ότι οι ίδιοι πελάτες μπορεί να διαφοροποιούνται ως προς το επίπεδο ικανοποίησης σε διάφορες χρονικές στιγμές. Για να αντιμετωπιστεί αυτό το φαινόμενο, μπορεί η ομαδοποίηση των πελατών να γίνεται ως προς την συχνότητα χρήσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας και τον χρόνο απόκτησης του προϊόντος ή χρήσης της υπηρεσίας.
- ❖ Βελτίωση της ποιότητας της έρευνας και του εργαλείου: Οι έρευνες για την ικανοποίηση πρέπει να είναι αξιόπιστες. Ακόμη και ο αριθμός των εναλλακτικών απαντήσεων μπορεί να επηρεάσει την αξιοπιστία της κλίμακας. Ο πιο συχνά χρησιμοποιούμενος δείκτης αξιοπιστίας είναι ο συντελεστής Cronbach's alpha και το κριτήριο είναι το 0,7 που βασίζεται στην ψυχομετρική θεωρία του Nunnally. Αυξάνοντας τον αριθμό των ερωτήσεων για κάποια συγκεκριμένη ομάδα, αυξάνει και η αξιοπιστία. Ωστόσο η ερμηνεία των αποτελεσμάτων χρειάζεται προσοχή. Αυτό σημαίνει πως ο συντελεστής Cronbach's alpha, πρέπει να χρησιμοποιείται μόνο σε ομοιογενείς έρευνες, αφού ουσιαστικά ελέγχει την ομοιογένεια. Από τη στιγμή που θα προσδιοριστεί η αξιοπιστία της κλίμακας, μπορεί να εκτιμηθεί η εγκυρότητά της. Μια μη έγκυρη κλίμακα, μοιάζει σα να μετρά

κανείς ίντσες με έναν χάρακα μέτρου. Τότε, συλλέγει ποσοτικά δεδομένα, αλλά είναι χωρίς σημασία.

Κάπου σε ένα βιβλίο γράφτηκε: «όταν χρησιμοποιώ μια λέξη σημαίνει αυτό που επιλέγω εγώ (να σημαίνει η λέξη)». Η φράση αυτή, φαίνεται να ταιριάζει απόλυτα στην περίπτωση της μελέτης της ικανοποίησης. Η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας εμπεριέχει δυο λέξεις κλειδιά, τα οποία αυθαίρετα θεωρούμε ότι συνδέονται με μια γραμμική σχέση, αφού περιορισμένη ερευνητική εργασία έχει γίνει προς αυτή την κατεύθυνση. Έτσι, το πρώτο βήμα ενός ερευνητή που προσπαθεί να λύσει το μυστήριο της ικανοποίησης του ασθενή, θα πρέπει να είναι η εκτενής συνέντευξη με ανοικτού τύπου ερωτήσεις που θα περιστρέφονται γύρω από τι ορίζει ο ασθενής ως ποιότητα και πως η κάθε πτυχή της ποιότητας σχετίζεται με την ικανοποίησή του από την περίθαλψη/φροντίδα.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2^ο

Η ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ

Σε αυτό το κομμάτι της εργασίας θα δούμε κάποιους βασικούς ορισμούς σχετικά με τη ποιότητα της φροντίδας που παρέχετε στους ασθενείς.

2.1 ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Η ποιότητα στον τομέα της φροντίδας Υγείας, αποτελεί τον πιο αμφιλεγόμενο όρο, αφού είναι δυναμική, πολυδιάστατη και δεν υπάρχει ένας ενιαίος ορισμός για να την περιγράψει. Ενσωματώνει μια πλειάδα εμπειριών του παρελθόντος και του παρόντος. Ο Crosby έλεγε χαρακτηριστικά: *«η ποιότητα είναι μπαλέτο και όχι χόκεϊ»*.

Η λέξη ποιότητα προέρχεται από την αρχαία λέξη *«ποιότητα»* (ποιός= τι λογής) και αναφέρεται στο σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους. Σύμφωνα με το λεξικό του Kahn J.E.: *«ποιότητα είναι ο βαθμός της τελειότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, ενώ διασφάλιση της ποιότητας είναι η επίσημη εγγύηση, η θετική δήλωση της ύπαρξης της ποιότητας»*. Έτσι η διασφάλιση της ποιότητας είναι η *«επίσημη εγγύηση του βαθμού τελειότητας της υπηρεσίας ή του προϊόντος, με βάση κάποια προσυμφωνημένα πρότυπα ποιότητας»*. Στο λεξικό *The Dictionary of Psychology* η ποιότητα ορίζεται ως *«το σχετικό επίπεδο αρετής ή τελειότητας»*.

Οι γενικοί ορισμοί, στερούνται ευαισθησίας και ειδικότητας για κάθε υπηρεσία χωριστά και αναφέρονται στον βαθμό της τελειότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας, στην εκπλήρωση των προσδοκιών και των στόχων της υπηρεσίας στα *«μηδέν ελαττώματα»* (zero defects) και στην χρηστικότητα της. Το Ινστιτούτο Ιατρικής, ορίζει την ποιότητα ως: *«τον βαθμό στον οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες φροντίδας υγείας, σε άτομα και πληθυσμούς, αυξάνουν την πιθανότητα επίτευξης των επιθυμητών αποτελεσμάτων, και παρέχονται με βάση την τρέχουσα επιστημονική γνώση»*. Για κάποιους, η ποιότητα της φροντίδας είναι λειτουργικά συνυφασμένη με την προσβασιμότητα, την πληροφόρηση, την διαθεσιμότητα, την συνέχεια, την σχετικότητα, την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα και την κοινωνική αποδοχή της φροντίδας.

2.2 ΒΑΣΙΚΟΙ ΟΡΙΣΜΟΙ

Σύμφωνα με τον ορισμό του Διεθνούς Οργανισμού Τυποποίησης (International Organization of Standardization, ISO): *«ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών*

ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας που ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους». Από την διατύπωση αυτού του ορισμού της ποιότητας, διαπιστώνουμε τον κεντρικό ρόλο του χρήστη των προϊόντων ή των υπηρεσιών στην διαδικασία αξιολόγησης της ποιότητάς τους. Στον Τομέα της φροντίδας Υγείας, που είναι χώρος εντάσεως εργασίας και όχι εντάσεως κεφαλαίου όπως ο χώρος της Βιομηχανίας, διαπιστώνει κανείς μια διαφοροποίηση στον τρόπο που ορίζεται η ποιότητα από τον ασθενή και το υγειονομικό προσωπικό. Αυτό το γεγονός οδήγησε μοιραία την έρευνα σε ένα σφάλμα ερμηνείας του όρου ποιότητα, καθώς ορίστηκε, μελετήθηκε από το υγειονομικό προσωπικό και αποδόθηκε στους ασθενείς, χωρίς να ρωτήσει κανείς τους ασθενείς τι θεωρούν ως ποιότητα στην φροντίδα που τους παρέχεται.

Για τους Monroe & Krishnan, (1985) η ποιότητα είναι η «ικανότητα –όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης- μιας υπηρεσίας ή ενός προϊόντος να ικανοποιεί τον χρήστη, λαμβάνοντας υπόψη τις διαθέσιμες εναλλακτικές επιλογές». Ο συνήθης ορισμός της ποιότητας είναι: «το αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες των χρηστών από μια υπηρεσία και της αντίληψης του τρόπου με τον οποίο παρέχεται αυτή η υπηρεσία».

Για κάποιους, η ποιότητα είναι απόλυτα συνυφασμένη με την ανταγωνιστικότητα του επαγγελματία υγείας, καθώς αποτελεί μια ικανή και αναγκαία συνθήκη για την προσαρμογή του στα μεταβαλλόμενα πρότυπα της ποιοτικής φροντίδας. Για άλλους, η ερμηνεία του όρου ανταγωνιστικότητα, είναι πολύπλοκη, αφού σημαίνει κάτι περισσότερο από γνώση και δεξιότητες, όπως: κριτική σκέψη, κλινική κρίση βασισμένη στη διεθνή μαρτυρία (evidence-based) και συνήθειες. Σε 2 έρευνες που πραγματοποιήθηκαν στην Ελλάδα, στις οποίες σταθμίστηκαν 2 κλίμακες που εκτιμούν τι θεωρούν οι έλληνες ασθενείς ως «ποιότητα» της φροντίδας, διαπιστώθηκαν τα ακόλουθα:

- Στην Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας ποιότητα για τον ασθενή σημαίνει πάνω απ' όλα να τον σέβεται όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να προστατεύει η νοσηλεύτρια την αξιοπρέπειά του όταν τον εξετάζει ο γιατρός, να αφιερώνει χρόνο ο γιατρός για να του εξηγήσει την αγωγή που πρέπει να ακολουθήσει και να αισθάνεται ο ασθενής ότι ο γιατρός ξέρει καλά τη δουλειά του.

- Στο Νοσοκομείο: για τον ηλικιωμένο ασθενή, ποιότητα σημαίνει να του αποκαλύπτει ο γιατρός όλη την αλήθεια για την κατάσταση της υγείας του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές σέβονται την προσωπικότητά του, να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές ξέρουν καλά την δουλειά τους, να τον φροντίζει ο γιατρός χωρίς να του ζητά χρήματα και να αισθάνεται ότι οι γιατροί και οι νοσηλευτές δεν είναι αδιάφοροι όταν υποφέρει.

Σύμφωνα με την Επιτροπή Διαπίστευσης των Οργανισμών Παροχής Φροντίδας Υγείας (Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations, JCAHO) οι διαστάσεις της ποιοτικής φροντίδας είναι: *η ασφάλεια του περιβάλλοντος στο οποίο παρέχεται η φροντίδα, η προσβασιμότητα, η καταλληλότητα, η συνέχεια, η αποτελεσματικότητα, η αποδοτικότητα της φροντίδας, και η έγκαιρη παροχή της*. Τέλος, για κάποιους η ποιότητα είναι τελολογικά συνυφασμένη με την ισότητα στην πρόσβαση και την παροχή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας προσδίδοντας μια κανονιστική και μια ερμηνευτική διάσταση στην ποιότητα, σύμφωνα με την θεωρία της ανθρώπινης ευεξίας και ωφελιμότητας.

Οι Abby Ghobadian et al. (1951) ταξινόμησαν τους διάφορους ορισμούς για την ποιότητα σε **5** κατηγορίες:

1. *Ανωτερότητα*: σύμφωνα με αυτή την κατηγορία, στην ποιότητα αποδίδεται μια *έμφυτη τελειότητα*, που αντλεί τα χαρακτηριστικά της από την φιλοσοφική ανάλυση του Πλάτωνα περί του ωραίου. Πρόκειται για έναν άκαμπτο ορισμό υπό τη μορφή αξιώματος που συνήθως αποδίδεται σε αγαθά ή υπηρεσίες. Για τον Zeithaml η ποιότητα μιας υπηρεσίας/προϊόντος από την οπτική πλευρά του χρήστη, ορίζεται ως η άποψη του για την ανωτερότητα ή την τελειότητα της υπηρεσίας/προϊόντος.
2. *Προεξάρχοντα χαρακτηριστικά*: στην περίπτωση αυτή η ποιότητα ορίζεται ποσοτικά και συγκριτικά με κάποιο άλλο προϊόν ή υπηρεσία, σε μονάδες εκπληρωμένων προσδοκιών οι οποίες συναρτώνται με τα δεδομένα χαρακτηριστικά του προϊόντος ή της υπηρεσίας.
3. *Χαρακτηριστικά διαδικασίας ή παροχής*: η ποιότητα ορίζεται ως η «*συμμόρφωση με τις απαιτήσεις*». Ο ορισμός αυτός έχει περισσότερο εφαρμογή στους Οργανισμούς οι οποίοι επιδιώκουν τον ανασχεδιασμό τους προκειμένου να προσεγγίσουν την ποιοτική παροχή υπηρεσιών.

4. *Ικανοποίηση του πελάτη/χρήστη*: σε αντίθεση με τον πιο πάνω ορισμό, εδώ η ποιότητα επηρεάζεται από το εξωτερικό περιβάλλον. Στην κατηγορία αυτή ανήκουν οι ορισμοί των Deming, Juran et al., Feigenbaum και Ishikawa. Ο ορισμός αυτός ταιριάζει σε χώρους εντάσεως εργασίας, όπως ο χώρος της παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας.
5. *Προστιθέμενη αξία*: σύμφωνα με τον ορισμό αυτό, η ποιότητα προϋποθέτει την συμμόρφωση με τις απαιτήσεις του πελάτη, σε όρους κόστους, διαθεσιμότητας και προστιθέμενης αξίας. Επειδή η παροχή «υπηρεσιών» είναι άυλη, ο χρήστης της την αξιολογεί σε όρους προστιθέμενης αξίας εφόσον την χρησιμοποιήσει. Οι προσδιοριστές της προστιθέμενης αξίας φαίνεται να είναι οι προσδοκίες από την χρήση. Για τους Holbrook & Cofman και Holbrook, η ποιότητα αποτελεί ένα απροσδιόριστο φαινόμενο το οποίο μπορεί να ψηλαφηθεί μόνο στα πλαίσια της έννοιας «αξία» (value). Ο Zeithaml συμφωνεί με αυτή την άποψη, συμπληρώνοντας ότι η αξία είναι περισσότερο εξατομικευμένη σε σχέση με την ποιότητα που είναι μια διαδικασία δούναί και λαβείν. Έτσι, ο χρήστης μιας υπηρεσίας, την αξιολογεί με βάση την αξία που του προσθέτει, η οποία συναρτάται με την χρησιμότητα της υπηρεσίας, έχοντας ως κριτήριο τι έδωσε και τι λαμβάνει. Από την άλλη μεριά, η εκτίμηση της ποιότητας είναι πιο ευέλικτη σε αντίθεση με την εκτίμηση της ικανοποίησης που απαιτεί εμπειρία της υπηρεσίας από τον χρήστη. Κάποιοι θα μπορούσαν να ορίσουν την ποιότητα σε όρους μιας δεδομένης κουλτούρας η οποία περιχαρακώνεται από το αξιολογικό σύστημα αναφοράς του ανθρώπου. Από τη στιγμή που οι αξίες επηρεάζουν τις προτιμήσεις όσων χρησιμοποιούν μια υπηρεσία, επηρεάζουν και την άποψή τους για την ποιότητα.

Σε αντίθεση με την ποιότητα ενός αντικειμένου που μπορεί να εκτιμηθεί αντικειμενικά σε διαστάσεις διάρκειας και αριθμού ελαττωμάτων, η ποιότητα μιας υπηρεσίας είναι δύσκολο να εκτιμηθεί εξαιτίας της ύπαρξης 3 παραγόντων: απροσδιοριστία, ετερογένεια και εγγενής αδυναμία διαχωρισμού της παραγωγής από την κατανάλωση.

Οι Taylor και Hausman, (1992), χαρακτηρίζουν την έρευνα για την εκτίμηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας σαν *μια μάχη με τα αφρισμένα κύματα μιας θάλασσας από σύγχυση*. Στην διεθνή βιβλιογραφία, η ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας και η ικανοποίηση από την υπηρεσία αυτή, θεωρούνται δυο διαφορετικά φαινόμενα.

Αντίθετα, οι Bitner M.J. (1994) και Cronin J.M. & Taylor S.A., (1992) ισχυρίζονται ότι η ποιότητα της υπηρεσίας, αποτελεί προϋπόθεση της ικανοποίησης από την υπηρεσία και έτσι θα πρέπει να μελετάται. Οι Rust R.T. και Oliver R.L. (1994) πιστεύουν ότι:

- η ποιότητα είναι μόνο μια έκφραση της ικανοποίησης των ασθενών,
- η αξιολόγηση της ποιότητας μιας υπηρεσίας από τον χρήστη της, γίνεται με βάση συγκεκριμένες διαστάσεις της, ενώ η ικανοποίηση μπορεί να αφορά οποιαδήποτε διάσταση της υπηρεσίας ανεξάρτητα αν σχετίζεται με την ποιότητα ή όχι,
- οι προσδοκίες από μια ποιοτική υπηρεσία βασίζονται σε κάποιο ιδεώδες επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας, ή σε απόψεις περί της «τελειότητάς» της. Απεναντίας, η ικανοποίηση από την υπηρεσία μπορεί να σχετίζεται με προσδοκίες που δεν αποτυπώνουν την ποιότητα, αλλά άλλες πτυχές όπως ανάγκες αντιλήψεις περί δικαιοσύνης και ισότητας στην προσβασιμότητα ή την διαθεσιμότητα,
- οι αντιλήψεις για την ποιότητα της υπηρεσίας δεν απαιτούν εμπειρία από την χρήση της, ενώ η ικανοποίηση προϋποθέτει την χρήση της υπηρεσίας
- η ποιότητα φαίνεται να έχει λιγότερα προαπαιτούμενα σε σχέση με την ικανοποίηση.

Πάντως, η μαρτυρία υποστηρίζει κάποια σύνδεση μεταξύ της ποιότητας της υπηρεσίας και της ικανοποίησης. Για τον Oliver, η ικανοποίηση του πελάτη είναι μια αντίδρασή του (λογική και συναισθηματική) σε μια διαδοχή γεγονότων που λαμβάνουν χώρα κατά την διάρκεια παροχής της υπηρεσίας.

Οι Taylor και Hausman, (1992) υποστηρίζουν ότι η νοσηλευτική επιστήμη δυσκολεύθηκε, μέχρι την δεκαετία του 1960, να συλλάβει το βαθύτερο νόημα της ποιότητας. Έτσι, την χαρακτήρισαν σαν «νεφελώδη όρο» επειδή δεν υπήρχε ένας ενιαίος και ολοκληρωμένος ορισμός στην διεθνή βιβλιογραφία. Αυτό επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι όροι όπως η διασφάλιση της ποιότητας, τα πρότυπα της φροντίδας και ο έλεγχος της ποιότητας, χρησιμοποιούνται εναλλακτικά του όρου «ποιότητα».

Η Lang, όρισε την ποιότητα στη νοσηλευτική, σαν μια «διαδικασία» επίτευξης του υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Την ίδια άποψη εκφράζουν και άλλοι ερευνητές, συμπληρώνοντας πως είναι άγονη η όλη συζήτηση αποσαφήνισης της εννοιολογικής διάστασης της ποιότητας, αφού έχει κοινωνικό προσδιορισμό και επηρεάζεται από τις αξίες, τα πιστεύω και τις στάσεις των ανθρώπων. Εξάλλου, παρόλο

που η ποιότητα έχει διαφορετικό περιεχόμενο για τους ανθρώπους, σίγουρα υπάρχουν κάποια κοινά στοιχεία, στους διάφορους ορισμούς, που επιτρέπουν την αξιολόγηση και την μέτρησή της. Έτσι, η ποιότητα είναι η συνισταμένη δυο εξαρτημένων μεταβλητών: της σχέσης πελάτη-ασθενή και προμηθευτή-επαγγελματία υγείας. Ως εκ τούτου, νοσηλευτής και ασθενής βλέπουν την ποιότητα από μια διαφορετική οπτική γωνία.

Ο Pascoe ορίζει την ικανοποίηση ως μια αντίδραση σε ενδόμυχες εμπειρίες των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα. Η ικανοποίηση, ορίζεται ως η *αξιολόγηση της φροντίδας, που βασίζεται στην εκπλήρωση των προσδοκιών των ασθενών*. Εάν λάβουμε υπόψη μας αυτόν τον ευρύ ορισμό, είναι δυνατό να εξακριβώσουμε εάν οι κλίμακες που έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς για την εκτίμηση της ικανοποίησης των ασθενών, είναι έγκυρες ή όχι.

Ο όρος ικανοποίηση εμπεριέχει μια δυναμική η οποία ίσως προέρχεται και από την ετυμολογία της λέξης: το «ικανός» που προέρχεται από το ρήμα «ικάνω» (φτάνω) και σημαίνει «αρκετός» και το «ποιώ» που μεταφράζεται ως αποδίδω ανάλογα με τις προσδοκίες ή τις απαιτήσεις.

Η Williams και οι συνεργάτες της ισχυρίζονται ότι το κλειδί για την αποκωδικοποίηση της ικανοποίησης του ασθενή, συνίσταται στην ερμηνεία των λέξεων: *καθήκον (duty) και ενοχή (culpability)*. Η λέξη *καθήκον*, αναφέρεται στις υποχρεώσεις της συγκεκριμένης υπηρεσίας φροντίδας υγείας έναντι του ασθενή και η *ενοχή*, σχετίζεται με τον βαθμό στον οποίο ο επαγγελματίας υγείας ή ο Οργανισμός, ευθύνεται για το δυσμενές γεγονός. Διατυπώθηκαν δυο θεωρίες που εξηγούν την επιμονή των ασθενών να εκφράζουν την ικανοποίησή τους παρά τις δυσκολίες που συνάντησαν κατά την διάρκεια της νοσηλείας τους:

- η πρώτη θεωρία, υποστηρίζει ότι ένας ασθενής μπορεί να εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, ακόμη και όταν έχει να αντιμετωπίσει δυσκολίες, εάν η προσδοκία τους βρίσκεται εκτός καθήκοντος του προμηθευτή-επαγγελματία υγείας.
- η δεύτερη θεωρία, υποστηρίζει πως ακόμα και όταν ο ασθενής αισθάνεται πως ο προμηθευτής-επαγγελματίας υγείας δεν επιτέλεσε το καθήκον του, εξακολουθεί να αξιολογεί θετικά την φροντίδα που του παρέχεται, εάν αποδεχθεί ότι υπήρξαν άλλες ελαφρυντικές περιστάσεις.

2.3 Οι διαστάσεις της ποιότητας

Η ποιότητα είναι, αδιαμφισβήτητα, ένα πολυδιάστατο φαινόμενο. Μέσα από τη βιβλιογραφία λοιπόν, αυτές οι προσδιοριστικές διαστάσεις της ποιότητας είναι:

Α. Στον Τομέα των Υπηρεσιών

Οι Swartz & Brown προσπαθώντας να ομαδοποιήσουν τις απόψεις των Grönroos, Lehtinen και Parasuraman, για τις διαστάσεις της ποιότητας, καταλήγουν σε δυο ομάδες: η μια αφορά το «τι» παρέχει η υπηρεσία το οποίο αξιολογείται μετά την παροχή της και αντιπροσωπεύει την διάσταση που χαρακτηρίστηκε ως «*ποιότητα αποτελέσματος*» από τον Parasuraman, «*τεχνική ποιότητα*» από τον Grönroos και «*ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος*» από τον Lehtinen. Η άλλη ομάδα αφορά το «πως» η υπηρεσία παρέχεται και αξιολογείται κατά την διάρκεια της παροχής της υπηρεσίας και χαρακτηρίστηκε ως «*ποιότητα διαδικασίας*» από τον Parasuraman, «*λειτουργική ποιότητα*» από τον Grönroos και «*διαδραστική ποιότητα*» από τον Lehtinen. Αναλυτικότερα:

Σύμφωνα με τον Grönroos,(1990) η ποιότητα στις υπηρεσίες είναι τρισδιάστατη:

1. **Η τεχνική διάσταση της ποιότητας της έκβασης (*technical quality of outcome*):** αναφέρεται στην ποιότητα του τελικού αποτελέσματος από την παροχή μιας υπηρεσίας και μπορεί να αφορά την διαθεσιμότητα, την έγκαιρη παροχή της υπηρεσίας κ.α.
2. **Η λειτουργική διάσταση της υπηρεσίας (*functional quality*):** αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προμηθευτή, χρήστη και περιβάλλοντος. Αυτό σημαίνει ότι εμπεριέχει υποκειμενικά χαρακτηριστικά, τα οποία σχετίζονται με το περιβάλλον παροχής της υπηρεσίας, την ποσότητα της πληροφόρησης που δόθηκε στον χρήστη, την αμοιβαία συνεχιζόμενη επικοινωνία κ.α.
3. **Η συνολική εικόνα (*corporate image*):** που αποκομίζει ο χρήστης για ολόκληρο τον Οργανισμό και η οποία εξαρτάται από τα δυο προηγούμενα, την τιμή, την τοποθεσία, την συμπεριφορά και ανταπόκριση του προσωπικού κ.α.

Οι Lehtinen & Lehtinen (1991) περιγράφουν 3 διαστάσεις, διαχωρίζοντας την ποιότητα σε ποιότητα διαδικασίας και έκβασης:

1. **Η ποιότητα του φυσικού περιβάλλοντος (*Physical quality*):** αναφέρεται στην κατάσταση των κτιρίων και του εξοπλισμού.

2. **Η διαδραστική ποιότητα (Interactive quality):** αναφέρεται στην αλληλεπίδραση προμηθευτή και χρήστη.
3. **Η συνολική εικόνα (corporate image):** αφορά την εικόνα και το προφίλ του Οργανισμού.

Οι Parasuraman et al. (1991) αναλύουν 11 διαστάσεις της ποιότητας:

1. **Αξιοπιστία (Reliability):** Η διάσταση αυτή, αναφέρεται στην ικανότητα παροχής της υπηρεσίας με τρόπο έγκαιρο, ακριβή και αξιόπιστο.
2. **Ανταπόκριση (Responsiveness):** Αναφέρεται στην ικανότητα επίλυσης των παραπόνων με αποτελεσματικό τρόπο, στην πρόθεση της υπηρεσίας να παρέχει στήριξη στους πελάτες και στην ταχεία απάντηση στα αιτήματά τους.
3. **Εξυπηρέτηση των πελατών (Customization):** Η πρόθεση και ικανότητα της υπηρεσίας να ικανοποιεί τις ανάγκες των πελατών, ακόμη και όταν είναι εξεζητημένες.
4. **Εμπιστευτικότητα (Credibility):** Οι παράγοντες που επηρεάζουν την εμπιστευτικότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας είναι η φήμη του προμηθευτή και τα ατομικά χαρακτηριστικά του προσωπικού.
5. **Επαγγελματική επάρκεια (Competence):** Το προσωπικό πρέπει να χρησιμοποιεί τις απαραίτητες δεξιότητες, γνώση και πληροφόρηση για την αποτελεσματική παροχή μιας υπηρεσίας.
6. **Προσβασιμότητα (Access):** Εύκολη προσέγγιση και επικοινωνία με την υπηρεσία.
7. **Αβρότητα (Courtesy):** Η ευγένεια, ο σεβασμός και η φιλικότητα που εκδηλώνεται στους πελάτες από το προσωπικό με το οποίο έρχονται σε επαφή.
8. **Επικοινωνία (Communication):** Διατήρηση ενημερωμένων πελατών αναφορικά με την παρεχόμενη υπηρεσία, με μια γλώσσα κατανοητή και προσιτή.
9. **Ασφάλεια (Security):** Η απουσία κινδύνων και αμφιβολιών. Η ασφάλεια που παρέχει η υπηρεσία, αναφέρεται στην φυσική και οικονομική ασφάλεια.
10. **Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles):** Περιλαμβάνει τις συνθήκες παροχής της υπηρεσίας, την κτιριακή υποδομή, το περιβάλλον, την εμφάνιση του προσωπικού και την κατάσταση του εξοπλισμού. Τα χαρακτηριστικά αυτά,

διαδραματίζουν πρωτεύοντα ρόλο στις υπηρεσίες που παρέχουν άμεσες υπηρεσίες.

11. Κατανόηση και γνώση του πελάτη (*Understanding / knowing the customer*):

Περιλαμβάνει την κατανόηση των αναγκών των πελατών, των απαιτήσεών τους και την παροχή εξατομικευμένων υπηρεσιών.

Ο Gaster (2009) ορίζει 4 διαστάσεις της ποιότητας:

1. *αξιοπιστία,*
2. *ταχύτητα παροχής της υπηρεσίας,*
3. *προσβασιμότητα και*
4. *αποδοχή.*

Για τον Marek (1997) οι διαστάσεις της ποιότητας μιας υπηρεσίας είναι:

- *η αξιοπιστία: καταλληλότητα, προθυμία,*
- *η έγκαιρη παροχή: ταχύτητα ανταπόκρισης,*
- *η προσβασιμότητα: διαθεσιμότητα, εύκολη πρόσβαση,*
- *η ανθρώπινη ατμόσφαιρα: ευχάριστη στην χρήση και*
- *η δυνατότητα επιλογής.*

Το Βρετανικό Εθνικό Συμβούλιο για τον Καταναλωτή, ορίζει 6 διαστάσεις της ποιότητας για την παροχή υπηρεσιών από μη κερδοσκοπικούς Οργανισμούς:

- *αξιοπιστία,*
- *ταχύτητα,*
- *πρόσβαση: διαθεσιμότητα, παροχή πληροφόρησης,*
- *επικοινωνία με το προσωπικό,*
- *αποκατάσταση προβλημάτων και*
- *ασφάλεια.*

B. Στον Τομέα των Υπηρεσιών Φροντίδας Υγείας

Η κλίμακα των Parasuraman et al. χρησιμοποιήθηκε και σταθμίστηκε στον τομέα παροχής υπηρεσιών φροντίδας υγείας. Έτσι, προσδιορίστηκαν 5 διαστάσεις της ποιότητας, εναρμονισμένες με το περιεχόμενο αυτού του είδους των υπηρεσιών:

1. **Ορατά χαρακτηριστικά (Tangibles):** καθαριότητα του δωματίου, ποιότητα φαγητού,
2. **Αξιοπιστία (Reliability)**
3. **Ανταπόκριση (Responsiveness)**
4. **Διασφάλιση (Assurance):** η διασφάλιση συμπεριέλαβε την επικοινωνία, την εμπιστευτικότητα, την ασφάλεια, την επαγγελματική επάρκεια και την αβρότητα.
5. **Ενσυναίσθηση (Empathy):** η ενσυναίσθηση συμπεριέλαβε την κατανόηση του ασθενή και την προσβασιμότητα.

Ο Doll ισχυρίστηκε ότι το Εθνικό Σύστημα Υγείας της Μεγάλης Βρετανίας πρέπει να αξιολογείται με βάση 3 κριτήρια:

1. τα αποτελέσματα της φροντίδας υγείας (*medical outcomes*),
2. την οικονομική αποδοτικότητα (*economic efficiency*),
3. και την κοινωνική αποδοχή (*social acceptability*).

Το τελευταίο κριτήριο αποτελεί μια εναλλακτική έκφραση της ικανοποίησης του ασθενή. Ο Mooney G. (2000) με τη σειρά του, παρουσιάζει 6 διαστάσεις με βάση τις οποίες πρέπει να εκτιμήσουμε την ποιότητα, που είναι:

1. η πρόσβαση (*access*),
2. η σχετικότητα με την ανάγκη (*relevance to need*),
3. η αποτελεσματικότητα (*effectiveness*),
4. η ισότητα (*equity*),
5. η αποδοτικότητα (*efficiency*),
6. και η κοινωνική αποδοχή (*social acceptability*).

Με τις απόψεις αυτές ευθυγραμμίστηκαν και άλλοι ερευνητές. Το Advisory Council on Health Research, ορίζει 26 διαστάσεις της ποιότητας της φροντίδας, από την οπτική των ασθενών: (1) αποτελεσματικότητα: βελτίωση του επιπέδου υγείας του ασθενή, (2) επαγγελματική επάρκεια: κατάλληλη γνώση και δεξιότητες, (3) διορατικότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας, (4) καταλληλότητα της φροντίδας, (5) ασφάλεια, (6) ακρίβεια, (7) ανθρωπιά, (8) πληροφόρηση, (9) εχεμύθεια, (10) συνεργασία, (11) υπευθυνότητα του επαγγελματία φροντίδας υγείας (12) συνέχεια, (13) διαθεσιμότητα, (14) αποδοτικότητα, (15) ολοκληρωμένη φροντίδα, (16) προσβασιμότητα: φυσική και

γεωγραφική, (17) ικανοποίηση του ασθενή, (18) οικονομική δυνατότητα πρόσβασης στην φροντίδα, (19) υποδοχή, (20) προστασία προσωπικών δεδομένων, (21) υγιεινή: περιορισμός του επιπολασμού των νοσοκομειακών λοιμώξεων, (22) διατροφή, (23) ενσυναίσθηση, (24) βάρος: ο αντίκτυπος της φροντίδας στην συνολική λειτουργικότητα του ασθενή, (25) αυτονομία του ασθενή: στην λήψη αποφάσεων που αφορούν την φροντίδα του, (26) πρόληψη της παροχής πλεονάζουσας περιττής φροντίδας.

2. 4 ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Όπως διαπιστώνουμε, η ικανοποίηση του ασθενή συνιστά μια διάσταση της ποιότητας της φροντίδας. Ο Mahon P.Y. (1996) ισχυρίζεται ότι στον τομέα της φροντίδας υγείας η ποιότητα αποτελεί ένα πολύπλοκο φαινόμενο και συμπληρώνει πως εάν η ποιότητα είναι αυτό που προσλαμβάνουν οι ασθενείς, τότε είναι δυσδιάστατη: η μια είναι η τεχνική διάσταση του αποτελέσματος και η άλλη είναι η λειτουργική διάσταση της διαδικασίας. Ωστόσο ακόμη και σε αυτό το δισδιάστατο μοντέλο δύσκολα αποφεύγονται οι επικαλύψεις. Έτσι, η κοινωνική επαφή της νοσηλεύτριας με τον μοναχικό ηλικιωμένο σαν μέρος της λειτουργικής διαδικασίας, τελικά αποτελεί μια τεχνική διάσταση σε όρους έκβασης της φροντίδας. Με την ίδια λογική είναι δύσκολο να διαφοροποιηθεί η ποιότητα μιας παρεχόμενης υπηρεσίας από την ικανοποίηση του χρήστη της.

Ο Owens J. (1996) ορίζει την ποιότητα σε 4 επίπεδα, τα οποία περιγράφονται από μια σειρά κριτηρίων και προτύπων:

1. τα βασικά συστατικά της φροντίδας: επικοινωνία, απόρρητο και άλλα χαρακτηριστικά που αφορούν το προσωπικό φροντίδας υγείας, τους ασθενείς και τους φροντιστές των ασθενών,
2. γενικά χαρακτηριστικά της φροντίδας,
3. κλινικά χαρακτηριστικά και
4. ειδικές συνθήκες: που αφορούν συγκεκριμένες ομάδες ασθενών.

Ο Spreng R.A. (1996) υποστήριξε ότι η ληφθείσα από τον ασθενή ποιότητα της φροντίδας, σηματοδοτείται από 6 ειδοποιείς διαστάσεις όπως αυτές προκύπτουν από την παραγοντική ανάλυση:

1. η ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,
2. το φαγητό και το φυσικό περιβάλλον νοσοκομείου,

3. η ατμόσφαιρα του τμήματος,
4. η νοσηλευτική φροντίδα,
5. η ποσότητα του φαγητού,
6. η υποδοχή κατά την εισαγωγή.

Σε μια έρευνα που πραγματοποιήσαμε στην Ελλάδα σε ένα δείγμα 100 ασθενών από 14 εξωτερικά ιατρεία 6 νοσοκομείων της Αττικής, από 2 Κέντρα Υγείας 1 Συμβουλευτικό Σταθμό και 1 υπηρεσία παροχής νοσηλείας στο σπίτι, καλύπτοντας όλο το φάσμα της ΠΦΥ, διαπιστώσαμε μέσω της παραγοντικής ανάλυσης της κλίμακας που αναπτύξαμε και σταθμίσαμε, ότι οι 7 διαστάσεις της ποιότητας της ΠΦΥ είναι:

1. το έμπρακτο ενδιαφέρον του γιατρού και της νοσηλεύτριας,
2. σεβασμός της αξιοπρέπειας του ασθενή από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
3. φιλικότητα του χώρου του ιατρείου και του προσωπικού απέναντι στον ασθενή,
4. τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,
5. ενσυναίσθηση από τον γιατρό και τη νοσηλεύτρια,
6. εμπιστοσύνη στον γιατρό και τη νοσηλεύτρια και
7. αποτελεσματική οργάνωση του ιατρείου.

Αυτοί οι 7 παράγοντες στους οποίους φορτίζουν οι 27 ερωτήσεις της κλίμακας ερμηνεύουν το 75% της παρατηρούμενης διακύμανσης.

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

Η ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΑΠΟ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ

3.1. ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Μετά την ανασκόπηση των μεθοδολογιών που χρησιμοποιήθηκαν στις μελέτες ικανοποίησης του ασθενή υπήρξε η ακόλουθη κατηγοριοποίηση από τους ερευνητές:

- *Συνολική ικανοποίηση (overall satisfaction).*
- *Ικανοποίηση από την προσβασιμότητα στις υπηρεσίες (satisfaction with access).*
- *Ικανοποίηση από το κόστος (satisfaction with cost).*
- *Ικανοποίηση από την συνολική ποιότητα της φροντίδας (satisfaction with overall quality).*
- *Ικανοποίηση από την ανθρωπιστική διάσταση της φροντίδας (satisfaction with humaneness):* που περιλαμβάνει τον σεβασμό, την θέρμη, την ευγένεια, την έγνοια και η αποτελεσματική μη λεκτική επικοινωνία.
- *Ικανοποίηση από την ικανότητα / απόδοση του προσωπικού (satisfaction with competence):* αυτή η κατηγορία περιλαμβάνει την τεχνική απόδοση της φροντίδας.
- *Ικανοποίηση από την ποσότητα της πληροφορίας που παρέχεται από το προσωπικό φροντίδας υγείας:* που περιλαμβάνει την αποσαφήνιση της θεραπευτικής αγωγής και των διαγνώσεων.
- *Ικανοποίηση από τις γραφειοκρατικές διαδικασίες:* όπως ο χρόνος αναμονής.
- *Ικανοποίηση από την υλικοτεχνική υποδομή:* όπως το πάρκινγκ και η καταλληλότητα του εξοπλισμού και των εργαστηρίων.
- *Ικανοποίηση από το ενδιαφέρον που επιδεικνύουν οι επαγγελματίες υγείας για τα ψυχοκοινωνικά προβλήματα των ασθενών.*
- *Ικανοποίηση από την συνέχεια στην φροντίδα.*
- *Ικανοποίηση από το αποτέλεσμα της φροντίδας.*

Μέσα από την ανασκόπηση αυτή, διαπιστώνει κανείς ότι στην κορυφή της πυραμίδας, ανήκουν ο ανθρωπισμός, η τεχνική διάσταση της φροντίδας και η συνολική ληφθείσα ποιότητα της φροντίδας. Στην βάση της πυραμίδας βρίσκονται οι παράμετροι που αντιπροσωπεύουν την προσοχή σε μη σωματικές ανάγκες του ασθενή και την

σχέση του ασθενή με το ίδιο το σύστημα (προσβασιμότητα, κόστος και γραφειοκρατία). Η μια ερμηνεία αυτού του φαινομένου, θα μπορούσε να είναι ότι η ικανοποίηση από τις διαφορετικές διαστάσεις της φροντίδας, στοιχειοθετεί την τρέχουσα απόδοση του συστήματος φροντίδας υγείας. Υπό αυτό το πρίσμα, το γεγονός ότι η μεγαλύτερη – ποσοστιαία- ικανοποίηση σχετίζεται με την τεχνική διάσταση της ποιότητας της φροντίδας, θα μπορούσε να σημαίνει πως τα συστήματα φροντίδας υγείας δίνουν έμφαση την τεχνική απόδοση, σε αντίθεση με τις υπόλοιπες ανάγκες των ασθενών, που δεν εμπίπτουν στον «βιοϊατρικό» ορισμό της υγείας, όπως είναι οι συναισθηματικές ανάγκες των ασθενών και η ανάγκη τους να λαμβάνουν την κατάλληλη φροντίδα χωρίς αναβολές και καθυστερήσεις. Μια άλλη ερμηνεία είναι ότι οι ασθενείς, δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην τεχνική διάσταση της ποιότητας της φροντίδας, είτε γιατί αισθάνονται πως δεν μπορούν να την αξιολογήσουν πολύ καλά, είτε διότι είναι παρακινδυνευμένο να ισχυριστούν ότι η φροντίδα που επιλέγουν δεν είναι υψίστης ποιότητας.

3.2. Οι διαστάσεις της ικανοποίησης

Οι Abdallah και Levine (1986) προχώρησαν πρώτες σε μια κατηγοριοποίηση των συστατικών διαστάσεων της ικανοποίησης, που είναι:

- *η αποτελεσματικότητα της δομής της φροντίδας,*
- *οι επαγγελματικές δεξιότητες,*
- *η ανταπόκριση του προσωπικού και*
- *το αποτέλεσμα της φροντίδας στον ασθενή.*

Μετά από μια ανασκόπηση της σχετικής αμερικανικής βιβλιογραφίας, η Risser αναφέρει τέσσερις διαστάσεις της ικανοποίησης:

- *κόστος,*
- *άνεση,*
- *τα χαρακτηριστικά του επαγγελματία φροντίδας υγείας και*
- *η φύση της διαπροσωπικής σχέσης προσωπικού φροντίδας υγείας και ασθενή.*

Σε μια άλλη ανασκόπηση των ερευνών για την ικανοποίηση από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ο Lin B.(1996) αναφέρεται στις εξής σημαντικές διαστάσεις της ικανοποίησης:

- *η νοσηλευτική φροντίδα,*

- η ιατρική φροντίδα,
- η επικοινωνία,
- η οργάνωση του Τμήματος,
- το περιβάλλον του Τμήματος,
- η διαδικασία εξόδου από το Νοσοκομείο.

Οι Abramowitz et al. (1987) πρότειναν τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης:

- η ιατρική φροντίδα,
- η διαμονή (housekeeping),
- η νοσηλευτική φροντίδα,
- η ενημέρωση που παρέχει το προσωπικό για τις διαδικασίες της φροντίδας και τις θεραπείες,
- το επίπεδο του θορύβου,
- η ποιότητα του φαγητού,
- η καθαριότητα,
- η ασφάλεια,
- η συνολική ποιότητα.

Ο McNeil J.A. (1998) διαπίστωσε για τις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας Υγείας, στην Αμερική, τις ακόλουθες διαστάσεις της ικανοποίησης:

- η συνέχεια στην φροντίδα,
- η προσβασιμότητα στις χειρουργικές υπηρεσίες,
- η ποιότητα της ιατρικής φροντίδας,
- η κτιριακή υποδομή και
- η διαθεσιμότητα των γιατρών.

Μια ομάδα χειρουργών, προέβη στην ακόλουθη κατηγοριοποίηση:

- οι προσδοκίες,
- η κατανόηση,
- η συμμετοχή στην φροντίδα,
- η πληροφόρηση,
- η πληροφορημένη συναίνεση,
- η αντίληψη των κινδύνων που ενέχει η θεραπεία και

- *οι προτιμήσεις των ασθενών.*

Όταν κάποτε ζητήθηκε από τους εξωτερικούς ασθενείς ενός επαρχιακού Νοσοκομείου των ΗΠΑ να ιεραρχήσουν τις διαστάσεις της φροντίδας κατά σειρά σημαντικότητας, κατέληξαν στα εξής:

- *η συμπεριφορά των γιατρών και των νοσηλευτών,*
- *τα αποτελέσματα της κλινικής πρακτικής,*
- *ο βαθμός στον οποίο οι υπηρεσίες εκπλήρωσαν τις ληφθείσες ανάγκες των ασθενών,*
- *η στάση του βοηθητικού προσωπικού,*
- *η προσβασιμότητα στις ανέσεις και*
- *οι ώρες αναμονής.*

Η παραγοντική ανάλυση (factor analysis) από την Συμβουλευτική Επιτροπή Υγειονομικού Σχεδιασμού των ΗΠΑ έδειξε ότι η ικανοποίηση των ασθενών συναρτάται με τις ακόλουθες έξι διαστάσεις της:

- *ιατρική φροντίδα και πληροφόρηση,*
- *φαγητό και υλικοτεχνικός εξοπλισμός,*
- *μη ορατό περιβάλλον,*
- *ποσότητα του φαγητού,*
- *νοσηλευτική φροντίδα και*
- *ξενοδοχειακή υποδομή.*

Στην Ελλάδα στην ΠΦΥ, οι 6 παράγοντες οι οποίοι ερμηνεύουν το 74,15% της παρατηρούμενης διακύμανσης και αποτελούν τις διαστάσεις της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της ΠΦΥ είναι:

1. *ο σεβασμός από τη νοσηλεύτρια,*
2. *ο σεβασμός από τον γιατρό,*
3. *οι τεχνικές δεξιότητες του γιατρού,*
4. *οι παράγοντες δομής του ιατρείου (τήρηση των ραντεβού, άνεση και ησυχία του χώρου αναμονής),*
5. *εμπιστοσύνη και επαγγελματική συνέπεια του γιατρού και*
6. *επάρκεια του ρόλου του γιατρού.*

Δεν είναι εύκολο να αποσαφηνιστεί η πολυδιάστατη φύση της ικανοποίησης. Έτσι, παρόλο που το Εθνικό Συμβούλιο των Καταναλωτών ορίζει 7 διαστάσεις: *πρόσβαση, επιλογή, πληροφόρηση, επανόρθωση, ασφάλεια, αποδοτικότητα και ισότητα*, η εφαρμογή τους στον τομέα της φροντίδας υγείας φαίνεται προβληματική και όπως ισχυρίζεται ο Hill (1997) οι έρευνες για την ικανοποίηση είναι ακατάλληλες για να αναζητήσουν ερωτήσεις πάνω στην ισότητα, ή σε θέματα επιλογής, ασφάλειας, επανόρθωσης, έκβασης και της ψυχικής σφαίρας.

Επιδιώκοντας μια αναλυτικότερη περιγραφή των συστατικών στοιχείων της ικανοποίησης των ασθενών από την παρεχόμενη φροντίδα, παραθέτουμε τις ακόλουθες διαστάσεις:

A. Προσβασιμότητα

Στην πρότυπη εργασία των Ware et al. και Fitzpatrick, (1992) ο ευρύς ορισμός της «*προσβασιμότητας*» περιλαμβάνει την πρόσβαση στο Νοσοκομείο, το σύστημα των ραντεβού, τα χαρακτηριστικά της γραμματείας, τις κατ' οίκον επισκέψεις, την δυνατότητα αλλαγής του θεράποντα γιατρού και τις λίστες αναμονής. Το προβληματικό πάρκινγκ, τα μέσα μαζικής μεταφοράς προς το νοσοκομείο και η διάρκεια αναμονής στα κέντρα υγείας φαίνεται να σχετίζονται με την δυσαρέσκεια του ασθενή.

B. Η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας

Η διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, αποτελεί βασικό προσδιοριστικό παράγοντα της ικανοποίησης των ασθενών και ιδιαίτερα η επικοινωνία και η ενσυναίσθηση. Οι διάφορες θεωρίες που αναπτύχθηκαν, θεωρούν σαν κεντρικό και ειδοποιό τους στοιχείο, την «*ισορροπία των δυνάμεων*» (balance of power). Μια δύναμη, που πηγάζει από την «*κοινωνική καταξίωση*» του ιατρικού επαγγέλματος, σαν έκφραση της υψηλότερης κοινωνικής στάθμης στην οποία ανήκουν οι γιατροί. Οι υποθέσεις ότι αυτή η *ισορροπία των δυνάμεων* ενδέχεται να επηρεάζει την ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, δεν έχουν επιβεβαιωθεί με την έρευνα. Εξάλλου, η μαρτυρία δηλώνει ότι οι νοσηλευτές –που φαινομενικά ανήκουν σε χαμηλότερη κοινωνική στάθμη σε σχέση με τους γιατρούς- συχνά κρίνονται αρνητικά από τους ασθενείς, όταν καλούνται να αξιολογήσουν την ποιότητα της επικοινωνίας τους με αυτούς.

Η κοινωνική δράση επαγγελματία φροντίδας υγείας και ασθενή, εξαρτάται επίσης, από την κοινωνικότητα και των δυο. Η μη λεκτική επικοινωνία, για παράδειγμα, είναι ο

πρότερος τρόπος για την μεταφορά και μεταβίβαση μηνυμάτων και αισθημάτων, που θα μπορούσαν δύσκολα να εκφραστούν λεκτικά. Το ίδιο ισχύει και με την στάση του σώματος, που συνιστά μια μορφή έκφρασης δύναμης. Η La Crosse διαπίστωσε ότι η μη λεκτική επικοινωνία, όπως τα νεύματα της κεφαλής, μας κάνουν να βλέπουμε τους γιατρούς με πιο ζεστό και θελκτικό τρόπο. Οι Larsen και Smith ισχυρίστηκαν ότι η στάση του σώματος του γιατρού και το χτύπημα στην πλάτη, σχετίζονται με μεγαλύτερη ικανοποίηση του ασθενή.

Η κίνηση των ματιών είναι εξίσου σημαντική στην αποτελεσματική επικοινωνία και στην ανατροφοδότηση. Η διαβεβαίωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, η ενσυναίσθηση και η οικειότητα διαδραματίζουν καταλυτικό ρόλο στην διαμόρφωση της εποικοδομητικής σχέσης γιατρού - ασθενή, χωρίς όμως να έχει αποδειχθεί μια ευθεία συσχέτιση με την ικανοποίηση. Η μαρτυρία, ωστόσο, υποδεικνύει ότι ενώ το νοσηλευτικό προσωπικό αντιλαμβάνεται την τεχνική επάρκειά του σαν τον ακρογωνιαίο λίθο της «*υψηλής ποιότητας της φροντίδας*» οι ασθενείς δείχνουν να επηρεάζονται σημαντικά από την διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας. Ο Tishelman για παράδειγμα, παρατήρησε ότι όλοι οι ασθενείς περιέγραψαν το προσωπικό ως «*εξαιρετικά καλό*», ευγενικό και φιλικό.

Η ικανοποίηση του ασθενή από τη νοσοκομειακή φροντίδα, φαίνεται να αποτελεί μια λειτουργία αυτού που ονομάζουμε «*άυλη εκροή*». Αργότερα, ο Steiber S., δημοσιεύει τα αποτελέσματα μιας σφυγμομέτρησης (Gallor poll) που έδειξε πως η ικανοποίηση του ασθενή επηρεάζεται περισσότερο από το ενδιαφέρον που επιδεικνύει το προσωπικό υγείας, παρά από την ίδια την κλινική φροντίδα.

Γ. Η τεχνική διάσταση της φροντίδας

Ο Freeman G.(1997) ισχυρίζεται ότι πολλοί ασθενείς φαίνονται πρόθυμοι να σχολιάσουν το κόστος της φροντίδας και τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, παρά να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Υποστηρίζει ότι οι ασθενείς επηρεάζονται θετικά από την ποσότητα των διαδικασιών της φροντίδας που λαμβάνουν (technical process), καθώς όσο περισσότερες είναι οι νοσηλευτικές και ιατρικές παρεμβάσεις, τόσο υψηλότερη είναι και η ικανοποίηση των ασθενών.

Οι Comley A.L. & DeMeyer E. (2001) πιστεύουν ότι αυτή η διαφορά στην αξιολόγηση, μεταξύ επαγγελματιών φροντίδας υγείας και ασθενών, είναι πολυδιάστατη

και οφείλεται στους ακόλουθους παράγοντες: (1) η ιατρική γνώση δεν είναι ποτέ πλήρης και μπορεί να διαφοροποιείται από γιατρό σε γιατρό, (2) οι γιατροί ποτέ δεν μπορεί να είναι σίγουροι για την έκβαση των πράξεών τους και πάντα μιλούν για πιθανή εξέλιξη της νόσου και πιθανή έκβαση της θεραπείας, (3) ο γιατρός ποτέ δεν έχει το μονοπώλιο στη γνώση του συγκεκριμένου προβλήματος υγείας, αφού ο ασθενής που ζει με το πρόβλημα μπορεί να έχει τέτοιο επίπεδο γνώσης όσο και ο νέος γιατρός.

Από την άλλη μεριά, υπάρχουν κάποιοι που πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι σε θέση να κρίνουν την τεχνική διάσταση της φροντίδας τους, με πρώτους τους Evans J.R. & Lindsay W.M, που διαπίστωσαν ότι ασθενείς και γιατροί ταυτίστηκαν στην εκτίμηση της σοβαρότητας της κατάστασής τους. Εξάλλου, μέσα από την βιβλιογραφική τους ανασκόπηση κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι στις περισσότερες έρευνες οι αξιολογήσεις του προσωπικού και των ασθενών για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, δεν αποκλίνουν.

Οι Dougall A. et al. (1965) πραγματοποίησαν μια έρευνα, προσπαθώντας να εκτιμήσουν την ικανοποίηση των ασθενών που υποβάλλονται σε μια σιγμοειδοσκόπηση. Η έρευνα αφορούσε 84 ασθενείς και βρέθηκε ότι το 96,5% ήταν ικανοποιημένο με την υπηρεσία αυτή, ενώ από την διαχείριση του πόνου των ασθενών, η ικανοποίηση άγγιξε το 97,7%, την ίδια στιγμή που σε μια άλλη έρευνα, το ποσοστό της δυσαρέσκειας από την αναλγησία κυμαίνονταν στο 15%. Ο ίδιος, τονίζει ότι ο πόνος έχει ένα πολιτισμικό προφίλ και επομένως η ικανοποίηση από την διαχείρισή του, ενδέχεται να αποτελεί ένα «συγχυτικό» παράγοντα της συνολικής ικανοποίησης από την κολονοσκόπηση. Η εντύπωση που έχουν οι ασθενείς για την κολποσκόπηση – πριν την πραγματοποίησουν- φαίνεται να επηρεάζει τις προσδοκίες τους και την ικανοποίησή τους, δεδομένου ότι την χαρακτηρίζουν ως «μια διαδικασία καθόλου ευχάριστη, ενδεχομένως επίπονη και πιθανώς βασανιστική». Οι κυριότερες πηγές δυσαρέσκειας σύμφωνα με τους Dougall A. et al. (1965) είναι: ο τρόπος με τον οποίο δίνονται τα αποτελέσματα της εξέτασης στον ασθενή (21,4% δυσαρεστημένοι) και η διάρκεια αναμονής για την εξέταση που τις περισσότερες φορές ξεπερνά τις 2 εβδομάδες (10,7% δυσαρεστημένοι). Οι κυριότεροι προβλεπτικοί δείκτες της συνολικής ικανοποίησης των ασθενών που υποβάλλονται σε σιγμοειδοσκόπηση είναι η ικανοποίηση από την συμπεριφορά του ιατρικού και νοσηλευτικού προσωπικού, ο σεβασμός την προσωπικότητας του ασθενή και η προστασία της ατομικότητάς του από

τη νοσηλεύτρια, καθώς και η ικανοποίηση από την τεχνική δεξιότητα του γιατρού που διενεργεί την εξέταση.

Οι Schutz S.M. et al., (2009) προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα αν και κατά πόσο η διαδικασία της κολονοσκόπησης με αναλγησία και χωρίς αναισθησία, σχετίζεται με την δυσαρέσκεια των ασθενών από την συγκεκριμένη τεχνική. Πραγματοποίησαν μια έρευνα με δείγμα 328 ασθενών και διαπίστωσαν ότι το 15% των ασθενών ήταν δυσαρεστημένο, ενώ οι παράγοντες που σχετίζονταν με την δυσαρέσκεια ήταν: το φύλο (γυναίκες), το επίπεδο του άγχους του ασθενή πριν την εξέταση, το επίπεδο της εκπαίδευσής του, η διάρκεια της εξέτασης (> 60 λεπτά) και οι δυσκολίες στην πραγματοποίησή της. Τελικά, η ανάλυση παλινδρόμησης ανέδειξε το επίπεδο εκπαίδευσης και την διάρκεια της εξέτασης

Σε μια μελέτη 251 ασθενών, που υποβλήθηκαν σε διαγνωστική οισοφαγογαστρο-ορθοσκόπηση και κολονοσκόπηση, διαπιστώθηκε ότι οι παράγοντες που σχετίζονται με το επίπεδο της συνεργασίας του ασθενή με τον ενδοσκόπιο κατά την διάρκεια της εξέτασης, είναι: η ηλικία και το επίπεδο του άγχους, ενώ μαζί με τον τύπο της ενδοσκόπησης, αποτελούν τους ισχυρότερους προβλεπτικούς δείκτες της ικανοποίησης του ασθενή από την εξέταση. Από την δική τους πλευρά, οι Morfoise J.J. et al. (2000) προχώρησαν σε μια μελέτη 815 ασθενών από ενδοσκοπικά τμήματα 86 νοσοκομείων και διαπίστωσαν ότι το 78% των ασθενών θα ήθελε να υποβληθεί σε μια δεύτερη κολονοσκόπηση κάτω από τις ίδιες συνθήκες (ένδειξη ικανοποίησης), ενώ οι παράγοντες που φαίνεται να επηρεάζουν την στάση τους αυτή είναι: η καλή τεχνική, η ηλικία (θετική συσχέτιση όσο αυξάνεται), ο τύπος της αναισθησίας, το φύλο (γυναίκες) και η κολονοσκόπηση με αναλγησία και χωρίς αναισθησία.

4. Επικοινωνία

Ο Shelvin και οι συνεργάτες του (2000), ανέπτυξαν την κλίμακα: *Medical Interview Satisfaction Scale*, που εκτιμά τρεις διαστάσεις της συμπεριφοράς γιατρού - ασθενή. Αναλυτικότερα αναφέρονται:

1. στην αντιληπτική διάσταση (cognitive aspect), που είναι ουσιώδης και συνιστά έναν δείκτη ικανοποίησης από την ποσότητα και την ποιότητα της πληροφορίας που παρέχεται από τον γιατρό.

2. στην συναισθηματική διάσταση, που αποτελεί το μέτρο της αίσθησης του ασθενή ότι ο γιατρός αφουγκράζεται, καταλαβαίνει και ενδιαφέρεται για την εξέλιξη της υγείας του ασθενή και
3. στην συμπεριφοριστική διάσταση, που ενσαρκώνεται μέσα από την αξιολόγηση της συμβουλευτικής ικανότητας του γιατρού, από τον ίδιο τον ασθενή.

Ο Lin (1996) ισχυρίζεται ότι, σύμφωνα με την διεθνή μαρτυρία, υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην ικανοποίηση του ασθενή και στα χαρακτηριστικά της συμπεριφοράς του γιατρού. Έτσι, οι Cohen et al.(1997), τονίζουν ότι οι ρόλοι που αποδίδουν οι ασθενείς στον γιατρό, ως καλό επικοινωνιολόγο και ως συνομιλητή ικανό να αντιλαμβάνεται και να καταλαβαίνει κάποια πράγματα, σχετίζονται με την ικανοποίηση των ασθενών από το σύνολο της φροντίδας. Ο πρώτος ρόλος (ως επικοινωνιολόγος), αποτελεί έναν δείκτη ικανοποίησης του ασθενή από την επικοινωνία, όπως την όρισε ο Lin(1996), ενώ ο δεύτερος ρόλος, σχετίζεται με αυτό που όρισαν ο Shelvin και οι συνεργάτες του (2000), ως ικανοποίηση από την συναισθηματική διάσταση της συμβουλευτικής επικοινωνίας του γιατρού με τον ασθενή.

Οι Ware & Snyder και οι Doyle & Ware,(1975) αναφέρουν μια συσχέτιση της υποκλίμακάς τους με τίτλο *παροχή πληροφοριών / επεξηγήσεις*, που αποτελεί δείκτη ικανοποίησης από την επικοινωνία με τον γιατρό, με τον παράγοντα: *ικανοποίηση από την συμπεριφορά του γιατρού*. Αυτός ακριβώς ο παράγοντας, παρέχει έναν συνολικό δείκτη ικανοποίησης από τον γιατρό. Ο Stiles, οι Stiles et al., ο Bales και ο Roter, (1978) χρησιμοποίησαν ένα πιο περίπλοκο σύστημα κωδικοποίησης των αλληλεπιδράσεων μεταξύ των ασθενών και των γιατρών. Άλλοι ερευνητές, μελέτησαν την σχέση ανάμεσα στην μη λεκτική επικοινωνία και την ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι, ο Larsson (1998) και ο Smith (1999), χρησιμοποίησαν το σύστημα ταξινόμησης της μη λεκτικής επικοινωνίας του Mehrabian, προκειμένου να αναλύσουν την συμβουλευτική επικοινωνία γιατρού - ασθενή. Αυτό το σύστημα, εκτιμά 3 κύριες κατηγορίες μη λεκτικής επικοινωνίας:

1. η πρώτη κατηγορία είναι η «εγγύτητα» (immediacy) ανάμεσα στους συμμετέχοντες στην επικοινωνιακή διαδικασία. Αυτή η εγγύτητα, εκτιμάται σύμφωνα με την συχνότητα του αγγίγματος, της οπτικής επαφής, της κλίσης του

σώματος προς τα εμπρός, του προσανατολισμού του σώματος και της φυσικής προσέγγισης.

2. η δεύτερη κατηγορία είναι η «χαλάρωση» (relaxation), που εκτιμάται με την παρατήρηση του βαθμού χαλάρωσης των χεριών και του αυχένα, τον βαθμό της ασυμμετρίας του βραχίονα και της θέση των ποδιών καθώς και της συχνότητας των λοξών και οπισθίων κλίσεων του σώματος.
3. η τρίτη κατηγορία, είναι η «ανταπόκριση» (responsiveness) που εκτιμάται με τους μορφασμούς του προσώπου, τον ρυθμό του προφορικού λόγου και την ένταση της φωνής.

Ο Larsson (1998) και ο Smith (1999), βρήκαν ότι η εγγύτητα του γιατρού (άγγιγμα, κλίση του σώματος προς τα εμπρός και προσανατολισμός του σώματος), σχετίζεται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Από την δεύτερη κατηγορία –αυτή της χαλάρωσης- μόνο η κλίση του σώματος προς τα πίσω και η χαλάρωση του αυχένα, σχετίζονται με υψηλά επίπεδα ικανοποίησης. Υπάρχει μια εκτενής βιβλιογραφία, που δείχνει ότι οι ασθενείς δηλώνουν συχνά δυσαρεστημένοι με την ποιότητα της πληροφορίας που λαμβάνουν από το προσωπικό φροντίδας υγείας γενικότερα και από τους εξωτερικούς ιατρούς. Έτσι, αισθάνονται ότι στερούνται όλης της αλήθειας.

Σύμφωνα με την διεθνή μαρτυρία, μια σειρά από παράγοντες φαίνεται να επηρεάζουν τα ποσοστά ικανοποίησης των ασθενών από την επικοινωνία. Για παράδειγμα, όταν ζητείται από τον ασθενή να αξιολογήσει την ποιότητα της επικοινωνίας με τον γιατρό κατά την πρώτη επαφή –πρώτη εκτίμηση και διάγνωση- αναφέρονται υψηλότερα ποσοστά δυσαρέσκειας σε σύγκριση με το να ζητάμε από τον ασθενή να αξιολογήσει «γενικά» την ποιότητα της επικοινωνίας, χωρίς να σχετίζεται με ένα συγκεκριμένο επεισόδιο.

Η αποτελεσματική επικοινωνία, δεν εξαρτάται μόνο από την απόκτηση των κατάλληλων επικοινωνιακών δεξιοτήτων. Στην βιβλιογραφία, έχουν προσδιοριστεί 3 ομάδες μεταβλητών που μοιάζουν να προσδιορίζουν την ποιότητα ή την ποσότητα της επικοινωνίας νοσηλευτή-ασθενή και είναι: οι μεταβλητές που σχετίζονται με τους νοσηλευτές, με τους ασθενείς και με τα χαρακτηριστικά του Τμήματος.

Στην περίπτωση των ερευνών που μελέτησαν νοσοκομειακούς ασθενείς, ο Ley P. σημειώνει ότι θα πρέπει να υπάρχει μια καμπυλόγραμμη σχέση ανάμεσα στο ποσοστό των ασθενών που δηλώνουν ικανοποιημένοι και του χρόνου που μεσολαβεί μέχρι την

έξοδό τους από το Νοσοκομείο. Υψηλότερη ικανοποίηση αναφέρεται σε έρευνες που ξανάδωσαν προς απάντηση τα ερωτηματολόγια μια εβδομάδα μετά ή αμέσως μετά την έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο. Η ικανοποίηση ήταν μικρότερη στους ασθενείς που ξαναρωτήθηκαν 2 με 4 εβδομάδες μετά, ενώ ήταν πάλι υψηλή σε εκείνους που ρωτήθηκαν μετά από 8 εβδομάδες ή και περισσότερο. Στην δική του έρευνα, η ικανοποίηση βρέθηκε υψηλότερη στους ασθενείς που επανερωτήθηκαν μια ή 8 εβδομάδες μετά την έξοδό τους. Οι Spelman et al. (1993) ισχυρίζονται ότι η ικανοποίηση με την επικοινωνία, αυξάνεται καθώς αυξάνεται ο χρόνος μετά την έξοδο του ασθενή από το Νοσοκομείο.

Σε άλλη έρευνα, αναφέρεται μια μικρή ή μηδαμινή σχέση ανάμεσα στον αριθμό των ασθενών που δηλώνουν ότι πληροφορήθηκαν για την κατάσταση της υγείας τους και στο ποσοστό της ικανοποίησής τους από την επικοινωνία με το προσωπικό. Έτσι, όταν οι γιατροί αισθάνονται ότι καταβάλλουν υπέρμετρη προσπάθεια επικοινωνίας με τους ασθενείς, τα ποσοστά ικανοποίησης είναι μεγαλύτερα. Οι ασθενείς που έχουν δεχθεί έστω και ελάχιστη πληροφόρηση για την ασθένειά τους, την θεραπεία της και τις διαγνωστικές εξετάσεις, είναι πιθανότερο να δηλώσουν δυσαρεστημένοι.

Μια σειρά από υποθέσεις μπορεί να κάνει κανείς προκειμένου να δώσει μια ερμηνεία στην ερώτηση-υπόθεση, γιατί η πληροφόρηση των ασθενών μειώνει το ποσοστό της δυσαρέσκειάς τους με την επικοινωνία:

- η πρώτη υπόθεση είναι ότι η δυσαρέσκεια με την επικοινωνία αποτελεί πολύ πιθανό μια ευρύτερη αντανάκλαση της γενικότερης δυσαρέσκειας με την ποιότητα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας και την ποιότητα της φροντίδας. Μια τέτοια υπόθεση όμως, δεν μοιάζει να έχει ισχυρές βάσεις, δεδομένου ότι η μαρτυρία δείχνει πως η ικανοποίηση από τις υπόλοιπες διαστάσεις της φροντίδας είναι μεγαλύτερη
- η δεύτερη υπόθεση είναι: ότι η ικανοποίηση ή η δυσαρέσκεια των ασθενών από την επικοινωνία, αντικατοπτρίζει κάποια χαρακτηριστικά της προσωπικότητάς τους. Έτσι, ο Lin (1996), διερεύνησε αυτή την υπόθεση, δίνοντας προς απάντηση το ερωτηματολόγιο των 16 παραγόντων της προσωπικότητας του Cattell (Cattell Sixteen Personality Factor Questionnaire), σε μια ομάδα ασθενών που δηλώνουν ικανοποιημένοι από την επικοινωνία και σε μια άλλη ομάδα που δηλώνουν δυσαρεστημένοι. Διαπίστωσε ότι οι ομάδες δεν διέφεραν

στατιστικά σημαντικά σε κανέναν από τους δυο παράγοντες. Ωστόσο, οι Spelman et al.(1995) βρήκαν ότι οι ασθενείς που αναφέρουν κάποια κατάθλιψη λόγω της εισαγωγής τους στο Νοσοκομείο, παρουσιάζουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν δυσαρέσκεια με την επικοινωνία, σε σχέση με τους υπολοίπους ασθενείς. Αναλυτικότερα, στην ομάδα των ασθενών που αναφέρει κατάθλιψη, το ποσοστό δυσαρέσκειας κυμάνθηκε στο 79%, ενώ στην ομάδα που δεν ανέφερε κατάθλιψη το ποσοστό ήταν 36%. Αυτό το εύρημα, τονίζει την δυσκολία που παρουσιάζει η ερμηνεία των ποσοστών ικανοποίησης, ενώ μπορεί να δείχνει ότι οι ασθενείς ήταν καταθλιπτικοί εξαιτίας της ανεπαρκούς πληροφόρησης. Αυτή την άποψη, δεν την συμμερίζεται ο Lin (1996) που χρησιμοποίησε την κλίμακα Hildreth Feeling Scale για την εκτίμηση της κατάθλιψης και διαπίστωσε ότι όπως και στην περίπτωση της δυσαρέσκειας με την επικοινωνία, υπήρξε μια αντίστροφη «U» σχέση με το χρονικό διάστημα μέχρι την έξοδο, με την κατάθλιψη να είναι χαμηλότερη στην 1η και 8η εβδομάδα, σε αντίθεση με την 2η και 4η εβδομάδα. Δυστυχώς όμως, δεν υπολογίστηκε κάποια συσχέτιση ανάμεσα στην κατάθλιψη και την δυσαρέσκεια. Αυτά τα αποτελέσματα, αποδεικνύουν ότι δεν υπάρχει κάποια σχέση ανάμεσα στην προσωπικότητα και στην δυσαρέσκεια, αλλά ότι ενδεχομένως υπάρχει μια συσχέτιση με την καταθλιπτική διάθεση,

- *η τρίτη υπόθεση, είναι ότι η παρεχόμενη υπερπληροφόρηση είναι αναποτελεσματική επειδή οι ασθενείς δεν κατανοούν απόλυτα αυτά που τους λένε και ότι συνήθως δεν θυμούνται τι τους λένε. Αυτοί οι δυο παράγοντες, συνδυαζόμενοι με την ντροπαλότητα των ασθενών να κάνουν ερωτήσεις, όταν δεν είναι σίγουροι ότι θα καταλάβουν, έχουν δυο συνέπειες: η πρώτη είναι ότι ακόμα και σε καταστάσεις που οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας επιθυμούν να παρέχουν πλήρη πληροφόρηση, δεν θα είναι σε θέση να βελτιώσει την επικοινωνία τους με τους ασθενείς, επειδή οτιδήποτε λένε δεν είναι συνήθως σε κατανοητή γλώσσα. Η δεύτερη είναι ότι επειδή οι επαγγελματίες φροντίδας υγείας δεν ενθαρρύνουν την ανατροφοδότηση από την πλευρά των ασθενών, με τη μορφή ερωτήσεων, δεν ανακαλύπτουν τα λάθη τους στην επικοινωνία.*

E. Αγωγή του ασθενή

Το δικαίωμα του ασθενή στην πληροφόρηση, συνιστά μια από τις πιο σημαντικές διαστάσεις της αγωγής του ασθενή. Αυτό το δικαίωμα, έχει νομική υφή, ειδικότερα

όταν εκφράζεται ως «πληροφορημένη συναίνεση». Η αγωγή του ασθενή έχει πρακτικά οφέλη για την κοινωνία, αφού εκφράζεται με την μειωμένη διάρκεια νοσηλείας στο Νοσοκομείο, με την αναγκαία χρήση των νοσοκομειακών υπηρεσιών, με μειωμένη συχνότητα απουσιών από την εργασία και με μείωση των ατυχημάτων.

3,3. ΑΝΑΚΕΦΑΛΑΙΩΣΗ

Η αγωγή του ασθενή, συνεπάγεται θετικά κλινικά αποτελέσματα, όπως συμμόρφωση με τη θεραπευτική αγωγή, μειωμένο άγχος, αυξημένη ικανότητα αντιμετώπισης των συμπτωμάτων και γρήγορη ανάνηψη μετά τη χειρουργική επέμβαση. Η αυξημένη πληροφόρηση των ασθενών, βρέθηκε να σχετίζεται με την ικανοποίησή τους. Μια έρευνα που πραγματοποιήθηκε στη Μεγάλη Βρετανία, βρήκε ότι η ικανοποίηση σχετίζεται με την κατανόηση των πληροφοριών που παρέχει ο γιατρός και μάλιστα όσο μεγαλύτερη είναι η πληροφόρηση τόσο μεγαλύτερη είναι και η συμμόρφωση με τις συμβουλές και παροτρύνσεις του γιατρού. Σε μια άλλη έρευνα, οι εξωνοσοκομειακοί ασθενείς μιας νευρολογικής κλινικής που είναι δυσαρεστημένοι με την πληροφόρηση που τους έδωσε ο γιατρός, δεν εφαρμόζουν την αγωγή που τους συστήθηκε. Παρόμοια αποτελέσματα, βρέθηκαν και σε ασθενείς που παρουσιάζουν έμφραγμα του μυοκαρδίου.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ : ΕΝΝΟΙΑ, ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ

Σε αυτό το κεφάλαιο θα εξετάσουμε με βάση τη διεθνή βιβλιογραφία τους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση των ασθενών.

4.1. Εισαγωγή

Πριν αναζητήσει κανείς τον πιθανό ρόλο των προσδοκιών ενός ασθενή στην εκτίμηση της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας, θα πρέπει πρώτα να ορίσει τον όρο «προσδοκίες».

Κάποιοι ερευνητές, αντιλαμβάνονται τις προσδοκίες ως το σύνολο των χαρακτηριστικών που πιθανώς διακρίνει μια υπηρεσία, ή ένα γεγονός. Άλλοι, ισχυρίζονται ότι οι προσδοκίες συνιστούν μια εκτίμηση της πιθανότητας εμφάνισης ενός γεγονότος συν την αξιολόγηση του γεγονότος (καλό ή κακό). Ο Owens (1996) με τη σειρά του, διατυπώνει την δική του άποψη: «οι προσδοκίες έχουν δυο συστατικά: την πιθανότητα εμφάνισης (π.χ. την πιθανότητα ώστε ένας υπάλληλος να είναι διαθέσιμος στον πελάτη) και την αξιολόγηση της εμφάνισης (π.χ. ο βαθμός στον οποίο η στάση του υπαλλήλου είναι η επιθυμητή, ή η ανεπιθύμητη, η καλή, ή κακή) του γεγονότος. Και τα δυο είναι απαραίτητα, καθώς δεν είναι σαφές τι επιθυμούν όλοι οι πελάτες».

Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι δυο άνθρωποι με τις ίδιες προσδοκίες, μπορεί να αξιολογήσουν διαφορετικά αυτό που τους παρέχεται, ίσως διότι έχουν διαφορετικές επιθυμίες. Συνεπώς, θα μπορούσαμε να διαχωρίσουμε τις προβλεπτικές (αυτό που το άτομο περιμένει να συμβεί) από τις αξιολογικές (αυτό που θέλει να συμβεί) προσδοκίες.

4.2 Οι προσδοκίες του ασθενή

Η προσδοκία έχει μια υποκειμενική διάσταση και προσανατολίζεται μέσα στον χρόνο που διαρκεί μια διαδικασία. Είναι ετοιμότητα του ατόμου να συντελέσει μια αντίδραση

σε μια συγκεκριμένη κατάσταση. Πολλές φορές ταυτίζεται με την σύνδεση και την συναρμογή του ατόμου στις προβλέψεις και τις προεικαζόμενες μελλοντικές εμπειρίες και ως εκ τούτου, είναι ένας γνωστικός καθοριστικός παράγοντας που ενυπάρχει στην συμπεριφορά μας. Στην ελληνική γλώσσα, η λέξη «προσδοκία» είναι παράγωγο του ρήματος «προσδοκάω» που αποτελεί σύνθεση της πρόθεσης «προ-» και του ρήματος «δοκώ» (θεωρώ) και του «δοκεύω» (παραφυλάσσω-καραδοκώ).

Ο Vuoti επισημαίνει: *«η ικανοποίηση του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα εξαρτάται από δυο παράγοντες: τις προσδοκίες για την φροντίδα που πρόκειται να λάβει και την άποψη που σχηματίζει για την παρασχεθείσα φροντίδα. Και οι δυο παράγοντες είναι υποκειμενικοί και εξαρτώνται από ψυχολογικούς, πολιτισμικούς και βιωματικούς παράγοντες»*. Οι Abramowitz et al.,(1987) υποστηρίζουν ότι η ικανοποίηση του ασθενή μετά την θεραπεία, εξαρτάται από τις προσδοκίες του και άρα θα πρέπει να εκτιμώνται πριν την εκτίμηση της ικανοποίησης. Ο Donabedian (1988) σημειώνει ότι οι ασθενείς διαμορφώνουν «πληροφορημένες» προσδοκίες (informed expectations) σαν αποτέλεσμα κοινωνικό - πολιτιστικών, μορφωτικών και ψυχολογικών παραγόντων. Συνεπώς είναι αδύνατο να μελετήσουμε τις προσδοκίες των ασθενών χωρίς να εστιάσουμε το ερευνητικό μας ενδιαφέρον σε αυτούς τους παράγοντες. Οι Ruggeri et al. (2002) οι οποίοι μελέτησαν την ικανοποίηση και τις προσδοκίες των ασθενών από τις ψυχιατρικών υπηρεσιών στην κοινότητα, ορίζουν τις προσδοκίες ως *«τον βαθμό σημαντικότητας που αποδίδουν οι ασθενείς σε συγκεκριμένες διαστάσεις της φροντίδας προκειμένου να εγγυηθούν την ικανοποίησή τους»*.

Η εκπλήρωση των προσδοκιών ορίζεται ως: *«η υποκειμενική εκτίμηση του χρήστη σαν αποτέλεσμα της σύγκρισης ανάμεσα στις προσδοκίες του και στην παρεχόμενη υπηρεσία»*. Οι Westbrook και Reilly (1983) διαπίστωσαν ότι η εκπλήρωση των προσδοκιών σχετίζεται περισσότερο θετικά με την ικανοποίηση, σε σχέση με την εκπλήρωση των επιθυμιών.

Οι προηγούμενες ανασκοπήσεις της σχετικής βιβλιογραφίας υπέδειξαν ότι η όλη ερευνητική προσπάθεια πρέπει να επικεντρωθεί στην σχέση των προσδοκιών με την απόδοση της υπηρεσίας και στην εκπλήρωση των προσδοκιών, καθώς φαίνεται να διαδραματίζουν έναν πρωτεύοντα ρόλο στην ικανοποίηση του χρήστη. Άλλωστε, η σύνδεση της εκπλήρωσης των προσδοκιών με την ικανοποίηση του χρήστη, είχε επισημανθεί και από άλλους.

Σε κάποιες περιπτώσεις, η συζήτηση περιστρέφεται γύρω από το αν τελικά υπάρχουν προσδοκίες. Ακόμα και όταν υπάρχουν, οι μελέτες κατέδειξαν κάποιες αμφιβολίες για το αν κατ' ανάγκη η εκπλήρωση των προσδοκιών οδηγεί στην ικανοποίηση του ασθενή. Το μοντέλο *προσδοκίες-ικανοποίηση*, δεν φαίνεται να έχει λογική ισχύ, διότι υποστηρίζει πως κάθε εμπειρία που επιβεβαιώνει το προσδοκώμενο αποτέλεσμα, οδηγεί στην ικανοποίηση. Κάποιες έρευνες, έδειξαν πως οτιδήποτε επηρεάζει την ικανοποίηση του ασθενή, δεν είναι η σύζευξη προσδοκιών και πραγματικής εμπειρίας, αλλά το εάν ή όχι η εμπειρία ήταν καλύτερη ή χειρότερη από την προσδοκώμενη.

Στην έρευνα που πραγματοποιήθηκε στην χώρα μας, βρέθηκε ότι οι ασθενείς πράγματι διαμορφώνουν προσδοκίες, όμως η εκπλήρωσή τους, ή μη, δεν σχετίζεται με την ικανοποίησή τους από την φροντίδα. Αντίθετα, ο ισχυρότερος προβλεπτικός δείκτης της ικανοποίησης του ασθενή από κάποια διάσταση της φροντίδας, είναι αν την εκλαμβάνει ο ασθενής ως μια διάσταση αυτού που ο ίδιος ονομάζει «*ποιοτική*» φροντίδα. Η έρευνα των Owens και Batchelor (1996), έδειξε ότι σε κάποιες περιπτώσεις, οι εκφράσεις ικανοποίησης των ασθενών, δεν εξηγούνται από τις προσδοκίες τους. Έτσι μπορεί να είναι χαμηλές ή να λείπουν και το ποσοστό ικανοποίησης να είναι υψηλό. Αυτά τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης εξηγούνται εν μέρει από την σχέση εξάρτησης και φιλίας μεταξύ του ασθενή και του νοσηλευτή, απόρροια των οποίων είναι μια απροθυμία να τους κριτικάρουν. Από την άλλη μεριά, οι ασθενείς της οξείας νοσηλείας, δεν αισθάνονται σε θέση (αρμόδιοι) να εκφράσουν την άποψή τους για πτυχές της φροντίδας, καθώς γνωρίζουν λίγα γι' αυτήν. Το τυπικό τους σχόλιο είναι: «*είναι καλή η παρεχόμενη φροντίδα, αλλά δεν μπορώ να πω πολλά και αυτό διότι δεν ξέρω πολλά*».

Αργότερα, κάποιες έρευνες αναζήτησαν την σχέση της συνολικής ικανοποίησης από την φροντίδα, με τις προσδοκίες του ασθενή και κατέληξαν στο συμπέρασμα ότι οι ασθενείς με «*χαμηλές*» προσδοκίες τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι. Γενικά είναι δύσκολο να αποδώσει κανείς το βαθύτερο νόημα του όρου «*προσδοκίες*» και ως εκ τούτου, ακόμη πιο δύσκολο να τις συσχετίσει με τον όρο «*ικανοποίηση*». Οι προσδοκίες αναφέρονται στα «*πρότυπα*» ή τις «*φιλοδοξίες*» των ασθενών, ωστόσο, λίγες προσπάθειες έχουν γίνει για να διαπιστωθεί αν όντως οι ασθενείς λειτουργούν με αυτόν τον τρόπο. Οι Falkum & Forbe (2001) παρουσιάζουν τρία επιχειρήματα για να υποστηρίξει την άποψή του: (1) *το πρώτο είναι ότι ένας νεοεισερχόμενος ασθενής είναι μάλλον απίθανο να έχει οποιαδήποτε προσδοκία, (2) το δεύτερο, ότι οι ασθενείς μπορεί*

να μην πιστεύουν στη αυτοαζία των προσδοκιών τους, υπό το φως μιας θεραπείας που χρησιμοποιεί υψηλή τεχνολογία, ή είναι μόνο για «μυημένους» και (3) το τρίτο, εάν είναι αληθινός ο ρόλος που δίνει στο ασθενή ο Parson, τότε ο ασθενής ενδέχεται να θεωρήσει την ιδέα της αξιολόγησης, αβάσιμη.

Οι Stimson G. και Webb B.,(1975) ορίζουν τρεις κατηγορίες προσδοκιών: τις προσδοκίες «παρελθόντος» (*background*), «διάδρασης» (*interaction*) και «δράσης» (*action*). Αναλυτικότερα:

- οι προσδοκίες «παρελθόντος» είναι το αποτέλεσμα σωρευμένης γνώσης και εμπειρίας από μια υπηρεσία. Αυτού του τύπου οι προσδοκίες ποικίλουν ανάλογα με τη νόσο και κάποια γεγονότα ή περιστάσεις.
- οι προσδοκίες «διάδρασης» αναφέρονται στην αλληλεπίδραση του ασθενή με τον επαγγελματία υγείας (η τεχνική λήψης του ιστορικού υγείας, η ενημέρωση από τον γιατρό κ.α.). Αυτές είναι και οι σημαντικότερες από τις τρεις κατηγορίες προσδοκιών.
- οι προσδοκίες «δράσης» αφορούν όλες τις δραστηριότητες των επαγγελματιών φροντίδας υγείας (συμβουλευτική, συνταγογράφηση, πλάνα φροντίδας κ.α.).

Οι Fitton και Acheson (1996) διαχωρίζουν τις προσδοκίες «δράσης» σε «ιδανικές» και «πραγματικές». Ιδανικές είναι οι προσδοκίες που αφορούν τις δραστηριότητες που θα ήθελαν οι ασθενείς να αναλάβει το προσωπικό φροντίδας υγείας που τους φροντίζει και πραγματικές, είναι οι υπηρεσίες που πιστεύει ο ασθενής ότι θα λάβει. Η Lin & Fite (1996) ασχολήθηκε διεξοδικότερα με το θέμα και ισχυρίστηκε ότι η ικανοποίηση θα μπορούσε να υπολογίζεται με μαθηματικό τρόπο, χρησιμοποιώντας δείκτες μέτρησης του βαθμού των «πιστεύω» των ασθενών σαν αποτέλεσμα της παρεχόμενης φροντίδας και της αξιολόγησης της φροντίδας. Όλες αυτές οι θεωρίες, σχετίζουν την ικανοποίηση με την εκπλήρωση των θετικών προσδοκιών και διαχωρίζουν τις προσδοκίες σε: *ιδεώδεις, αναμενόμενες και οριακά ανεκτικές*. Οι Swan J.E. et al. (1999) μιλούν για 2 τύπους προσδοκιών: *τις επιθυμητές και τις προβλεπτικές*. Υποστήριξαν ότι οι αντιλήψεις των ασθενών για την απόδοση της φροντίδας επηρεάζουν τον βαθμό στον οποίο οι συνολικές προσδοκίες τους εκπληρώνονται από αυτήν και άρα η εκπλήρωσή τους επηρεάζει την συνολική ικανοποίησή τους αλλά και την πρόθεσή τους να ξαναχρησιμοποιήσουν τις υπηρεσίες του συγκεκριμένου νοσοκομείου.

Ο Maker (1997) ορίζει τις «προσδοκίες περί του ιδεώδους» (ideal expectations) ως το επιθυμητό επίπεδο απόδοσης της παρεχόμενης υπηρεσίας. Οι Sixma & al (1998) ορίζουν τις «επιθυμητές προσδοκίες» (desired expectations) ως το επιθυμητό –από τον χρήστη- επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας. Οι «κανονιστικές προσδοκίες» είναι αυτές που θα πρέπει να εκπληρώνει μια υπηρεσία για να ικανοποιεί απολύτως τον χρήστη. Η έρευνα των Owens και Batchelor (1996) έδειξε ότι οι περισσότεροι ασθενείς, εκδήλωσαν έκπληξη όταν ρωτήθηκαν αν συμμετέχουν στον σχεδιασμό της φροντίδας τους, καθώς υποστήριξαν ότι δεν είναι δικός τους αυτός ο ρόλος και μάλιστα το αντιμετωπίζουν με αρνητικό μάτι. Ο Weng (1999) καταλήγει στο συμπέρασμα ότι η ολοκληρωτική αποδοχή του πατερναλισμού του επαγγελματία φροντίδας υγείας, συνεπάγεται της παραίτησης του δικαιώματος αξιολόγησης της φροντίδας από τον ασθενή και της συμμετοχής του στην φροντίδα. Απέδειξαν την σπουδαιότητα της αναζήτησης του ρόλου του ασθενή ως καταναλωτή, καθώς υπάρχουν αναπόδεικτες παραδοχές σχετικά με την ικανοποίηση του ασθενή και ότι οι αξιολογήσεις των ασθενών και τα «πιστεύω» δεν ενσωματώνονται απαραίτητα σε εκφράσεις ικανοποίησης.

Ακόμη και όταν επιβεβαιώνεται η ύπαρξη των προσδοκιών, όσοι χρησιμοποίησαν ποιοτικές μεθόδους, διαπίστωσαν ότι οι περισσότερες προσδοκίες είναι ασταθείς, καθώς μεταβάλλονται μέσα στον χρόνο και μεταξύ των ασθενών. Επειδή οι προσδοκίες είναι ασταθείς και εξαρτώνται από τα χαρακτηριστικά του μελετώμενου πληθυσμού, οι Thompson & Sunol υπερτονίζουν την ανάγκη διερεύνησης του όρου «προσδοκίες» στον υπό μελέτη πληθυσμό πριν την ανάπτυξη μιας κλίμακας προσδοκιών, διασφαλίζοντας με αυτόν τον τρόπο την εγκυρότητα του περιεχομένου της.

Οι Sanchez-Menegay et al. (1992) διαπίστωσαν ότι παρόλο που κάποιες προσδοκίες των ασθενών εκπληρώθηκαν, αυτό δεν επηρέασε την ικανοποίησή τους από την φροντίδα. Το ίδιο υποστηρίχθηκε και από άλλους. Κάποιες άλλες έρευνες υποστήριξαν ότι οι προσδοκίες συνιστούν ισχυρό προβλεπτικό δείκτη της ικανοποίησης των ασθενών. Ειδικότερα, οι Williams et al. (1998) διαπίστωσαν ότι το ποσοστό των εκπληρεθέντων προσδοκιών, σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση.

Οι απαντήσεις των ασθενών, μπορεί να επηρεάζεται από την έλλειψη γνώσης για άλλες εναλλακτικές δομές και μορφές θεραπείας. Ο McIver, αναφέρει: «ζητώντας από τους ασθενείς να αξιολογήσουν την ποιότητα της φροντίδας (ικανοποίηση), δεχόμαστε ότι

έχουν αρκετή γνώση των υπηρεσιών, ώστε να είναι σε θέση να τις συγκρίνουν με ένα προσδοκώμενο πρότυπο, κάτι που στην πραγματικότητα δεν αληθεύει».

4.3 Τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών

Οι Straser et al. (2000) έδειξαν πως τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών (φύλο, επάγγελμα, ηλικία και εισόδημα) επηρεάζουν την ικανοποίηση από τη Νοσοκομειακή φροντίδα και συμπληρώνουν πως υπάρχει μια ισχυρή συσχέτιση των δημογραφικών χαρακτηριστικών των ασθενών και της επιλογής του γιατρού και των υπηρεσιών. Κατ' επέκταση, εάν η επιλογή των υπηρεσιών φροντίδας υγείας σχετίζεται με την ικανοποίηση του ασθενή, τότε τα δημογραφικά χαρακτηριστικά του ασθενή ή του συνοδού του, φαίνεται να σχετίζονται με την ποιότητα των υπηρεσιών αυτών, όπως την αντιλαμβάνεται ο ίδιος ο ασθενής.

A. Ηλικία

Μια μετά-ανάλυση, κατέληξε στο συμπέρασμα ότι τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών, αποτελούν παράγοντες που σχετίζονται με τη συνολική ικανοποίηση των ασθενών από την φροντίδα. Οι Fitzpatrick και Fox και Storms, είναι μεταξύ εκείνων που αμφισβητούν την σταθερή επίδραση αυτών των παραγόντων στην ικανοποίηση με εξαίρεση την ηλικία, αφού η διεθνής μαρτυρία επιβεβαιώνει ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Κάποιοι άλλοι ερευνητές, δεν αναφέρουν σημαντική συσχέτιση μεταξύ ηλικίας και ικανοποίησης των ασθενών. Σε ό, τι αφορά την συσχέτιση των υπόλοιπων δημογραφικών χαρακτηριστικών, με την ικανοποίηση, υπάρχει διαφωνία. Αυτό μπορεί να οφείλεται πιθανόν στις χαμηλές προσδοκίες των ηλικιωμένων ασθενών, ή στην διαφοροποιημένη στάση τους απέναντι στην καθημερινότητα και σε κάποιες αξίες. Οι ηλικιωμένοι διαπνέονται από μια «αγωνία» να εκφράσουν την ικανοποίησή τους από την παρεχόμενη φροντίδα. Έτσι, αποφεύγουν να δηλώσουν δυσαρεστημένοι από την φροντίδα, αφού η έκφραση αυτή θεωρείται από τους ίδιους πιο «φορτισμένη» από την έκφραση «είμαι λίγο ή καθόλου ικανοποιημένος». Εξάλλου, οι σημερινοί ασθενείς των 70 και 80 ετών, προέρχονται από μια γενιά που θεωρεί τους γιατρούς σαν «ανώτερα όντα» και τους νοσηλευτές σαν «αγγέλους του ελέους». Ο Abrams δίνει την ακόλουθη εξήγηση για τα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών: «για τις περισσότερες γυναίκες, που σήμερα πλησιάζουν την ηλικία των 80 ετών, το πρώτο τέταρτο της ζωής τους το έζησαν μέσα στην φτώχεια, την ανέχεια, την σκληρή δουλειά και

την φροντίδα ολόκληρης της οικογένειας. Δεν θα πρέπει να μας εκπλήσσει λοιπόν, που τα σημερινά τους κριτήρια αναφορικά με το τι επιθυμούν και με το τι τους προσφέρει ικανοποίηση διαφέρουν εντελώς από τα κριτήρια των νεότερων ασθενών».

Οι ηλικιωμένοι ασθενείς έχουν διαφορετικό βαθμό εξάρτησης από τη νοσηλευτική φροντίδα σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς και μάλλον δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην θεραπεία και όχι στην «φροντίδα». Παρόλο που η δυσαρέσκεια των ασθενών μπορεί να εκφραστεί μετά την έξοδο από το νοσοκομείο, αποσιωπάται από τους ίδιους αναλογιζόμενοι την πιθανότητα να ξαναγυρίσουν πάλι σε αυτό. Πολλοί ηλικιωμένοι ζουν μια ολοκληρωμένη και ενεργό ζωή και κάποιοι συγγραφείς, όπως η Thane, παρουσιάζουν μια οπτιμιστική πλευρά των ηλικιωμένων, σε πρόκληση των καιρών που βλέπει αρνητικά την Τρίτη ηλικία.

Πολλές έρευνες αναζήτησαν συσχετίσεις ανάμεσα στους κοινωνικούς, δημογραφικούς παράγοντες και την ικανοποίηση του ασθενή ωστόσο, λίγων η μεθοδολογία κρίνεται ικανοποιητική. Σε ό, τι αφορά την Μεγάλη Βρετανία, η εξήγηση που δίδεται στα υψηλά επίπεδα ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών, είναι πως αυτό συμβαίνει διότι έχουν παρακολουθήσει την διαχρονική εξέλιξη του Εθνικού Συστήματος Υγείας και θυμούνται ποιες υπηρεσίες διατηρήθηκαν και ποιες εκσυγχρονίστηκαν. Από την άλλη μεριά, μπορεί να έχουν χαμηλότερες προσδοκίες από το σύστημα υγείας. Οι ανήμποροι ηλικιωμένοι, βλέπουν τον εαυτό τους σαν βάρος στις οικογένειές τους και στην κοινωνία και ίσως αισθάνονται ότι δεν αξίζουν της ανάλογης προσοχής. Μια εναλλακτική εξήγηση θα μπορούσε να είναι ότι οι ηλικιωμένοι πραγματικά επιθυμούν περισσότερο σεβασμό και κατανόηση από το προσωπικό, που είναι εκτός των άλλων, πολύ νεότερο σε ηλικία από αυτούς. Οι ηλικιωμένοι ασθενείς ενδιαφέρονται λιγότερο για τις λεπτομέρειες και εκδηλώνουν μικρότερη τάση για ερωτήσεις, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς.

Οι Hall και Dornan, (1988) επιχείρησαν να διαχωρίσουν μεταξύ τους, δυο υποθέσεις:

- *η πρώτη, ότι ανεξάρτητα από την τρέχουσα παρεχόμενη φροντίδα οι ηλικιωμένοι ασθενείς είναι γενικά περισσότερο διστακτικοί στο να εκφράσουν αρνητικές αξιολογικές κρίσεις, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς,*
- *η δεύτερη, ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς φροντίζονται στην πραγματικότητα με έναν πιο επιμελή και εύκολα ανταποκρίσιμο τρόπο.*

Παρόλο που η μαρτυρία ενισχύει αυτούς τους δυο ισχυρισμούς ο Cohen G.(1996) κανείς δεν πιστεύει στην αποκλειστικότητά τους, καθώς οι υποθέσεις αυτές, ασκούν κάποια επίδραση στην ικανοποίηση *κάποιων* ασθενών, σε *κάποιες* δομές παροχής φροντίδας υγείας. Πάντως ο Cohen G.(1996) συναινεί στην πρώτη υπόθεση καθώς η έρευνά του κατέδειξε μια ισχυρή συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση των ασθενών, όχι μόνο από την φροντίδα που του παρέχεται στον χώρο του Νοσοκομείου, αλλά και από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας και τις δομές που ενσωματώνει.

Στα συμπεράσματα της έρευνάς του, ο Cohen G.,(1996) σημειώνει ότι η παρατηρούμενη ισχυρή συσχέτιση της ικανοποίησης με το φύλο, ενδεχομένως να οφείλεται σε μια ηλικιακή διαφοροποίηση του ποσοστού των ασθενών που απάντησαν στις ερωτήσεις. Αυτό πρακτικά σημαίνει πως εάν η πιθανότητα απάντησης εξαρτάται από τον βαθμό της δυσαρέσκειας από τη νοσοκομειακή περίθαλψη και δεδομένης της τάσης των νεότερων ασθενών (16-44 ετών) να μην απαντούν -για μια σειρά από αιτίες- τότε υποθέτει πως ο νέος ασθενής «*χρειάζεται*» μια μεγαλύτερη δυσαρέσκεια για να απαντήσει, σε σχέση με τον ηλικιωμένο. Κάτι τέτοιο, συνεχίζει ο Cohen G.(1996), ισχύει μόνο για κάποια άτομα κάθε ηλικιακής ομάδας και επομένως δεν αναιρεί την αρχική διαπίστωση. Εξάλλου σημειώνει ότι το ποσοστό αναπάντητων ερωτήσεων ήταν μεγαλύτερο μεταξύ των ηλικιωμένων ασθενών.

Οι Lee και Kasper,(1998) μελέτησαν την συνολική ικανοποίηση των ηλικιωμένων ασθενών που καλύπτονται από το Medicare Health Program, από την ιατρική φροντίδα και τα χαρακτηριστικά των γιατρών. Βρήκαν ότι σε γενικές γραμμές, οι ηλικιωμένοι είναι ικανοποιημένοι με όλες τις διαστάσεις της ιατρικής φροντίδας (general satisfaction with medical care) που έλαβαν και με τα προσωπικά ποιοτικά χαρακτηριστικά των γιατρών (physicians' quality). Η ικανοποίηση από την ιατρική φροντίδα, όπως αυτή περιγράφεται από τα 8 ερωτήματα της κλίμακας, κυμάνθηκε πάνω από το 90%. Οι πολύ ικανοποιημένοι ήταν το 42%. Το χαμηλότερο ποσοστό ικανοποίησης οφείλονταν στο έμμεσο κόστος της φροντίδας. Παρόλο που στην βιβλιογραφία αναφέρεται ότι οι ηλικιωμένοι τείνουν να είναι πιο ικανοποιημένοι με την παρεχόμενη φροντίδα, σε σχέση με τους υπόλοιπους, στην έρευνα των Lee & Kasper (1998) , βρέθηκε πως αυτοί με ηλικία μεταξύ 80 και 84 ετών, είχαν 20%-30% μικρότερη πιθανότητα να αναφέρουν υψηλά ποσοστά ικανοποίησης σε σχέση με αυτούς ηλικίας 65-69 ετών.

Οι Hall και Dornan(1988) , στην μετά-ανάλυσή τους, αναφέρουν ότι η ικανοποίηση κυμαίνεται μεταξύ.76 και.84 στην 0-1 κλίμακα, αλλά ελάχιστες αφορούσαν ηλικιωμένους ασθενείς αποκλειστικά. Κάποιες πιθανές εξηγήσεις είναι:

- ενδέχεται οι ηλικιωμένοι να δέχονται καλύτερη φροντίδα, εξαιτίας του σεβασμού της ηλικίας τους και για ιστορικούς λόγους,
- οι ηλικιωμένοι ασθενείς, δίνουν –συχνότερα- κοινωνικά αποδεκτές απαντήσεις (*socially desirable responses*) και
- είναι λιγότερο πρόθυμοι να προκαλέσουν την παντοδυναμία του γιατρού.

Οι Von Essen & Sjoden (1997) δεν βρήκαν κάποια συσχέτιση της ηλικίας με την άποψη των καρκινοπαθών και χειρουργικών ασθενών, για την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Σε μια άλλη έρευνα που αφορούσε ηλικιωμένους ασθενείς, βρέθηκε ότι η ηλικία είχε περιορισμένη επίδραση στο τι θεωρούν σημαντικό οι ασθενείς στην φροντίδα που τους παρέχεται. Πάντως αποτελεί κοινή πεποίθηση πως οι ηλικιωμένοι δίνουν μεγαλύτερη βαρύτητα στην «φροντίδα» παρά στην «θεραπεία». Το αντίθετο ισχυρίζονται οι Joos et al. (2004) που διαπίστωσαν ότι οι νεότεροι ασθενείς ζητούν περισσότερη ψυχολογική υποστήριξη σε σχέση με τους ηλικιωμένους.

Οι έρευνες διχάζουν, καθώς άλλες δεν έχουν καταλήξει σε συσχέτιση της ηλικίας με την ικανοποίηση του ασθενή και άλλες αναφέρουν μικρότερη ικανοποίηση των ηλικιωμένων. Κάποιες άλλες έρευνες, δηλώνουν μια θετική συσχέτιση της ικανοποίησης με την ευεξία του ασθενή, που ενδέχεται να οφείλεται σε μεθοδολογικά λάθη, που απορρέουν από την προσπάθεια εκτίμησης του ίδιου πράγματος με διαφορετικά εργαλεία. Αυτό ακριβώς, είναι το σημείο που έχει δεχθεί την μεγαλύτερη κριτική. Καθώς αυξάνεται η ηλικία, η μαρτυρία αποδεικνύει ένα ισχυρό και σημαντικό σφάλμα, που εκδηλώνεται με τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης με την παρεχόμενη φροντίδα υγείας.

Ο Smith A.M. (1999) ισχυρίζεται ότι οι συγγενείς φαίνονται να είναι λιγότερο ικανοποιημένοι σε σχέση με τους ηλικιωμένους που φροντίζουν. Εξάλλου, καθώς οι άνθρωποι μεγαλώνουν γίνονται λιγότερο επικριτικοί των παρεχόμενων υπηρεσιών. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της έρευνάς των, η μεγαλύτερη δυσαρέσκεια προήλθε από το επίπεδο της πληροφόρησης και την εκπλήρωση των κοινωνικών αναγκών, που σημαίνει ότι παίζει πρωτεύον ρόλο για τους ηλικιωμένους. Για τους συγγενείς το επίπεδο ικανοποίησής τους είναι πολύ μικρότερο σε σχέση με τους ηλικιωμένους, σε

σημείο που η μέση διαφορά μεταξύ τους, αγγίζει το 30%. Η πρώτη αιτία δυσαρέσκειας είναι η εκπλήρωση των κοινωνικών αναγκών και κάποια άλλα ετερόκλητα στοιχεία.

Η Ahmed L.B. και οι συνεργάτες της (2000) , κατέληξαν στα ακόλουθα συμπεράσματα:

- οι ηλικιωμένοι ασθενείς, αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης με τον γιατρό και ειδικότερα με την ικανότητά τους να μειώνουν το άγχος των ασθενών. Καθώς αυξάνεται η ηλικία, αυξάνουν οι προσδοκίες των ασθενών από τους γιατρούς, ότι αυτοί θα αποφασίσουν ποιες πληροφορίες για την κατάστασή τους πρέπει τους δοθούν,
- είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με την ιατρική εξέταση καθώς προσδοκούν ότι οι γιατροί είναι υπεύθυνοι για την φροντίδα τους,
- δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένοι με τον γιατρό ως ειδικό που βοηθά τους ασθενείς, σε αντίθεση με τους νεότερους ασθενείς,
- αισθάνονται περισσότερο ικανοποιημένοι με τον γιατρό ως το άτομο που επωμίζεται την ευθύνη της φροντίδας των ασθενών, σε σχέση με τους νεότερους ασθενείς,
- είναι περισσότερο ικανοποιημένοι με τον τρόπο λήψης του ιστορικού υγείας, που εκπληρώνει τις ανάγκες τους,
- η ικανοποίηση των ασθενών από τον ρόλο του νοσηλευτή -ιδιαίτερα ο συμβουλευτικός- σχετίζεται με την ηλικία,
- το ίδιο συμβαίνει και με την ικανοποίηση από τον τρόπο που οι νοσηλευτές εξηγούν στους ασθενείς ο, οτιδήποτε δεν κατανοούν.

4.3.1 Επίπεδο εκπαίδευσης

Το χαμηλό επίπεδο εκπαίδευσης, φαίνεται να σχετίζεται με τα υψηλά ποσοστά ικανοποίησης. Στις ΗΠΑ, οι Anderson και Zimmerman διατείνονται πως το επίπεδο εκπαίδευσης είναι η μόνη μεταβλητή που σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση των ασθενών. Ωστόσο, κάτι ανάλογο δεν επιβεβαιώνεται στη Μεγάλη Βρετανία, οπότε και η αιτία της διαφοροποίησης πρέπει να αναζητηθεί σε άλλους συγχυτικούς παράγοντες.

4.3.2 Κοινωνικό-οικονομική κατάσταση

Η συσχέτιση ικανοποίησης και «κοινωνικής τάξης» είναι λιγότερο δημοφιλής, εξαιτίας του ότι οι κοινωνικό-οικονομικές μεταβλητές, δεν καταγράφονται σε όλες τις έρευνες. Οι Hall & Dornan (1990) , θεωρούν ότι η κοινωνική θέση του ασθενή, παρουσιάζει στενή συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι που εξηγείται μερικώς –στις ΗΠΑ- από το γεγονός ότι οι ευκατάστατοι απλά λαμβάνουν καλύτερη φροντίδα από τους μη προνομιούχους, ακόμη και μέσα στην ίδια Υπηρεσία. Στη Μεγάλη Βρετανία, κάποιοι παρατήρησαν ότι οι ασθενείς των «υψηλών» κοινωνικών τάξεων είναι καλύτερα ενημερωμένοι. Οι Khayat & Salter (1994), ανακάλυψαν κάποια συσχέτιση μεταξύ της κοινωνικής τάξης και της δυσαρέσκειας. Ειδικότερα, οι ασθενείς των «υψηλών» κοινωνικών τάξεων, υπήρξαν σημαντικά περισσότερο ικανοποιημένοι από τις επισκέψεις στους γιατρούς σε σύγκριση με τους ασθενείς των «κατώτερων» κοινωνικών τάξεων.

Η μαρτυρία, όπως αυτή εκφράζεται από τις έρευνες των Williams & Calnan (1991) και Harris I.B. et al. (2000) υποστηρίζει μια συσχέτιση της ικανοποίησης με την κοινωνική τάξη των ασθενών. Ο Cohen G. (1997), βρήκε κάποια ανάλογη συσχέτιση για ορισμένες παραδοχές, όπως η αίσθηση της προστασίας, ή της αδιαφορίας του προσωπικού. Ωστόσο για άλλες παραδοχές, όπως η αίσθηση του ασθενή ότι τον φροντίζουν με σεβασμό και αξιοπρέπεια, δεν διαπιστώθηκε συσχέτιση με την κοινωνική τάξη. Έτσι, δεν αποκλείει την συσχέτιση, απλά πιστεύει ότι το εργαλείο μέτρησης που χρησιμοποίησε δεν είναι τόσο ειδικό.

4.3.3. Φύλο

Γενικά, πιστεύεται ότι δεν υπάρχει συσχέτιση ανάμεσα στο *φύλο* και την ικανοποίηση. Ασφαλώς, υπήρξαν και έρευνες που υποστήριξαν το αντίθετο, όπως οι Khayat και Salter (1994), που αναφέρουν πως οι άνδρες εμφανίζονται, συνολικά, περισσότερο ικανοποιημένοι από τον γιατρό τους. Η Solomon M.(1996) μετά από ανασκόπηση των βρετανικών ερευνών για την ικανοποίηση, βρήκε ότι υπάρχει κάποια θετική συσχέτιση της συνολικής ικανοποίησης από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, με το φύλο, καθώς οι γυναίκες παρουσιάζονται περισσότερο ικανοποιημένες σε σύγκριση με τους άνδρες, ενώ σε άλλες, δεν σημειώθηκε μια ανάλογη διαφορά.

Μια άλλη βρετανική έρευνα, παραδέχθηκε ότι οι γυναίκες ασθενείς, διαμαρτύρονται συχνότερα για τον μη σεβασμό της ατομικότητάς τους. Οι γυναίκες τείνουν να παραπονούνται πιο συχνά από τους άνδρες και αυτό οφείλεται στο ότι κάνουν

μεγαλύτερη χρήση των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, άρα έχουν μεγαλύτερη εμπειρία και ως εκ τούτου, έχουν υψηλότερες προσδοκίες από τους επαγγελματίες φροντίδας υγείας, καθώς και στον διπλό ρόλο των γυναικών: *ως φροντιστές υγείας και ως τροφούς*. Είναι αξιοσημείωτο το γεγονός ότι οι συγγενείς και οι συνοδοί των ασθενών είναι περισσότερο δεικτικοί από τους ασθενείς.

4.3.4 Εθνικότητα

Το πιο αμφιλεγόμενο χαρακτηριστικό των ασθενών, είναι η *εθνική τους καταγωγή*. Έτσι, στις ΗΠΑ, οι λευκοί, στο σύνολο, εμφανίζονται περισσότερο ικανοποιημένοι από τους μη λευκούς. Στη Μεγάλη Βρετανία, οι έρευνες εστιάστηκαν στους Ασιάτες ασθενείς, αναδεικνύοντας το μείζον πρόβλημα της γλώσσας, που καθιστούσε δύσκολη την επικοινωνία με τον γιατρό. Από την άλλη μεριά, οι μουσουλμάνες γυναίκες, ανέφεραν μεγάλο άγχος, όταν εξετάζονταν από έναν άνδρα γιατρό, κάτι που ισχύει και σήμερα, σύμφωνα με τις νεότερες έρευνες. Οι Jain et al.(1999), με τη σειρά τους, διαπίστωσαν ότι η επιλογή του γιατρού εξαρτάται από την φιλική ατμόσφαιρα του ιατρού, παρά από τα εθνικά χαρακτηριστικά του γιατρού, ενώ οι Ασιάτισσες προτιμούν να εξετάζονται από γυναίκες γιατρούς. Την ίδια στιγμή, οι άνδρες ασθενείς, αναφέρονται λιγότερο ικανοποιημένοι όταν εξετάζονται από τις νέες γυναίκες γιατρούς.

4.3.5 Επίπεδο υγείας

Η *κατάσταση της υγείας* των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει την ικανοποίησή τους, καθώς όσο χειρότερη είναι, τόσο λιγότερο ικανοποιημένοι αισθάνονται. Συγκριτικά όμως με τους υπόλοιπους παράγοντες, το επίπεδο της υγείας και της ευεξίας των ασθενών φαίνεται να επηρεάζει λίγο την ικανοποίηση των ασθενών. Οι ασθενείς με κάποια ανικανότητα δηλώνουν συνηθέστερα λιγότερο ικανοποιημένοι. Ο Cohen G.(1996) , βρήκε μια ισχυρή συσχέτιση του πόνου και του ψυχοκοινωνικού επιπέδου υγείας με την ικανοποίηση, σε αντίθεση με τους Williams S.J. & Calnan M. (1995-96) , οι οποίοι δεν αναφέρουν μια ανάλογη συσχέτιση της κατάστασης της υγείας του ασθενή με την ικανοποίησή του, ούτε από τη νοσοκομειακή φροντίδα, ούτε από την Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας. Το ίδιο ισχύει και στις ΗΠΑ, για τους Fox J.G. και Storms D.M. ακόμη και μετά την στάθμιση με την ηλικία, το φύλο, την χρήση των υπηρεσιών υγείας και την προσβασιμότητα σε αυτές.

Ο Pascoe G.C. (1983), κατέληξε σε μια σημαντική συσχέτιση της ικανοποίησης με την κατάσταση της υγείας του ασθενή, στις υπηρεσίες Πρωτοβάθμιας Φροντίδας

Υγείας. Οι Ross C.K. et al.(1998) με την σειρά τους, διαπίστωσαν πως οι ασθενείς που δίνουν προτεραιότητα στην διαπροσωπική διάσταση της φροντίδας, έχουν χειρότερο επίπεδο υγείας από τους υπόλοιπους, ειδικότερα σε ό, τι αφορά την ψυχολογική τους κατάσταση (υγεία). Το ίδιο υποστηρίζει και ο Cohen G. (1996), που τονίζει ότι η βελτίωση της ποιότητας της φροντίδας των ασθενών, διασφαλίζεται μέσω όχι μόνο της αποτελεσματικής διαχείρισης του πόνου τους, αλλά και της επικοινωνίας με σκοπό την συμμετοχική λήψη των κλινικών αποφάσεων.

Η αυξημένη σοβαρότητα της αρρώστιας και της ανικανότητας, βρέθηκε ότι συσχετίζεται με το χαμηλό ποσοστό ικανοποίησης από την παρεχόμενη φροντίδα. Αναφορικά με την συσχέτιση της ικανοποίησης του ασθενή και του επιπέδου υγείας του (health status), η μαρτυρία υποσημειώνει την θετική σύνδεση, με τους ανθρώπους με καλύτερη υγεία, να αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης. Σε αντίθεση με αυτούς που εκτιμούν ότι το τρέχον επίπεδο υγείας τους είναι άριστο, στην έρευνα των Lee Y. και Kasper D. J.(1998), οι ηλικιωμένοι που αναφέρουν μέτριο ή κακό, είναι κατά 50% ικανοποιημένοι με όλες τις πλευρές της φροντίδας και κυρίως με την προσβασιμότητα.

4.4 Ψυχοκοινωνικοί παράγοντες

Ένας αριθμός από «κοινωνικό-ψυχολογικά» επιγεννήματα (artifacts) μπορεί να επηρεάζουν τις εκφάνσεις ικανοποίησης των ασθενών και άρα να προσθέτουν ένα σφάλμα στη μέτρηση. Η «κοινωνική αποδοχή-ευαρέσκεια» ωθεί τους ασθενείς να αναφέρουν μεγαλύτερο ποσοστό ικανοποίησης από το πραγματικό, διότι πιστεύουν πως μόνο τα θετικά σχόλια είναι ευπρόσδεκτα από τους ερευνητές. Αρκετοί ασθενείς, χρησιμοποιούν τις έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, ως το ασφαλές μέσο για να κερδίσουν την εύνοια των ερευνητών, ή του προσωπικού, ιδιαίτερα όταν διασφαλίζεται η ανωνυμία τους. Οι περισσότεροι ερευνητές, πιστεύουν ότι οι ασθενείς είναι φειδωλοί στην έκφραση των παραπόνων τους, από φόβο μιας «δικαιολογημένα» χειρότερης φροντίδας στο μέλλον. Η θεωρία του Williams διατείνεται ότι η δυσαρέσκεια εκδηλώνεται μόνο όταν συμβεί ένα ακραίο αρνητικό γεγονός. Ωστόσο, φαίνεται να επισκιάζεται από το φαινόμενο της «ευγνωμοσύνης» των ασθενών προς τους επαγγελματίες υγείας, που έχει αναγνωριστεί ως συγχυτικός παράγοντας της ικανοποίησης και που στη Μεγάλη Βρετανία παρατηρείται κυρίως στους ηλικιωμένους ασθενείς. Η βιβλιογραφία είναι περιορισμένη σε ό, τι αφορά την πιθανή συσχέτιση της ικανοποίησης, με την *ψυχολογική κατάσταση* του ασθενή (π.χ. άγχος). Η τρέχουσα

μαρτυρία, επιμένει ότι αυτή η συσχέτιση είναι άκρως πολύπλοκη. Το άγχος επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών. Το ίδιο συμβαίνει και με την κατάθλιψη. Στην έρευνά μας σε δείγμα 180 ηλικιωμένων ασθενών, βρήκαμε ότι η κατάθλιψη σχετίζεται με την ικανοποίηση των ασθενών από κάποιες πτυχές της φροντίδας και άρα οι γενικεύσεις θεωρούνται απλοϊκές. Στους ηλικιωμένοι ασθενείς που πάσχουν από χρόνια νοσήματα, τα οποία τους καθιστούν εξαρτώμενους από εξωτερική βοήθεια, η ικανοποίηση από την παρεχόμενη φροντίδα, σχετίζεται σημαντικά με το ηθικό τους και την ικανοποίηση από την ζωή.

4.4.1. Ο συνεντευκτής

Η πλειοψηφία των ασθενών, (80% ή περισσότερο) εκφράζουν μια συνολική ικανοποίηση με την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, με λίγους να απαντούν αρνητικά σε κάποια ερώτηση του ερωτηματολογίου. Η μεγάλη πλειοψηφία των ερευνητών, αναφέρει σταθερή ικανοποίηση των ασθενών από τη νοσηλευτική φροντίδα που μάλλον εκλαμβάνεται ως δείγμα του φαινομένου του φωτοστέφανου (halo effect) που δικαιολογεί το γεγονός ότι οι ασθενείς δεν είναι πρόθυμοι να κριτικάρουν τους νοσηλευτές που τους φροντίζουν. Ο Cang S.(1995) τονίζει τη σχέση ανάμεσα στην εξάρτηση του ασθενή και των συγγενών του από αυτούς που παρέχουν τις υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έτσι, οι ασθενείς μπορεί να αισθάνονται ευγνωμοσύνη και δυσαρέσκεια, ταυτόχρονα, με την ποιότητα της υπηρεσίας που τους προσφέρεται και ότι μπορεί να μην είναι πρόθυμοι να εκφράσουν την δυσαρέσκειά τους, για τον φόβο του ανταγωνισμού με τον ιδιωτικό τομέα και της μελλοντικής εμπειρίας χειρότερων υπηρεσιών. Οι Evason E. και Whittington D. (1997) συμφωνούν με αυτή την επισήμανση, συμπληρώνοντας ότι οι ασθενείς αποφεύγουν να κριτικάρουν την φροντίδα που λαμβάνουν, αν ο συνεντευκτής είναι κάποιος από τους φροντιστές τους, ή εάν έχουν κάποιον βαθμό εξάρτησης. Οι απαντήσεις των ασθενών, στις διάφορες έρευνες για την εκτίμηση της ικανοποίησής τους, διαφέρουν ανάλογα με ποιος τους ρωτά, σε ποιο στάδιο της θεραπείας βρίσκονται και για λογαριασμό ποιου ερωτώνται.

4.5 Εξάρτηση από την φροντίδα

Ο αντίκτυπος του βαθμού εξάρτησης του ασθενή από τον νοσηλευτή, στην αξιολόγηση της φροντίδας από τον ασθενή, τεκμηριώνεται από την σχετική βιβλιογραφία. Οι Judge και Solomon υποστηρίζουν ότι η δυσαρέσκεια εκφράζεται, σταθερά, για τις νοσοκομειακές υπηρεσίες, τη στιγμή που ασκείται λιγότερη κριτική για τους επαγγελματίες υγείας. Ο Williams υποστηρίζει ότι η προηγούμενη εμπειρία εκτός του

συστήματος υγείας, επηρεάζει την αξιολόγηση της φροντίδας τους και τα δεδομένα της έρευνας δείχνουν ότι οι απόψεις των ασθενών για την παρεχόμενη φροντίδα επηρεάζονται εν μέρει από τις σχέσεις τους με τους επαγγελματίες υγείας. Οι ασθενείς ήταν προστατευτικοί, εξαιτίας της εξάρτησής τους από την υπηρεσία και την αμοιβαιότητα της σχέσης τους.

Τα αποτελέσματα της έρευνας των Gilleard C. και Reed R. έδειξαν ότι οι ηλικιωμένοι ασθενείς που κάνουν σχόλια για την σχέση τους με τους νοσηλευτές, εκφράζουν ικανοποίηση σε σύγκριση με τους υπόλοιπους που δεν κάνουν σχόλια. Όσοι σχολιάζουν τον φόρτο εργασίας των νοσηλευτών δείχνουν λιγότερη ικανοποίηση. Τα στερεοτυπικά (ρατσιστικά) σχόλια των ασθενών για τους νοσηλευτές, δεν φαίνονται να συσχετίζονται με τον βαθμό ικανοποίησής τους. Στην ίδια έρευνα, σαν δείκτης της ποιότητας της σχέσης νοσηλευτή-ασθενή, θεωρήθηκε η ποσότητα των πληροφοριών που προσφέρονται στον ασθενή από τον νοσηλευτή, όπως αν γνώριζε το όνομά τους, λεπτομέρειες για την οικογένειά τους και τον τόπο διαμονής τους. Έτσι, ο βαθμός της γνώσης των προσωπικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτή από τον ασθενή, σχετίζεται σημαντικά με την ικανοποίηση από την φροντίδα και κυρίως τις υποκλίμακες ενσυναίσθηση και ενδιαφέρον (concern and empathy). Από την άλλη μεριά, οι υποκλίμακες της επικοινωνίας, της επιδεξιότητας και της αξιοπιστίας, δεν σχετίζονται σημαντικά με την γνώση των προσωπικών χαρακτηριστικών του νοσηλευτή.

4.6. Βαθμός χρήσης των υπηρεσιών φροντίδας υγείας

Υπάρχει μια άμεση σχέση ανάμεσα στην γήρανση του πληθυσμού και την αυξημένη ζήτηση για υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Έρευνες σχετικά με την επίδραση του βαθμού χρησιμοποίησης των υπηρεσιών υγείας στην ικανοποίηση του ασθενή, έχουν οδηγήσει σε μικτά αποτελέσματα. Πάντως, οι Fox και Storms, αναφέρουν μια θετική σχέση μεταξύ αυτών των δυο μεταβλητών. Άλλοι ερευνητές, δεν βρήκαν σημαντική συσχέτιση αυτών.

4.7 Κοινωνικό-πολιτιστικές διαφορές

Οι Bredart A. et al. (2002) επιχείρησαν να σταθμίσουν μια κλίμακα που εκτιμά την ικανοποίηση των ογκολογικών ασθενών από την φροντίδα, σε 4 χώρες: Γαλλία, Πολωνία, Σουηδία, Ιταλία και διαπίστωσαν ότι: *(1) οι προσδοκίες των ασθενών και η εμπειρία τους από την φροντίδα διαφέρει μεταξύ των λαών και των διαφορετικών πολιτισμών, ενώ εξαρτώνται από τις αξίες τους, τα «πιστεύω», το κοινωνικό-οικονομικό προφίλ, το ίδιο το Σύστημα της Φροντίδας και την στάση των επαγγελματιών φροντίδας*

υγείας, (2) οι διαφορές ανάμεσα στους ασθενείς των 4 χωρών, μπορεί να εκπορεύονται από το πώς αντιλαμβάνονται τις διαστάσεις της φροντίδας και από το πώς αποτυπώνονται λεκτικά και εκφραστικά στις 4 εκδόσεις της κλίμακας, κάτι το οποίο είχε τονιστεί και από τους *Guillemin et al.* Αυτή η διαπολιτισμική και διακρατική προσπάθεια εκτίμησης της ικανοποίησης ανοίγει ένα νέο ερευνητικό κεφαλαίο στη μελέτη του φαινομένου, που αποκτά ιδιαίτερο ενδιαφέρον δεδομένης της παγκοσμιοποίησης.

4.8 Ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής

Οι *Locker & Dunt*, επεσήμαναν ότι η εκληφθείσα ποιότητα της φροντίδας παίζει έναν κεντρικό ρόλο στην ικανοποίηση από την ποιότητα της ζωής των ασθενών που υποφέρουν από καρκίνο.

4.9 Ικανοποίηση από την διαχείριση του πόνου

Σε μια έρευνά τους οι *McNeill J.A. et al.* (2004) αναζήτησαν πιθανή συσχέτιση μεταξύ της ικανοποίησης των ασθενών και την διαχείριση του πόνου τους. Για τον λόγο αυτό, χρησιμοποίησαν το αναθεωρημένο ερωτηματολόγιο της Αμερικανικής Κοινότητας πόνου (*American Pain Society Patient Outcome Questionnaire, APS-POQ*). Στην έρευνα συμμετείχαν 157 ασθενείς μέσης ηλικίας 58.99 ετών. Το ερωτηματολόγιο αυτό, αποτελείται από ερωτήσεις περιγραφικές του πόνου που αισθάνθηκε ο ασθενής και της επίδρασης που είχε στην δραστηριότητά τους, την ψυχική τους διάθεση, το περπάτημά τους, τις σχέσεις τους με τους άλλους και τον ύπνο τους. Από τα αποτελέσματα της στατιστικής ανάλυσης, διαπιστώθηκε ότι ενώ οι ασθενείς είναι ικανοποιημένοι κατά βάση με την συνολική διαχείριση του πόνου, με την ανταπόκριση του γιατρού και της νοσηλεύτριας, η ικανοποίησή τους σχετίζεται αρνητικά και στατιστικά σημαντικά με την ένταση του πόνου τους την στιγμή της λήψης της συνέντευξης και της έντασης του πόνου τους το τελευταίο 24ωρο.

Σε μια άλλη πρόσφατη μελέτη χρησιμοποιήθηκε το ίδιο ερωτηματολόγιο σε ένα δείγμα 83 ασθενών πριν την εφαρμογή ενός προγράμματος Συνεχούς Βελτίωσης της Ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας (*Continuous Quality Improvement, CQI*) και σε ένα δείγμα 89 ασθενών ένα χρόνο μετά. Και σε αυτή την έρευνα, οι ασθενείς ήταν πολύ έως απλά ικανοποιημένοι με την ανταπόκριση του νοσηλευτικού και ιατρικού προσωπικού στον πόνο τους, πριν την εφαρμογή του προγράμματος CQI, ενώ μειώθηκε η ικανοποίηση μετά την εφαρμογή του αλλά όχι στατιστικά σημαντικά. Οι κυριότεροι προβλεπτικοί δείκτες της ικανοποίησης των ασθενών από την ανταπόκριση του

νοσηλευτικού προσωπικού στον πόνο τους ήταν: η Ασιατική καταγωγή, η ένταση του πόνου το τελευταίο 24ωρο, το επίπεδο εκπαίδευσης και η διάγνωση κακοήθειας. Αντίστοιχα για το ιατρικό προσωπικό ήταν: το θρήσκευμα (καθολικοί).

4.10 ΥΠΟΔΕΙΓΜΑΤΑ ΚΑΙ ΘΕΩΡΙΕΣ ΣΤΗΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΣΘΕΝΩΝ

Μια κριτική θεώρηση της βιβλιογραφίας για την ποιότητα, μας επιτρέπει να τονίσουμε την απουσία ενός θεωρητικού υπόβαθρου που να ερμηνεύει και να δομεί την ουσία της έννοιας «ποιότητα» στον Τομέα της φροντίδας Υγείας. Με αυτή τη λογική, η ποιότητα πρέπει να ορίζεται με την βοήθεια επιθετικών προσδιορισμών, όπως:

4.10.1 Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ποιότητα

A. Ληφθείσα ποιότητα μιας παρεχόμενης υπηρεσίας (perceived quality of service)

Οι Parasuraman, Zeithaml & Berry (1988) ορίζουν την ληφθείσα ποιότητα ως: «την συνολική άποψη, την στάση του χρήστη, που σχετίζεται με την ανωτερότητα μιας υπηρεσίας. Είναι ο βαθμός της ταύτισης ανάμεσα στις απόψεις των χρηστών και στις προσδοκίες τους». Και άλλοι ερευνητές είχαν δώσει έμφαση στην διαφοροποίηση ληφθείσας και αντικειμενικής ποιότητας. Ειδικότερα, οι Holbrook & Corfman (1985) τονίζουν ότι οι χρήστες των υπηρεσιών δεν χρησιμοποιούν τον όρο ποιότητα με τον ίδιο τρόπο που οι ερευνητές την ορίζουν. Προερχόμενοι από τον χώρο του μάρκετινγκ, ήταν οι πρώτοι οι οποίοι πρότειναν ένα μαθηματικό μοντέλο που να ερμηνεύει την ποιότητα.

$$\Sigma \text{EΠ}_i = \text{A}_i - \text{Π}_i$$

Αν δεχθούμε ότι κάθε συμβάν στα πλαίσια της παροχής μιας υπηρεσίας, συνιστά ένα ερέθισμα (stimulus), τότε $\Sigma \text{EΠ}$ είναι η Συνολική Ληφθείσα Ποιότητα της φροντίδας που προκύπτει από την ερμηνεία των i ερεθισμάτων (συμβάντων), A_i είναι οι αντιλήψεις (perceptions) που σχηματίζουν οι χρήστες σχετικά με την απόδοση των συντελεστών της παρεχόμενης υπηρεσίας (ανθρώπινοι, υλικοί πόροι) και Π_i είναι οι προσδοκίες των χρηστών όπως αυτές διαμορφώνονται με βάση ένα πρότυπο αξιολογικό σύστημα που αντιστοιχεί σε κάθε χρήστη της υπηρεσίας. Οι αντιλήψεις ορίζονται ως τα «πιστεύω» των χρηστών αναφορικά με την παρεχόμενη υπηρεσία, ή όπως αυτά προκύπτουν από την χρήση της υπηρεσίας. Αντίστοιχα, οι προσδοκίες ορίζονται ως: «οι επιθυμίες ή οι πόθοι των χρηστών από την παρεχόμενη υπηρεσία». Οι Parasuraman και συν. μας τονίζουν ότι ο όρος προσδοκίες –στην βιβλιογραφία για την ποιότητα- δεν

αντιπροσωπεύει κάποιες προβλέψεις για το τι «πρόκειται» να προσφέρει η υπηρεσία, αλλά για το τι «πρέπει» να προσφέρει, με κριτήριο κάποια «ιδανικά» πρότυπα απόδοσης. Ο Carman συμπληρώνει ότι οι προσδοκίες βασίζονται σε κάποιες «νόρμες» που σχετίζονται με τις εμπειρίες από την παρελθούσα χρήση της συγκεκριμένης υπηρεσίας.

Οι Parasuraman, Zeithanl & Berry,(1988) σπεύδουν να τονίσουν ότι: (α) το μοντέλο A-Π αντιπροσωπεύει μια σύγκριση με κάποια νόρμα, καθώς δεν αποτελεί μια διαφορά ανάμεσα στα χαρακτηριστικά της προβλεπόμενης και της παρεχόμενης υπηρεσίας, (β) η εξίσωση A-Π δεν συνιστά ένα προβλεπτικό μοντέλο, αλλά ένα «μετρικό σύστημα» στο οποίο όσο μεγαλύτερο είναι το σκορ του A-Π τόσο μεγαλύτερο και το επίπεδο της ποιότητα όπως την εκλαμβάνει ο ίδιος ο χρήστης. Ο Carman διαφοροποιεί το υπόδειγμα των Parasuraman, Zeithanl & Berry, όπως φαίνεται παρακάτω:

$$\Sigma A\Pi_i = \Sigma I_i (A_i - \Pi_i)$$

Όπου I είναι ο βαθμός σημαντικότητας κάθε διάστασης της υπηρεσίας για τον χρήστη και ΣI είναι το άθροισμα αυτών των διαστάσεων. Για καινούργιες υπηρεσίες, οι προσδοκίες (Πi) μπορεί να είναι μηδενικές, ενώ για συχνά χρησιμοποιούμενες υπηρεσίες μπορεί να είναι σταθερές και ομοιογενείς. Οι Parasuraman, Zeithanl & Berry, προσδιόρισαν την ύπαρξη κάποιων αποστάσεων, ανάμεσα στους κυριότερους προσδιοριστές της θεωρίας τους, που ονομάστηκαν «κενά» (gaps). Η βιβλιογραφική μαρτυρία, υπογραμμίζει την αδυναμία πολλών Διοικήσεων να προσδιορίσουν τι προσδοκά ένας πελάτης από μια υπηρεσία κάτι που επηρεάζει δυσμενώς την αξιολόγηση της ποιότητας από τους ίδιους τους πελάτες.

B. Το υπόδειγμα των Monroe & Krishnan

Σύμφωνα με τους Monroe & Krishnan (1985) η ληφθείσα ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας αντίστοιχα, παριστάνεται με την ακόλουθη μαθηματική εξίσωση:

$$\Pi_i = -1 [\Sigma \Sigma_i I_i (A_i - \Pi_i)]$$

Σύμφωνα με την εξίσωση αυτή, Πi είναι η ληφθείσα ποιότητα ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας. Πολλαπλασιάζοντας το δεξί σκέλος της εξίσωσης με το -1, εξασφαλίζουμε μεγαλύτερες τιμές του Πi. Σi είναι η σημαντικότητα της κάθε διάστασης της φροντίδας,

Πι η πιθανότητα ώστε το προϊόν ή η υπηρεσία να έχει κ ποσοστό από την διάσταση αυτή, I το ιδανικό ποσοστό της διάστασης, ο αριθμός των διαστάσεων, ο αριθμός των ποσοστιαίων κατηγοριών των διαστάσεων. Στο αρχικό μοντέλο υπάρχει ένας συντελεστής που ονομάζεται Minkowski και θεωρούμε ότι είναι ίσος με το μηδέν, οπότε η εξίσωση παίρνει την συγκεκριμένη μορφή.

Γ. Η κλιμακούμενη ποιότητα

Οι Abby Ghobadian et al. (1951) ισχυρίζονται ότι η ληφθείσα ποιότητα αποτελεί μια γραμμή που κλιμακώνεται μεταξύ δυο ακραίων σημείων: στο ένα είναι η «μη αποδεκτή ποιότητα» και στο άλλο η «ιδανική ποιότητα». Η μεσότητα της κλίμακας είναι η «ικανοποιητική ποιότητα». Το υπόδειγμα το οποίο προτείνουν παριστάνεται ως εξής:

$$\mathbf{E\Pi = \Pi\Pi\Pi + \text{T\Pi\Pi} + \text{\Pi T\Pi}}$$

Όπου ΕΠ είναι η «ληφθείσα ποιότητα», ΠΠΠ είναι οι «προσδοκίες των πελατών από την πρότερα χρήση των υπηρεσιών», ΤΠΠ είναι η «η τρέχουσα ποιότητα της υπηρεσίας» και ΠΤΑ η «ποιότητα του τρέχοντος αποτελέσματος» από την χρήση των υπηρεσιών. Στην ουσία, το υπόδειγμα αυτό υποστηρίζει ότι η ποιότητα της υπηρεσίας, όπως την εκλαμβάνει ο χρήστης, αποτελεί το αποτέλεσμα της σύγκρισης των προσδοκιών του από την παρελθούσα χρήση με τις προσδοκίες από την τρέχουσα χρήση και το αποτέλεσμα της χρήσης. Οι προσδοκίες του παρελθόντος, σχηματοποιούν μια a priori εικόνα της υπηρεσίας η οποία επηρεάζεται από: τις προσωπικές ανάγκες του χρήστη, την εμπειρία του παρελθόντος, την περιρρέουσα ατμόσφαιρα όπως διαμορφώνεται από τους υπόλοιπους χρήστες, το μάρκετινγκ και την τιμή. Η τρέχουσα ποιότητα της υπηρεσίας, συνιστά το πραγματικό επίπεδο ποιότητας της παρεχόμενης υπηρεσίας, όπως αυτή προσδιορίζεται και ελέγχεται από τον προμηθευτή της. Η ληφθείσα -από τον χρήστη- ποιότητα της υπηρεσίας, αποτελεί το μετρικό σύστημα της ικανοποίησής του. Προς αυτή την κατεύθυνση, η ποιότητα του αποτελέσματος από την τρέχουσα χρήση της υπηρεσίας:

1. είναι ίση με την ικανοποιητική ποιότητα, όταν εκπληρώνονται οι προσδοκίες του χρήστη, δηλαδή όταν $\Pi\Pi\Pi = \text{E\Pi}$,
2. είναι ίση με την ιδανική ποιότητα, όταν η ληφθείσα ποιότητα είναι μεγαλύτερη από τις προσδοκίες του χρήστη, δηλαδή όταν: $\text{E\Pi} > \Pi\Pi\Pi$. Έτσι, η ληφθείσα

ποιότητα είναι περισσότερο από ικανοποιητική και τείνει προς την ιδεώδη ποιότητα.

3. είναι ίση με την μη αποδεκτή ποιότητα, όταν η ληφθείσα ποιότητα είναι μικρότερη των προσδοκιών του χρήστη, δηλαδή όταν: $EP < ΠΠΠ$. Αυτό σημαίνει ότι η ληφθείσα ποιότητα είναι λιγότερο από ικανοποιητική και τείνει σε μια μη αποδεκτή συνολική ποιότητα.

Δ. Το υπόδειγμα περί στάσεων των Bolton & Drew (1991b) και Mazis et al. (1975)

Πρώτοι οι Parasuraman, Zeithaml & Berry εξέφρασαν την άποψη ότι υψηλά επίπεδα ληφθείσας ποιότητας άγουν σε υψηλό επίπεδο ικανοποίησης, ενώ η πρόσφατη μαρτυρία υποδεικνύει την ικανοποίηση ως προϋπόθεση για τα υψηλά επίπεδα ληφθείσας ποιότητας μιας υπηρεσίας. Αντίστοιχα, οι Bolton & Drew, θεωρούν ότι η ληφθείσα ποιότητα είναι μια **στάση** και συνιστά μια λειτουργία της αντίληψης των χρηστών για την ποιότητα μιας υπηρεσίας, όπως προκύπτει από πρότερα χρήση (Στάση $t-1$) και του επιπέδου ικανοποίησης ($IX=$ ικανοποίηση χρήστη) ή δυσαρέσκειας ($ΔX=$ δυσαρέσκεια χρήστη) από το τρέχον επίπεδο απόδοσης της υπηρεσίας.

Τα αποτελέσματα της έρευνάς τους έδειξαν ότι η ληφθείσα ποιότητα επηρεάζεται σημαντικά από την τρέχουσα απόδοση της υπηρεσίας σε αντίθεση με την εκπλήρωση των προσδοκιών που επηρεάζει ασθενώς την ληφθείσα ποιότητα. Τελικά, σε μια δεύτερη έρευνά τους, αναζήτησαν περισσότερο σε βάθος την σχέση ικανοποίησης και ποιότητας, προτείνοντας την ακόλουθη εξίσωση:

$$\text{Ποιότητα υπηρεσίας} = q_0 \text{ (IX/ΔX, Εκπλήρωση προσδοκιών, Απόδοση)}$$

Οι Mazis et al. προτείνουν ένα υπόδειγμα σύμφωνα με το οποίο, η στάση ενός ανθρώπου, καθορίζεται από την αξιολόγηση της απόδοσης μιας υπηρεσίας με βάση τον βαθμό σημαντικότητας των διαστάσεών της. Ωστόσο, η πειραματική μαρτυρία δείχνει ότι από μόνη της η αξιολόγηση της απόδοσης μιας υπηρεσίας προβλέπει την εκδήλωση μιας συγκεκριμένης συμπεριφοράς, τόσο καλά όσο και το πλήρες υπόδειγμα (ληφθείσα ποιότητα, προσδοκίες, ικανοποίηση). Έτσι, προτείνουν την αξιολόγηση της απόδοσης της υπηρεσίας, ως μοναδικό δείκτη της ποιότητας της υπηρεσίας.

Ε. Η ποιότητα της φροντίδας από την οπτική του ασθενή

Στον τομέα της φροντίδας υγείας, τα εννοιολογικά υποδείγματα για την ποιότητα είναι ελάχιστα, υποδεικνύοντας μάλλον μια αποσπασματική και επιπόλαια θεώρηση ενός τόσο σημαντικού φαινομένου. Οι Wilde et al. (2001) προχώρησαν σε μια ποιοτική μελέτη που περιλάμβανε συνέντευξη 35 ασθενών (μέσης ηλικίας 60 ετών) με στόχο την ανάπτυξη ενός θεωρητικού υποδείγματος που ερμηνεύει τον τρόπο που οι ασθενείς ορίζουν την ποιότητα της φροντίδας (Quality of care from a Patient Perspective, QPP). Οι συνεντεύξεις κωδικοποιήθηκαν και προέκυψαν 900 κώδικες που ομαδοποιήθηκαν σε 27 κατηγορίες 140. Η ποιότητα από την οπτική του ασθενή είναι πολυδιάστατη και με διαφορετικούς προσανατολισμούς: στην μια πλευρά ανήκουν όλα εκείνα τα χαρακτηριστικά τα οποία περιγράφονται υπό τον γενικό όρο *προτιμήσεις των ασθενών* και στην άλλη πλευρά *η δομή των πόρων του Οργανισμού* (ανθρώπινοι, υλικοί, διοικητικοί). Πιο συγκεκριμένα, τα ατομικά χαρακτηριστικά, αναφέρονται στο υγειονομικό προσωπικό και τα φυσικά χαρακτηριστικά του περιβάλλοντος και της Διοίκησης, αναφέρονται στη δομή του περιβάλλοντος της φροντίδας, στον τεχνολογικό εξοπλισμό κ.α. Οι προτιμήσεις των ασθενών, ταξινομούνται σε δυο κατηγορίες: η *ορθολογική* υπό την έννοια ότι κάθε ασθενής αναζητά κάποιο είδος πρόβλεψης και υπολογισμού της πορείας της υγείας του. Η άλλη κατηγορία είναι η *ανθρώπινη*, σύμφωνα με την οποία οι ασθενείς περιμένουν να αντιμετωπιστεί η κατάστασή τους με μοναδικό τρόπο.

Οι διαστάσεις που υπέδειξαν οι Wilde et al. (2005) έχουν επαναδιατυπωθεί στη βιβλιογραφία, όπως οι τεχνικές δεξιότητες των επαγγελματιών φροντίδας υγείας, ο τεχνολογικός εξοπλισμός, η κοινωνικό-πολιτιστική ατμόσφαιρα. Βάσει των αποτελεσμάτων της ποιοτικής τους έρευνας ανέπτυξαν και στάθμισαν την κλίμακά τους.

ΣΤ. Προβλέπουσα ποιότητα της φροντίδας (predictive quality of care):

Ο Ραφτόπουλος Β. (2001) ορίζει την προβλέπουσα ποιότητα, σε σχέση με όλους εκείνους τους παράγοντες που αποτελούν προβλεπτικούς δείκτες της ληφθείσας ποιότητας της φροντίδας, όπως την διατυπώνουν οι Parasuraman et al. (1994). Έτσι, σε μια έρευνα που πραγματοποιήσαμε στην ΠΦΥ, διαπιστώσαμε ότι οι ασθενείς πράγματι διαμορφώνουν προσδοκίες από την χρήση των υπηρεσιών υγείας. Ωστόσο, αυτό δεν επηρεάζει την ικανοποίησή τους. Αντίθετα, αυτά που οι ασθενείς χαρακτηρίζουν ως συστατικά μιας ποιοτικής φροντίδας αποτελούν αναγκαίες προϋποθέσεις για την

ικανοποίηση των ασθενών. Έτσι, το μαθηματικό υπόδειγμα που ερμηνεύει αυτή τη συνάφεια είναι το ακόλουθο:

$$I_k = \Sigma (\Sigma E\Pi_k - \Pi_k)$$

Όπου I_k είναι η ικανοποίηση του ασθενή από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, $\Sigma E\Pi_k$ η συνολική ληφθείσα ποιότητα της φροντίδας και Π_k είναι οι προσδοκίες των ασθενών.

Z. Συντελεστική ποιότητα της φροντίδας:

Είναι γενικώς αποδεκτό πως η ποιότητα της φροντίδας, έχει μια κανονιστική και μια θετικιστική διάσταση. Η μια ομάδα την αντιλαμβάνεται σε συνάρτηση με όλα εκείνα τα στοιχεία που χαρακτηρίζουν μια «καλή» φροντίδα, παραδεχόμενοι ότι φυσιολογικά, όλοι μας αναζητούμε μια καλή φροντίδα, που καθορίζεται από τις επιθυμίες και τις προσδοκίες μας. Είναι θα λέγαμε η θεωρία της διασφάλισης της ανθρώπινης ευεξίας μέσω μιας ποιοτικής φροντίδας. Ο οπαδός της θεωρίας αυτής, πριμοδοτεί την εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή από την παρεχόμενη φροντίδα, σαν μείζων δείκτη έκβασης, καθώς προσθέτει αξία σε κάθε παρέμβαση που αυξάνει την ικανοποίησή του, σύμφωνα με την συμβολή της στην απώλεια της ευεξίας του. Η άλλη ομάδα, πιστεύει πως τα πράγματα είναι καλά από μόνα τους και επομένως, ό, τι είναι καλό από μόνο του αξίζει να το επιλέγουμε ή να το επιδιώκουμε. Είναι η θεωρία της εγγενούς αξίας. Κατ' αυτήν, ένας υπερασπιστής του δικαιώματος του ασθενή στην φροντίδα, ενδεχομένως πιστεύει πως το δικαίωμα στην φροντίδα (όποια και να είναι αυτή) έχει μια λεξικογραφική υπεροχή έναντι του δικαιώματος σε μια ποιοτικότερη φροντίδα, δηλαδή σε μια αποδοτικότερη, αποτελεσματικότερη και ασφαλέστερη φροντίδα που μεγιστοποιεί την ικανοποίησή του. Η τελευταία ομάδα, ίσως πιστεύει ότι ο μη πληροφορημένος ασθενής, καλύπτεται από έναν «μανδύα άγνοιας», που του στερεί την δυνατότητα να «κρίνει» την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχεται, δηλώνοντας μόνο την δυσαρέσκεια ή την ικανοποίησή του. Είναι θα λέγαμε η θεωρία της φαινομενικά ανεπιτήδευτης ικανοποίησης, που εκπορεύεται από την απεικόνιση της καθημερινότητας μέσα από κάποια συμβάντα.

4.10.3 Εννοιολογικά υποδείγματα και θεωρίες για την ικανοποίηση

Οι Locker & Dunt, (1978) ήταν οι πρώτοι που τόνισαν την αποτυχία κάθε θεωρητικής θεμελίωσης της έννοιας της ικανοποίησης του ασθενή και των μεθόδων που

χρησιμοποιήθηκαν για την συλλογή των δεδομένων. Δεκαπέντε χρόνια αργότερα, η ίδια κριτική και σκεπτικισμός, διατυπώθηκαν και από τον Fitzpatrick. Ενώ δόθηκε περισσότερη προσοχή στην σχέση μεταξύ προσδοκιών και ικανοποίησης υπάρχει διάχυτη η άποψη της αποτυχίας των μηχανισμών έκφρασης του όρου «ικανοποίηση».

A. Το τροποποιημένο υπόδειγμα Ικανοποίησης-Ποιότητας του Oliver

Ο Oliver πρότεινε ένα υπόδειγμα το οποίο στόχευε στην σύζευξη ικανοποίησης και ποιότητα της υπηρεσίας. Έτσι, ισχυρίζεται ότι ενώ η ληφθείσα ποιότητα μιας υπηρεσίας προκύπτει από την σύγκριση ανάμεσα στο ιδεώδες και στο τρέχον επίπεδο απόδοσής της, η ικανοποίηση είναι η λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών πρόβλεψης (predictive expectations) για τις διαστάσεις μιας ποιοτικής και μη ποιοτικής υπηρεσίας. Η ληφθείσα ποιότητα μιας υπηρεσίας προτείνεται ως προϋπόθεση για την ικανοποίηση από αυτήν.

Το υπόδειγμα αυτό δέχθηκε κριτική από πολλούς. Έτσι, ενώ προτείνει ότι η ικανοποίηση δεν σχετίζεται με την εκπλήρωση των προσδοκιών περί της ιδεώδους υπηρεσίας, η μαρτυρία από την σχετική διεθνή βιβλιογραφία, υποδεικνύει τις προσδοκίες περί της ιδεώδους και της επιθυμητής υπηρεσίας, ως προϋποθέσεις για την ικανοποίηση του χρήστη. Από την άλλη πλευρά, σύμφωνα με το υπόδειγμα του Oliver, οι προσδοκίες δεν επηρεάζουν τις αντιλήψεις του χρήστη για την απόδοση της υπηρεσίας, κάτι το οποίο δεν επιβεβαιώνεται από την ανασκόπηση του Yi. Οι επιθυμίες είναι συντελεστικοί παράγοντες της ικανοποίησης όπως έχει φανεί μέσα από τη βιβλιογραφία. Αντικατοπτρίζουν τις πιο βασικές ανάγκες, ή την επίτευξη ενός συγκεκριμένου αποτελέσματος. Οι επιθυμίες αποτελούν μια αλυσίδα που για δυο της άκρα έχει τις επιθυμίες *υψηλού* και *χαμηλού* επιπέδου, οι οποίες συναρτώνται με το σύστημα αξιών του χρήστη. Σύμφωνα με τον Oliver, οι στάσεις αποτελούν αρχικά μια λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών και ακολούθως μια λειτουργία της προηγούμενης στάσης απέναντι στο τρέχον επίπεδο της ικανοποίησης από το προϊόν ή την υπηρεσία. Η πρόθεση του χρήστη να ξαναχρησιμοποιήσει την υπηρεσία είναι μια λειτουργία τελικά της στάσης του απέναντι σε αυτήν.

Ο Oliver έλεγξε τη θεωρία του - βασισμένος στο υπόδειγμα των Howard J.A. (1990) και Sheth J.N. (1990) σε ένα δείγμα 162 φοιτητών και 291 κατοίκων ενός αστικού κέντρου επιβεβαιώνοντας την κατεύθυνση του υποδείγματός του που έχει ως εξής: **προσδοκίες → εκπλήρωση προσδοκιών → ικανοποίηση → διαμόρφωση στάσης →**

πρόθεση. Μάλιστα, η συσχέτιση ικανοποίησης και πρόθεσης είναι ασθενέστερη από την συσχέτιση ικανοποίησης - στάσης και στάσης - πρόθεσης. Διαπιστώθηκε ότι η ικανοποίηση είναι μια λειτουργία της εκπλήρωσης των προσδοκιών. Οι στάσεις φαίνεται να παίζουν τον πρωτεύοντα ρόλο στο στάδιο προετοιμασίας την ίδια στιγμή που στο δείγμα των φοιτητών κυριαρχεί η εκπλήρωση των προσδοκιών από την χρήση της υπηρεσίας. Πάντως και στις δυο περιπτώσεις, η εκπλήρωση των προσδοκιών έχει το μεγαλύτερο αντίκτυπο στην ικανοποίηση. Η στάση μετά την χρήση της υπηρεσίας και η ικανοποίηση, επηρεάζουν την πιθανότητα μελλοντικής χρήσης της ίδιας υπηρεσίας. Η στάση μετά την χρήση είναι μια λειτουργία της ικανοποίησης και στα δυο δείγματα του πληθυσμού.

B. Το υπόδειγμα των Howard και Sheth (1974)

Οι Howard J.A. και Sheth J.N. προτείνουν το ακόλουθο υπόδειγμα:

$$A_{t+2} = f(S_{t+1} - A_t) + A_t$$

Όπου A_t είναι η στάση πριν τη χρήση της υπηρεσίας, S_{t+1} είναι η ικανοποίηση αμέσως μετά τη χρήση της υπηρεσίας και A_{t+2} η αναθεωρημένη στάση μετά την χρήση της υπηρεσίας. Η διαφορά $(S_{t+1} - A_t)$ είναι το αποτέλεσμα της σύγκρισης της προσδοκώμενης ικανοποίησης και της ικανοποίησης από την χρήση της υπηρεσίας. Το υπόδειγμα των Howard J.A. και Sheth J.N. επανεξετάστηκε από τον Fishbein και από τους Olson και Dover. Οι τελευταίοι θεώρησαν τις προσδοκίες ως το σύνολο των πιθανοτήτων της εμφάνισης κάποιων χαρακτηριστικών που αποδίδει ο χρήστης στην υπηρεσία. Αυτά τα «αποδοτέα» χαρακτηριστικά, διαμορφώνουν δυο βασικές λειτουργίες: (α) συμβάλλουν στην διαμόρφωση συγκεκριμένων στάσεων και (β) διαμορφώνουν το στάδιο προετοιμασίας της υφιστάμενης ικανοποίησης.

Γ. Προσαρμοσμένη ικανοποίηση του ασθενή από την φροντίδα (weighted satisfaction):

Εμείς πιστεύουμε ότι η εκτίμηση της ικανοποίησης του ασθενή με τις κλασικές κλίμακες του τύπου: «πόσο ικανοποιημένος είστε από το φαγητό» εμπεριέχουν ένα σφάλμα ερμηνείας, καθώς έχουν την τάση «ομογενοποιημένης ισοπέδωσης» του φαινομένου ικανοποίηση. Αυτό πρακτικά σημαίνει ότι αποτελούν ένα «δημοσιογραφικό» εργαλείο που είναι άχρηστο για τους δέκτες της πληροφορίας και για τα προγράμματα της συνεχούς βελτίωσης της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Έτσι, προτείνουμε τον όρο «σταθμισμένη ικανοποίηση» του ασθενή η οποία παριστάνεται με βάση το υπόδειγμα:

$$\Sigma I = \Sigma (I_k \times \Sigma_k)$$

Όπου ΣΙ είναι η σταθμισμένη ικανοποίηση του ασθενή, Ι_κ είναι η ικανοποίηση από μια συγκεκριμένη διάσταση της φροντίδας και Σ_κ είναι ο βαθμός σημαντικότητας της κάθε διάστασης της φροντίδας για τον ασθενή. Έτσι, η «διορθωμένη» ικανοποίηση του ασθενή, αποτελεί το άθροισμα της ικανοποίησης από τις επιμέρους διαστάσεις της φροντίδας, σταθμισμένη για τον βαθμό σπουδαιότητάς τους για τον ίδιο τον ασθενή.

Δ. Το υπόδειγμα των Spreng R.A., MacKenzie S.B., & Olshavsky R.W. (1996)

Οι Spreng R.A., et al. βασίστηκαν στο υπόδειγμα του Oliver το οποίο και επαύξησαν. Αναλυτικότερα, θεώρησαν ότι η συνολική ικανοποίηση αποτελεί μια συναισθηματική αντίδραση σε ένα προϊόν ή μια υπηρεσία, η οποία επηρεάζεται από την ικανοποίηση του χρήστη από το ίδιο το προϊόν ή την υπηρεσία (ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά της υπηρεσίας) και από την ικανοποίηση από την διαθέσιμη πληροφορία που χρησιμοποίησε για την επιλογή του προϊόντος ή της υπηρεσίας. Αυτοί οι δυο τύποι ικανοποίησης, είναι το αποτέλεσμα της εκτίμησης –από την πλευρά του χρήστη- του βαθμού στον οποίο η ληφθείσα απόδοση του προϊόντος ή της υπηρεσίας, εκπληρώνει τις επιθυμίες του και τις προσδοκίες του.

4.11 Ανακεφαλαίωση

Το υπόδειγμα του Oliver, έχει μια λογική διαπλοκή, ωστόσο προβληματική φαίνεται η ερευνητική τεκμηρίωσή του, αφού αρκέστηκε στις συστάσεις των Olson και Dover (1974). Οι Taylor & Baker (1994) προσπάθησαν να απαντήσουν στο ερώτημα: «*η αλληλεπίδραση της ποιότητας μιας υπηρεσίας με την ικανοποίηση εξηγεί περισσότερο ποσοστό της διακύμανσης στις δηλωθείσες προθέσεις των πελατών για επαναχρησιμοποίηση της υπηρεσίας, σε σχέση με την ποιότητα ή της ικανοποίηση ξεχωριστά;*». Προκειμένου να εκφράσουν μαθηματικά αυτή τη σχέση, χρησιμοποίησαν την εξίσωση:

$$\text{Πρόθεση επαναχρησιμοποίησης} = \alpha + \beta \text{ ικανοποίηση} + \gamma \text{ ποιότητα} + \delta \text{ αλληλεπίδραση}$$

Έλεγξαν την υπόθεσή τους σε 4 τομείς παροχής υπηρεσιών: (α) υπηρεσίες τηλεπικοινωνιών, (β) υπηρεσίες μεταφορών, (γ) ψυχαγωγικές υπηρεσίες και (δ)

υπηρεσίες φροντίδας υγείας. Χρησιμοποιώντας την ανάλυση παλινδρόμησης, διαπίστωσαν ότι στις υπόλοιπες υπηρεσίες, πλην των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, υπήρξε μια συσχέτιση της ποιότητας και της ικανοποίησης η οποία ερμηνεύει καλύτερα την πρόθεση του πελάτη να ξαναχρησιμοποιήσει την υπηρεσία. Με άλλα λόγια σε αυτές τις υπηρεσίες, τα υψηλά επίπεδα ληφθείσας ποιότητας και ικανοποίησης, προβλέπουν την πρόθεση του πελάτη να τις ξαναχρησιμοποιήσει. Αυτό δεν φαίνεται όμως να συμβαίνει και στον τομέα των υπηρεσιών φροντίδας υγείας, μια παρατήρηση που ευθυγραμμίζεται με την άποψη των Cronin & Taylor ότι η συμπεριφορά των ασθενών μπορεί να ανθίσταται –σαν φαινόμενο- στα υποδείγματα, τις θεωρίες αλλά και στις κλίμακες που χρησιμοποιούνται κατά κόρον και οι οποίες έχουν σταθμιστεί σε άλλους τομείς παροχής υπηρεσιών.

Στο υπόδειγμα της προσαρμοσμένης φροντίδας το πιο δύσκολο ερώτημα που καλείται να απαντήσει ο ερευνητής δεν είναι τόσο η ύπαρξη ή όχι των προσδοκιών, αλλά η ερμηνεία των κενών (gaps) ανάμεσα στην ικανοποίηση, την ποιότητα και τις προσδοκίες. Για τους περισσότερους ασθενείς ο όρος «ποιότητα» έχει ένα «φορτίο ερμηνευτικού σφάλματος» με την έννοια ότι η απευθείας ερώτηση: «θεωρείται ποιότητα το να σερβίρεται ένα νόστιμο φαγητό;» δεν γίνεται εύκολα αντιληπτή. Αντιθέτως, η ερώτηση «πόσο σημαντικό θεωρείτε το σερβίρισμα ενός νόστιμου φαγητού;» αντικατοπτρίζει –εμμέσως- άριστα την ποιότητα της φροντίδας από την οπτική πλευρά του ασθενή (quality of care form patient's perspective).

Τέλος, ο Oliver, ορίζει την ικανοποίηση από τα χαρακτηριστικά μιας υπηρεσίας ως: *«την υποκειμενική κριτική του χρήστη που προκύπτει από την παρατήρηση των χαρακτηριστικών της απόδοσης του προϊόντος ή της υπηρεσίας».*

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5^ο

ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΜΕΛΕΤΗ

5.1 Εισαγωγή

Ο Ιπποκράτης, πολλούς αιώνες πριν, είχε υποστηρίξει ότι «η υγεία είναι μια κατάσταση πλήρους αρμονίας του ατόμου με το σύμπαν».

Η έννοια της υγείας δεν παρέμεινε ίδια διαχρονικά, αλλά είχε διαφορετικές ερμηνείες. Στην πορεία των χρόνων και της κοινωνικής εξέλιξης δόθηκαν διάφορες ερμηνείες για την υγεία, όπως, θρησκευτικές, μεταφυσικές και επιστημονικές.

Ανάλογα με τις κοινωνικές συνθήκες που επικρατούσαν στις εκάστοτε χρονικές περιόδους γινόταν αποδεκτές ή απορρίπτονταν.

5.2 Βασικές έννοιες

5.2.1 Η έννοια της υγείας

Η κλασική ιατρική αντίληψη, που δεν μπορούσε να δεχτεί άλλες ερμηνείες, περιόρισε την έννοια της υγείας μόνο ως απουσία νόσου ή αναπηρίας. Μετά τον Β' παγκόσμιο πόλεμο, οι διεθνείς πολιτικές και κοινωνικό-οικονομικές εξελίξεις οδήγησαν στη δημιουργία διεθνών οργανισμών. Το 1946 ιδρύεται ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ). Σύμφωνα με τον ΠΟΥ, η υγεία δεν είναι μόνο η απουσία νόσου ή αναπηρίας, αλλά η πλήρη κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας του ανθρώπου. Αυτό ήταν η αρχή μιας σειράς εξελίξεων στον τομέα της υγείας. Για τον ΠΟΥ το βασικό σύνθημα είναι «Υγεία για όλους».

Σύμφωνα με την αντίληψη αυτή, υγεία σημαίνει μια κατάσταση φυσικής, πνευματικής και κοινωνικής ευεξίας, η οποία δίνει τη δυνατότητα σε κάθε άτομο να ζήσει μια ζωή κοινωνικά και οικονομικά παραγωγική.

Υγεία για όλους σημαίνει ότι η υγεία ξεκινά από το σπίτι, το σχολείο, και τον εργασιακό χώρο, ακριβώς γιατί εκεί ζουν και εργάζονται οι άνθρωποι που τελικά κερδίζουν ή χάνουν την υγεία τους.

5.2.2 Η υγεία ως αγαθό

Το 1960 μία ομάδα οικονομολόγων στην Αγγλία, υποστήριζαν ότι η «υγεία» είναι ιδιωτικό αγαθό. Οι υποστηρικτές της θεωρίας αυτής, υποστήριζαν την άποψη ότι οι

δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης είναι ικανές για την καλή και αποτελεσματική κατανομή των πόρων υγείας, όπως ακριβώς συμβαίνει και με όλα τα άλλα ιδιωτικά αγαθά. Σύμφωνα με τη θεωρία αυτή ο καταναλωτής στον τομέα υγείας θα πρέπει να γνωρίζει τι είδους νοσοκομειακές και ιατρικές υπηρεσίες θα μπορεί να καταναλώνει, σε ποια ποσότητα, ποια θα είναι η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας που θα καταναλώνει, καθώς και σε ποιο τόπο θα προσφύγει για τις υπηρεσίες αυτές. Αντίστοιχα για κάθε υπηρεσία που καταναλώνει ο καταναλωτής θα καταβάλει και την τιμή που αναλογεί, είτε για νοσήλιο, είτε για αμοιβή ιατρού. Με τον τρόπο αυτό υποστηρίζεται ότι ο καταναλωτής γνωρίζει πολύ καλά την ποιότητα και την ποσότητα των υπηρεσιών που θα καταναλώσει.

Αντίθετα το 1963 ο Arrow υποστήριξε ότι το αγαθό της υγείας δεν είναι όπως τα άλλα ιδιωτικά αγαθά και πως οι δυνάμεις της προσφοράς και της ζήτησης δεν μπορούν να προσφέρουν ισότιμα τις υπηρεσίες υγείας σε όλες τις κοινωνικές ομάδες. Η νέα αυτή σχολή που αναπτύχθηκε, υποστήριξε ότι η υγεία είναι κοινωνικό αγαθό το οποίο διέπεται από ηθικές και κοινωνικές αξίες οι οποίες απαιτούν την κρατική παρέμβαση. Οι υπηρεσίες υγείας πρέπει να προσφέρονται σύμφωνα με τις ανάγκες του ατόμου και όχι σύμφωνα με την οικονομική δυνατότητα του ατόμου. Επίσης όλα τα άτομα θα πρέπει να έχουν πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας και δεν θα πρέπει να αποκλειστεί κανένα, επειδή δεν έχει την ανάλογη οικονομική δυνατότητα.

Η υγεία είναι ένα από τα δημόσια αγαθά και επομένως θα πρέπει να προσφέρεται στους πολίτες ανεξάρτητα από την οικονομική δυνατότητα και την κοινωνική τάξη. Επίσης όλοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν το δικαίωμα για ίση πρόσβαση στην κατανάλωση αυτού του δημόσιου αγαθού.

5.3 Η σχέση υγείας και οικονομίας

Η απόδοση των υπηρεσιών υγείας εξαρτάται πολύ από την οικονομία αλλά και από τα ίδια τα συστήματα υγείας. Τα συστήματα υγείας αντιμετωπίζουν σήμερα σκληρές και περίπλοκες προκλήσεις. Αυτές οφείλονται ως ένα σημείο σε νέες πιέσεις, όπως η γήρανση του πληθυσμού, αύξηση των χρόνιων ασθενειών και η χρήση της δαπανηρής, αλλά απαραίτητης, σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας. Επιπλέον, θα πρέπει να αντιμετωπιστούν οι υψηλότερες προσδοκίες των πολιτών, αλλά και να αντιμετωπιστούν οι μεγάλες ανισότητες στην πρόσβαση των υπηρεσιών υγείας στις διάφορες κοινωνικές ομάδες.

Η επένδυση στην υγεία αποτελεί πλέον βασική προτεραιότητα για τις περισσότερες κοινωνίες. Έχει γίνει από πολλούς αποδεκτό ότι οι επενδύσεις στην υγεία και στο σχεδιασμό των οικονομικών πολιτικών υγείας πρέπει να διευθετούνται με την αλληλεπίδραση μεταξύ της υγείας και της οικονομίας. Ακριβώς όπως η ανάπτυξη, η επένδυση, η εργασία και το εισόδημα είναι αποτέλεσμα της απόδοσης και της ποιότητας του οικονομικού συστήματος, έτσι και οι συνθήκες υγείας (θνησιμότητα, νοσηρότητα, αναπηρίες) δεν εξαρτώνται μόνο από το επίπεδο ζωής, αλλά και από την απόδοση και την ποιότητα του συστήματος υγείας.

Η απόδοση υγείας και η οικονομική απόδοση είναι αλληλένδετες. Το εθνικό εισόδημα έχει άμεση επίδραση πάνω στην ανάπτυξη των συστημάτων υγείας, με την ασφαλιστική κάλυψη και τις δημόσιες δαπάνες (WHO Commission on macro-economics and Health 1977).

Ενώ οι δαπάνες υγείας καθορίζονται κυρίως από το εθνικό εισόδημα, αυτές αυξάνονται γρηγορότερα από το εισόδημα.

5.4 Δαπάνες για την υγεία – Ελλάδα και χώρες ΟΟΣΑ

Οι δαπάνες υγείας κατέχουν τη δεύτερη θέση, κατά σειρά προτεραιότητας, μεταξύ των κοινωνικών δαπανών και αποτελούν περίπου το 15% του συνόλου των δημοσίων δαπανών των χωρών – μελών ΟΟΣΑ.

Στην Ελλάδα οι συνολικές δαπάνες υγείας αντιστοιχούσαν στο 10% του ΑΕΠ το 2012, δηλαδή κατά 1% υψηλότερες από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ ο οποίος ήταν 8,9%.

Όμως σε ότι αφορά τις συνολικές κατά κεφαλή δαπάνες υγείας, η Ελλάδα δαπανά 2.162 US\$, το έτος 2013, και βρίσκεται κάτω από το μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ, 2.550 US\$ (προσαρμοσμένα για αγορά ισοτιμίας ενέργειας – PPP) για το ίδιο έτος.

Μια άλλη δαπάνη στον τομέα υγείας είναι οι φαρμακευτικές δαπάνες. Το 2012, οι φαρμακευτικές δαπάνες αποτέλεσαν το 17,4% των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ποσοστό το οποίο ήταν πολύ κοντά στο μέσο όρο των χωρών του ΟΟΣΑ. Οι φαρμακευτικές δαπάνες είναι ένας από τους σημαντικούς παράγοντες αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα αλλά και σε άλλες χώρες.

Ο δημόσιος τομέας είναι η κύρια πηγή χρηματοδότησης της υγείας σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ, εκτός από τις Η.Π.Α και το Μεξικό. Ανάμεσα στις Ευρωπαϊκές χώρες, η

Ελλάδα έχει το χαμηλότερο ποσοστό δημόσιων δαπανών υγείας (53% το 2010) σε σχέση με το μέσο όρο των άλλων χωρών (73%). Παρά το γεγονός ότι το 2011 υπήρξε μια μικρή αύξηση της δημόσιας δαπάνης (55,5%), σταδιακά μειώθηκε (52,8% το 2012) για να φτάσει τα επίπεδα που βρισκόταν το 2010 (πίνακας 5.1).

Στον πίνακα 5.1 βλέπουμε αναλυτικά την κατανομή των δαπανών υγείας τα έτη 2009 και 2013 στην Ελλάδα σε σύγκριση με τις άλλες χώρες του ΟΟΣΑ.

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

Πίνακας 5.1

Κατανομή Δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2009 – 2013

ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ % ΑΕΠ		ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ / ΚΕΦΑΛΗ ΔΑΠΑΝΕΣ \$ PPP		ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ %		ΦΑΡΜ/ΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ %	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ	8,8	9,6	2.400	3.120	68,9	67,5	13,5	12,8
ΑΥΣΤΡΙΑ	9,4	9,6	2.667	3.124	69,9	70,7	12,6	13
ΒΕΛΓΙΟ	8,6	10,1*	2.277	3.044*	75,8	...	...	11,3
ΚΑΝΑΔΑΣ	8,9	9,9	2.503	3.165	70,3	69,8	15,9	17,7
ΤΣΕΧΙΑ	6,7	7,3	980	1.361	90,5	89,2	22,4	...
ΔΑΝΙΑ	8,3	8,9	2.380	2.881	82,4	...	8,8	9,4
ΦΙΛΑΝΔΙΑ	6,7	7,5	1.716	2.235	75,1	76,6	15,5	16,3
ΓΑΛΛΙΑ	9,2	10,5	2.450	3.159	75,8	78,4	20,3	18,9
ΓΕΡΜΑΝΙΑ	10,4	10,6	2.670	3.043	78,6	76,9	13,6	14,1
ΕΛΛΑΔΑ	9,9	16,1	2.162	5.260	52,6	52,8	15	17,4
ΟΥΓΚΑΡΙΑ	7,1	8,0	856	1.276	70,7	71,9	...	...
ΙΣΛΑΝΔΙΑ	9,2	10,2	2.623	3.331	82,6	83,4	15,1	14,8
ΙΡΛΑΝΔΙΑ	6,3	7,1	1.809	2.596	73,3	79,5	10,6	12,4
ΙΤΑΛΙΑ	7,9	8,7	2.039	2.467	73,5	75,1	21,9	21,1
ΙΑΠΩΝΙΑ	7,6	7,6 8*	1.967	2.249*	81,3	...	18,7	...
ΚΟΡΕΑ	4,8	5,6	778	1.149	46,2	51,4	27,8	27,4
ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ	5,8	8,0	2.982	5.089	89,3	90,4	11	8,5
ΜΕΞΙΚΟ	5,6	6,5	506	662	46,6	46,4	19,4	20,9
ΟΛΛΑΝΔΙΑ	7,9	9,2	2.257	3.041	63,1	62,3	11,7	...
ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ	7,7	8,4	1.605	2.083	78,0	77,4	...	...
ΝΟΡΒΗΓΙΑ	8,5	9,7	3.080	3.966	82,5	83,5	9,5	9,5
ΠΟΛΩΝΙΑ	5,7	6,5	590	805	70,0	68,6	0	29,6
ΠΟΡΤΟΓΑΛΛΙΑ	9,4	10,1	1.624	1.824	72,5	73,2	22,4	23,1
ΣΛΟΒΑΚΙΑ	5,5	5,9*	595	777*	89,4	...	34	...
ΙΣΠΑΝΙΑ	7,2	8,1	1.520	2.094	71,6	70,9	21,3	22,8
ΣΟΥΗΔΙΑ	8,4	9,1	2.271	2.825	84,9	84,9	13,8	12,3
ΕΛΒΕΤΙΑ	10,4	11,6	3.179	4.077	55,6	58,4	10,7	10,4
ΤΟΥΡΚΙΑ	6,6	7,7	451	580	62,9	72,1	24,8	...
ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ	7,3	8,1	1.858	2.508	80,9	86,3	...	...
ΗΝ. ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ	13,3	15,3		6.102	44,0	44,7	11,7	12,3

ΑΕΠ= ακαθάριστο εγχώριο προϊόν,

PPP= Purchasing Power Parity (ισοτιμία αγοράς ενέργειας),

Σ.Δ.Υ = Σύνολο δαπανών υγείας , * = εκτιμάται

Πηγή: OECD Health data 2006

5.4.1 Αύξηση των δαπανών υγείας

Οι δαπάνες για την υγεία έχουν αυξητική πορεία στις χώρες του ΟΟΣΑ. Εφόσον αυτή η τάση συνεχιστεί, οι κυβερνήσεις θα αναγκαστούν να αυξήσουν τη φορολόγηση, να περιορίσουν τις δαπάνες που διαθέτουν σε άλλους τομείς της οικονομίας, ή να αναγκάσουν τους χρήστες να πληρώνουν περισσότερα από την <τσέπη> τους, ώστε να διατηρήσουν βιώσιμα τα συστήματα υγείας τους.

Σύμφωνα με τον ΟΟΣΑ, ο ρυθμός αύξησης των δαπανών υγείας ήταν μεγαλύτερος από τον αντίστοιχο του ΑΕΠ, μεταξύ 2000 και του 2012, σε όλες τις χώρες του ΟΟΣΑ. Το 2000 οι συνολικές δαπάνες υγείας ανερχόταν κατά μέσο όρο στο 7% του ΑΕΠ των χωρών του ΟΟΣΑ, ενώ το 2012 ανήλθε στο 8,9%¹⁶⁰. Αντίστοιχα, στη Ελλάδα υπήρξε μια πολύ αύξηση των συνολικών δαπανών υγείας, από 5,1% το 2007 σε 10% το έτος 2012. Μια σημαντική αιτία αύξησης των συνολικών δαπανών υγείας στην Ελλάδα, ήταν η αύξηση των φαρμακευτικών δαπανών, οι οποίες από το 15% το 2007, ανήλθαν στο 17,4% το 2012.

Στις περισσότερες χώρες του ΟΟΣΑ, το μεγαλύτερο ποσοστό των δαπανών υγείας καλύπτεται από έσοδα μέσω της φορολογίας. Το 2012, οι δημόσιες δαπάνες υγείας, ανήλθαν στο 73% και για τις κυβερνήσεις αποτελεί πλέον άμεση προτεραιότητα η εξασφάλιση της απρόσκοπτης χρηματοδότησης των συστημάτων υγείας, δεδομένου του γεγονότος ότι οι συνολικές δαπάνες υγείας θα αυξηθούν περαιτέρω, λόγω της σύγχρονης ιατρικής τεχνολογίας, της γήρανσης του πληθυσμού και των χρόνιων νοσημάτων (καρδιοπάθειες, νεοπλάσματα, ψυχικές νόσοι).

Επίσης, ανάμεσα στο 2007 και 2012, η διάθεση πόρων για την υγεία ανά κεφαλή στην Ελλάδα αυξήθηκε σε πραγματικούς όρους ανά 5.2% το χρόνο κατά μέσο όρο, μία αύξηση που βαθμολογείται ως ισάξια με αυτή που παρατηρήθηκε στις χώρες του ΟΟΣΑ. Έχει όμως διαπιστωθεί, ότι η αύξηση των δαπανών υγείας δεν συνοδεύεται με την αντίστοιχη βελτίωση του επιπέδου υγείας του πληθυσμού.

Πίνακας 5.2

Κατανομή Δαπανών υγείας στην Ελλάδα σε διάφορες χρονικές περιόδους

	2000	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολικές Δαπάνες Υγείας % Α.Ε.Π	5,1	9,9*	10,4*	10,3*	10,5*	10*
Συνολικές κατά κεφαλή Δαπάνες υγείας (PPP)	371	1.616*	1.805*	1.971*	2.141*	2.162*
Δημόσιες δαπάνες υγείας % του συνόλου δαπ. υγείας	89	52,6*	55,5*	54,1*	53,6*	52,8*
Φαρμακευτικές δαπάνες % του συνόλου δαπ. υγείας	14,3	14,3 15	15,1	16,2	17,1	17,4

*= εκτιμάται,

ΑΕΠ= ακαθάριστο εγχώριο προϊόν,

PPP= Purchasing Power Parity

Πηγή: OECD Health Data 2006

5.5 Η οργάνωση και λειτουργία του συστήματος υγείας της χώρας μας

Όπως αναφέραμε προηγούμενα, η υγεία είναι δημόσιο αγαθό και όλοι οι πολίτες θα πρέπει να έχουν πρόσβαση σε αυτό ανεξάρτητα από την οικονομική τους δυνατότητα. Στη χώρα μας, σύμφωνα με τη νομοθεσία, το εθνικό σύστημα υγείας έχει καθαρά δημόσιο χαρακτήρα και το κράτος έχει την υποχρέωση να παρέχει υπηρεσίες υγείας ισότιμα σε όλους τους πολίτες, αδιακρίτως από την κοινωνική και οικονομική τους κατάσταση.

Το εθνικό σύστημα υγείας της χώρας μας παρέχει υγειονομική περίθαλψη μέσω των Περιφερειακών Ιατρείων, των Κέντρων Υγείας, των Νομαρχιακών Νοσοκομείων και των Πανεπιστημιακών Νοσοκομείων. Η υγειονομική περίθαλψη χωρίζεται σε Εξωνοσοκομειακή περίθαλψη και σε Νοσοκομειακή περίθαλψη.

5.6 Η λειτουργία και χρηματοδότηση των Νοσοκομείων

Το νοσοκομειακό κόστος είναι ο βασικότερος παράγοντας που ενέχεται για την συνεχή αύξηση των δαπανών, αφού καλύπτει πάνω από το 50% των συνολικών δαπανών υγείας σε όλες τις ανεπτυγμένες χώρες.

Κάθε νοσοκομειακή μονάδα προσφέρει υπηρεσίες νοσοκομειακής φροντίδας (νοσηλεία). Για την προσφορά αυτών των υπηρεσιών χρησιμοποιεί ιατρικό,

νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό προσωπικό. Εκτός του ανθρώπινου δυναμικού χρησιμοποιεί επίσης διαγνωστικές εξετάσεις, φαρμακευτικό και υγειονομικό υλικό. Όλα αυτά έχουν κάποιο κόστος, το οποίο ανάλογα με τη λειτουργία του νοσοκομείου θα πρέπει να αυξάνει ή να μειώνεται. Παρόλα αυτά η μισθοδοσία του προσωπικού ανεξάρτητα από το ρυθμό λειτουργίας του νοσοκομείου παραμένει σταθερή.

Για τις παραπάνω λειτουργίες απαιτούνται κάποιες δαπάνες έτσι ώστε να είναι σε θέση κάθε νοσοκομείο να προσφέρει τις υπηρεσίες του. Επομένως κάθε νοσοκομείο θα πρέπει να έχει κάποιες πηγές άντλησης εσόδων.

Οι κύριες πηγές χρηματοδότησης των νοσοκομείων είναι ο κρατικός προϋπολογισμός, τα έσοδα από τα νοσήλια και τα έσοδα από ιδίους πόρους. Τα έσοδα αυτά διαφέρουν από νοσοκομείο σε νοσοκομείο αλλά και μεταξύ των διαφόρων τύπων των νοσοκομείων.

Παρά τις διαφορές που αναφέραμε και δεδομένου ότι δεν υπάρχουν πολλά στοιχεία διαθέσιμα για τα ποσά χρηματοδότησης, σε γενικές γραμμές ο κρατικός προϋπολογισμός καλύπτει το 60% περίπου των εσόδων, τα νοσήλια καλύπτουν περίπου το 34% και το υπόλοιπο 6% προέρχεται από ιδίους πόρους. Από τα στοιχεία αυτά μπορεί κανείς να διακρίνει εύκολα ότι ο κρατικός προϋπολογισμός αποτελεί την κύρια πηγή χρηματοδότησης των νοσοκομείων.

Στο σημείο αυτό θα πρέπει να τονίσουμε ότι ο τρόπος χρηματοδότησης του νοσοκομείου επιδρά άμεσα στην συνολική του δραστηριότητα (ημέρες νοσηλείας, μέση διάρκεια) και στη δυνατότητα παρέμβασης για τον έλεγχο του κόστους.

5.6.1 Ημερήσιο κλειστό νοσήλιο

Το ημερήσιο νοσήλιο είναι το ποσό που καταβάλει ο ασθενής ή το ασφαλιστικό του ταμείο για κάθε ημέρα νοσηλείας. Στη χώρα μας σύμφωνα με την ισχύουσα νομοθεσία έχει καθιερωθεί το ημερήσιο «κλειστό νοσήλιο». Το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο είναι ένα συγκεκριμένο σταθερό ποσό, για κάθε ημέρα νοσηλείας. Αυτό περιλαμβάνει την κλίνη (ξενοδοχειακή φιλοξενία), όλες τις ιατρικές, παραϊατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες, καθώς επίσης και όλες τις ιατρικές πράξεις (π.χ. χειρουργεία). Επιπλέον, περιλαμβάνει το μεγαλύτερο μέρος των εργαστηριακών εξετάσεων, όλο το κόστος των αναλώσιμων υλικών, αλλά και το μεγαλύτερο μέρος της φαρμακευτικής αγωγής που

χορηγείται σε κάθε ασθενή. Αυτό γίνεται χωρίς να λαμβάνεται υπόψη το τμήμα (κλινική) που νοσηλεύεται ο ασθενής, το είδος και η βαρύτητα της νόσου.

Με την καθιέρωση του κλειστού νοσηλίου, χάθηκε κάθε έννοια ορθολογιστικής διαχείρισης των νοσοκομειακών εσόδων. Η διάσταση των τιμών του κλειστού νοσηλίου με τις πραγματικές τιμές του ημερήσιου κόστους νοσηλείας έγιναν ιδιαίτερα εμφανής, με αποτέλεσμα την εμφάνιση τεράστιων ελλειμμάτων τη δεκαετία του 2000 στα δημόσια νοσοκομεία. Η τιμολογιακή αυτή πολιτική οδήγησε στη μείωση των εσόδων από τα νοσήλια και την αύξηση της χρηματοδότησης από τον κρατικό προϋπολογισμό.

Αν και το ημερήσιο κλειστό νοσήλιο έχει υποστεί πολλές κριτικές και παρά τα μεγάλα μειονεκτήματά του χρησιμοποιείται ακόμα και σήμερα σε όλα τα νοσοκομεία της χώρας μας.

5.7 Επιλογές για την μελέτη του κόστους

Όταν γίνεται μια μελέτη κόστους θα πρέπει να γίνει επιλογή μιας χρονικής περιόδου για την οποία θα παρακολουθηθούν τα κόστη. Οι επιλογές της περιόδου παρακολούθησης έχουν ως παρακάτω:

1. **Βραχυπρόθεσμα:** στην περίοδο αυτή η εξέταση του κόστους γίνεται έως την έξοδο από το νοσοκομείο και ο φορέας που εξετάζεται είναι το νοσοκομείο.
2. **Μεσοπρόθεσμα:** σε αυτή τη χρονική περίοδο, η παρακολούθηση γίνεται για ένα έτος και η εξέταση του κόστους περιλαμβάνει το νοσοκομείο και άλλους φορείς υγειονομικής περίθαλψης.
3. **Μακροπρόθεσμα:** η παρακολούθηση γίνεται δια βίου και το κόστος περιλαμβάνει το νοσοκομείο, τους άλλους φορείς υγειονομικής περίθαλψης συν τους φορείς ασθενείς, οικογένεια και φίλοι.

5.8 Μεθοδολογία

Η έρευνα διεξήχθη σε γνωστό ιδιωτικό νοσοκομείο της Αθήνας, το θεραπευτήριο, ΥΓΕΙΑ . Το ΥΓΕΙΑ είναι το πρώτο μεγάλο Ιδιωτικό Νοσηλευτικό Ίδρυμα που λειτούργησε στην Ελλάδα το 1974 και μία από τις μεγαλύτερες ιδιωτικές Νοσοκομειακές Μονάδες της χώρας μας. Ιδρύθηκε το 1970 από μια ομάδα Ελλήνων ιατρών, με στόχο τη δημιουργία ενός προτύπου για τη χώρα μας Ιδιωτικού Νοσοκομείου. Στα τριάντα πέντε και πλέον χρόνια λειτουργίας του, το επέλεξα για την πραγματοποίηση της έρευνας μου. Ενδεικτικά, το ΥΓΕΙΑ αποτελεί το νοσοκομείο στο οποίο πραγματοποιήθηκε η πρώτη μεταμόσχευση καρδιάς στη χώρα μας,

αντιμετωπίστηκε το πρώτο κρούσμα AIDS, έγινε η πρώτη στην Ευρώπη εμφύτευση ραδιενεργών κόκκων σε καρκίνο του προστάτη, ενώ ο επιτυχής διαχωρισμός Σιαμαίων το Μάιο του 1989 στο νοσοκομείο, χάρισε την αυτόνομη προσωπική ζωή σε δύο άτομα. Το νοσοκομείο καλύπτει περιστατικά όλων των ειδικοτήτων και εφημερεύει καθημερινά. Τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο νοσηλεύτηκαν στην κλινική που έγινε η έρευνα περίπου 500 ασθενείς. Η κλινική φιλοξενεί περιστατικά όλων των ειδικοτήτων. Για τη διεξαγωγή της έρευνας εξασφαλίστηκαν οι απαραίτητες εγκρίσεις από τη διοίκηση του νοσοκομείου ώστε να πραγματοποιηθεί η έρευνα. Εξασφαλίστηκε ότι οι ασθενείς θα ενημερώνονταν αρχικά προφορικά και γραπτά για το σκοπό της έρευνας, την εθελοντικότητα συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, την εμπιστευτικότητα των στοιχείων και την ύπαρξη πληροφοριών τόσο για την ερευνήτρια, όσο και για τον τρόπο επικοινωνίας.

5.9 Πληθυσμός και διάρκεια της μελέτης

Η έρευνα πραγματοποιήθηκε τους μήνες Αύγουστο και Σεπτέμβριο του 2013. Η επιλογή του δείγματος έγινε από ασθενείς που εισήχθησαν σε διάφορες κλινικές του νοσοκομείου με κυρίαρχους χειρουργικούς, παθολογικούς και ογκολογικούς ασθενείς. Η δειγματοληψία ήταν μη πιθανότητας και έγινε με βάση τα ακόλουθα κριτήρια:

- Ηλικία των ασθενών μεγαλύτερη των 15 ετών.
- Νοσηλεία στο νοσοκομείο για χρονικό διάστημα μεγαλύτερο της μιας ημέρας.
- Προφορική συγκατάθεση των ασθενών, για τη συμμετοχή τους στην έρευνα, αφού είχε προηγηθεί επεξήγηση του σκοπού της.
- Ικανότητα τους για επικοινωνία, καθώς και να μιλούν και να διαβάζουν ελληνικά.
- Να βρίσκονται σε ψυχική υγεία, να μην υποβάλλονται σε θεραπευτική ή διαγνωστική διαδικασία που πιθανώς να επηρέαζε την ψυχολογική τους
- κατάσταση και να μην είναι βαριά πάσχοντες, ώστε να αδυνατούν να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο.

5.9 Ανακεφαλαίωση

Μετά από τη συγκέντρωση των ερωτηματολογίων, το επόμενο βήμα ήταν η καταγραφή των δεδομένων της έρευνας στο περιβάλλον του Microsoft Excel (2003) και η

στατιστική τους επεξεργασία. Η πρωτογενής ανάλυση που διενεργήθηκε έδωσε βασικά περιγραφικά μέτρα θέσης και διασποράς (μέση τιμή, ελάχιστο-μέγιστο, τυπική απόκλιση) για τις ποσοτικές μεταβλητές και τα διάφορα στοιχεία κλίμακας συμπεριλαμβανομένων και εκείνων τύπου Likert, καθώς θεωρήθηκε ότι μπορούν να έχουν εσωτερική διάταξη με αριθμητική σημασία, δηλαδή να λαμβάνουν αριθμητικές τιμές ως κλίμακες διαστήματος. Στο σημείο αυτό διευκρινίζεται ότι οι προτάσεις, με τις οποίες μετρήθηκαν συγκεκριμένα χαρακτηριστικά είχαν πάντα την ίδια φορά. Έτσι, οι αρνητικά διατυπωμένες ερωτήσεις με κλίμακα Likert υποβλήθηκαν σε αντιστροφή της αρχικής κωδικοποίησης (επιλογή recoding), ώστε σε όλα τα υπόλοιπα στοιχεία του ερωτηματολογίου οι μεγαλύτερες τιμές να υποδηλώνουν μεγαλύτερο βαθμό ικανοποίησης και αντίστροφα.

Για τα συνεχή δεδομένα, όπως η ηλικία ή οι ημέρες νοσηλείας των ερωτηθέντων, κρίθηκε απαραίτητο να ομαδοποιηθούν σε μορφή κατάλληλη για τις αναλύσεις και για το λόγο αυτό διαμορφώθηκαν διαφορετικές διακριτές κατηγορίες και προκαθορισμένες κλάσεις. Επιπρόσθετα, για όλες τις ερωτήσεις κλειστού τύπου του ερωτηματολογίου, ποσοτικά και ονομαστικά μέτρα (φύλο, οικογενειακή κατάσταση κ.α) υπολογίστηκαν οι σχετικές συχνότητες εμφάνισης των διαφορετικών επιπέδων κάθε μεταβλητής. Στη συνέχεια, επιχειρήθηκε η μετάβαση από την περιγραφική στην επαγωγική στατιστική. Επιλέχθηκαν μόνο μη-παραμετρικές μέθοδοι ανάλυσης, παρά την μικρότερη ισχύ, σε σχέση με τα αντίστοιχα παραμετρικά τεστ, καθώς ο έλεγχος κανονικότητας Kolmogorov-Smirnov που προηγήθηκε, έδειξε ότι η κατανομή των μελών του δείγματος διέφερε σε όλες τις εξεταζόμενες μεταβλητές σημαντικά από την κανονική. Η διερεύνηση της ύπαρξης στατιστικά σημαντικής διαφοράς στις απαντήσεις ποικίλων στοιχείων του ερωτηματολογίου, μεταξύ δύο ανεξάρτητων δειγμάτων για ορισμένους δημογραφικούς και κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες, πραγματοποιήθηκε μέσω του ελέγχου ταξινόμησης-αθροίσματος Mann-Whitney. Αυτός επιτυγχάνει ότι και ένας έλεγχος t (όταν οι κατανομές των δύο δειγμάτων δεν αποκλίνουν σημαντικά από την κανονική), αν και συγκρίνει διάμεσους και όχι μέσους όρους (διαφορά ranking). Για την εξέταση της ομοιογένειας σε τρεις ή περισσότερες ομάδες μη συνεχών μεταβλητών (π.χ. ανάμεσα σε ασθενείς διαφορετικών ηλικιών) αξιοποιήθηκε ο μη-παραμετρικός, ισοδύναμος του one-way Anova, έλεγχος Kruskal-Wallis, το στατιστικά σημαντικό αποτέλεσμα του οποίου υποδηλώνει την ύπαρξη ενός τουλάχιστον ζεύγους ανεξάρτητων ομάδων, των οποίων οι διάμεσοι

πραγματικά διαφέρουν. Δεδομένης της αδυναμίας πολλαπλών ελέγχων (post hoc), τέτοιες πιθανές διαφορές εξετάστηκαν, συγκρίνοντας τις ομάδες ανά ζεύγη με το Mann-Whitney. Σε κάθε περίπτωση στις πολλαπλές συγκρίσεις περιελήφθησαν όλα τα πιθανά ζευγάρια παραγόντων, για τους οποίους ο αρχικός έλεγχος Kruskal-Wallis έδωσε στατιστικά σημαντική (ή οριακά σημαντική) διαφορά. Σημαντικές μεταβλητές-παράγοντες διαφοροποίησης που εξετάστηκαν στην ανάλυση ήταν το φύλο, η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο και το μηνιαίο εισόδημα των ασθενών. Επιπλέον, πραγματοποιήθηκε η αναζήτηση των πιθανών συσχετίσεων μεταξύ ορισμένων στοιχείων της έρευνας. Έτσι, ελέγχθηκε η ισχύς της θετικής ή αρνητικής σχέσης των απαντήσεων των ασθενών στις ερωτήσεις αξιολόγησης που αναφέρονταν στη συνολική ικανοποίηση τους από τους λειτουργούς υγείας, το διοικητικό προσωπικό, τις κλινικές υποδομές και τη γενική εμπειρία νοσηλείας, με διάφορους παράγοντες.

Για τον προσδιορισμό όλων των μεταβλητών συσχετίσεων χρησιμοποιήθηκε η τιμή του συντελεστή συσχέτισης Spearman, ως περισσότερο κατάλληλη μέθοδος, εφόσον η υπόθεση της κανονικότητας δεν ικανοποιείται. Τέλος, μέσω της εξίσωσης πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης, διερευνήθηκε τρόπος επίδρασης στη διαμόρφωση της συνολικής ικανοποίησης (εξαρτημένη μεταβλητή) που λαμβάνουν οι ασθενείς κατά τη νοσηλεία τους, από τις αθροιστικές κλίμακες που υποδήλωναν το επίπεδο ικανοποίησής τους από την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα, καθώς και την αρτιότητα και επάρκεια των κλινικών παροχών(ανεξάρτητες μεταβλητές).

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 6^ο : ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Περιγραφική ανάλυση δεδομένων

Στους πιο κάτω πίνακες, παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος. Η πλειονότητά τους ήταν γυναίκες (πίνακας 1) ενώ η μέση ηλικία των ασθενών που απάντησαν είναι 42 έτη περίπου (Πίνακας 2), με ελάχιστη την ηλικία των 15 ετών και μέγιστη την ηλικία των 87 ετών. Η ηλικιακή κλάση 26-35 έδωσε το μεγαλύτερο ποσοστό απαντήσεων. Από το δείγμα μας, η πλειοψηφία τους ήταν έγγαμοι ασθενείς και έπονται άγαμοι, χήροι και διαζευγμένοι.

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.1

ΑΝΤΡΕΣ	45
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	55

(ΦΥΛΟ)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.2

(ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΕΤΗ)

15-25	11
26-35	18
36-45	19
46-55	21
56-65	25

Τα κοινωνικοοικονομικά χαρακτηριστικά των ατόμων του δείγματος παρουσιάζονται στους παρακάτω πίνακες. Όσον αφορά την επαγγελματική τους κατάσταση, η πλειοψηφία των ερωτηθέντων δήλωσε ότι εργάζεται στον ιδιωτικό τομέα. Σημαντικός αριθμός ερωτηματολογίων συμπληρώθηκε από σπουδαστές της μέσης και τριτοβάθμιας εκπαίδευσης, καθώς και γυναίκες οικιακά απασχολούμενες, με τους αριθμούς των ελεύθερων επαγγελματιών και συνταξιούχων να ακολουθούν αντίστοιχα, ενώ το ποσοστό των ανέργων φαίνεται να υπερβαίνει εκείνο των δημόσιων υπαλλήλων. (πίνακας 3)

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.3

(ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ)

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	12
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	30
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	3
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	17
ΟΙΚΙΑΚΑ/ΜΑΘΗΤΗΣ	10
ΑΝΕΡΓΟΣ	25

Με βάση το μορφωτικό επίπεδο των ασθενών, από τις απαντήσεις τους προκύπτει ότι το μεγαλύτερο ποσοστό συμμετοχής στην έρευνα έχουν άτομα της υψηλής βαθμίδας εκπαίδευσης με την πλειοψηφία να είναι απόφοιτοι κάποιου τεχνολογικού ή πανεπιστημιακού ιδρύματος, ενώ ακολουθούν εκείνοι που ολοκλήρωσαν τη δευτεροβάθμια και/ή την υποχρεωτική εκπαίδευση (πίνακας 4). Τέλος, το ασφαλιστικό ταμείο των ασθενών φαίνεται να είναι αλληλένδετο με το επάγγελμά τους. Δεδομένης της ύπαρξης προστατευόμενων μελών και παροχής έμμεσης ασφάλισης, η πλειοψηφία

των ερωτηθέντων δηλώνει ιδιωτική ασφάλιση και ύπαρξη ασφαλιστικού ταμείου, ενώ υπάρχουν και αρκετοί ιδιώτες.(πίνακας 5).

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.4

(ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ)

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	11
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	20
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	29
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	40

ΠΙΝΑΚΑΣ 6.5

(ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ)

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	40
ΙΔΙΩΤΗΣ	25
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	35

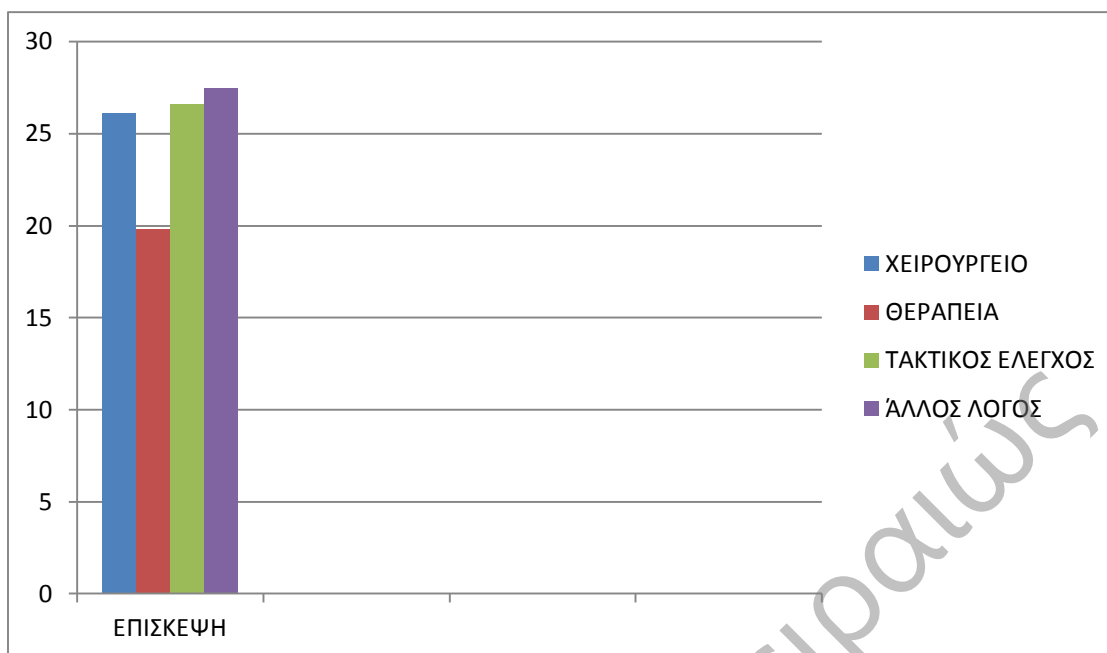
Ο τόπος διαμονής των ερωτηθέντων του δείγματος παρουσιάζεται στο Σχήμα 1. Από τις απαντήσεις τους φαίνεται πως η πλειοψηφία κατοικεί στη ζώνη του πολεοδομικού συγκροτήματος Αττικής και οι υπόλοιποι στην περιφέρεια και τα νησιά.

ΣΧΗΜΑ 1



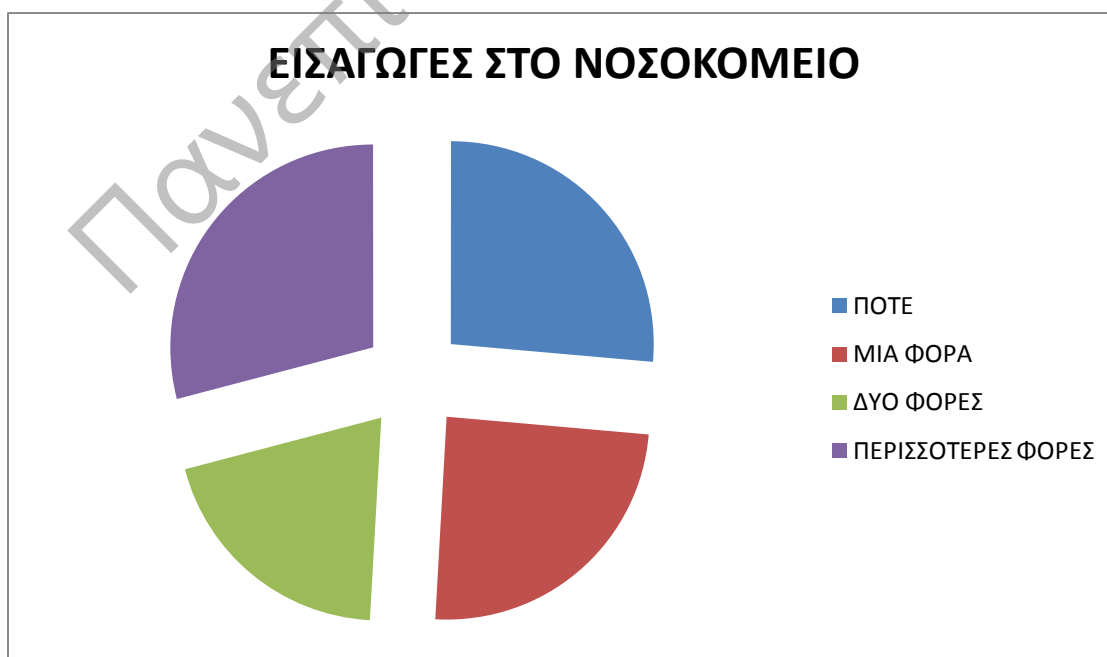
Αναφορικά με το λόγο εισαγωγής των ασθενών στο νοσοκομείο (Σχήμα 2) , εκτός της διάγνωσης , της προγραμματισμένης χειρουργικής επέμβασης, της θεραπείας, και της τακτικής επίσκεψης σε ειδικό ιατρό, η πλειοψηφία δηλώνει ότι ήρθε στο νοσοκομείο για άλλο λόγο. Αυτός μπορεί να είναι : τοκετός, ατυχήματα, παρακολούθηση πορείας νόσου κτλ.

ΣΧΗΜΑ 2



Το αποτέλεσμα της ερώτησης για ενδεχόμενη προηγούμενη νοσηλεία σε κάποιο νοσοκομείο εμφανίζεται στο Σχήμα που ακολουθεί (Σχήμα 3). Από τους 100 ασθενείς που απάντησαν, το 26,4% δεν είχαν νοσηλευτεί ποτέ, νοσηλεύτηκαν για μία φορά το 24,5%, δύο φορές δήλωσαν το 20%, ενώ η σχετική πλειοψηφία των ερωτηθέντων είχαν βιώσει την εμπειρία αυτή για τρεις ή περισσότερες περιπτώσεις στο παρελθόν.

ΣΧΗΜΑ 3



ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

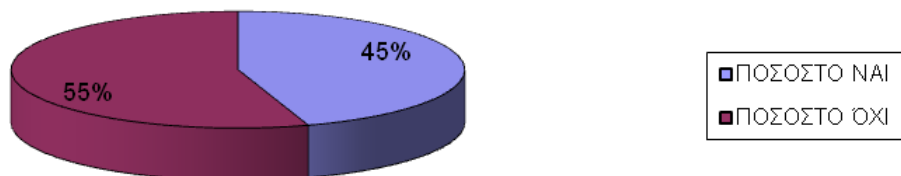
Το πρώτο μέρος του ερωτηματολογίου αναφέρεται στην ικανοποίηση του ασθενούς. Στην ερώτηση 11 του ερωτηματολογίου για το αν οι ασθενείς αντιμετώπισαν προβλήματα συμπεριφοράς από το προσωπικό η πλειοψηφία απάντησε πως δεν αντιμετώπισαν.(σχήμα 4)



Στις ερωτήσεις για άμεση ανταπόκριση στα αιτήματα των ασθενών από το προσωπικό, για την ύπαρξη υλικών για τη διεξαγωγή της νοσηλείας τους και για τις δεξιότητες και γνώσεις του προσωπικού οι απαντήσεις ποικίλουν.(σχήμα 5, σχήμα 6, σχήμα 7)



**13. ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ
ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ**

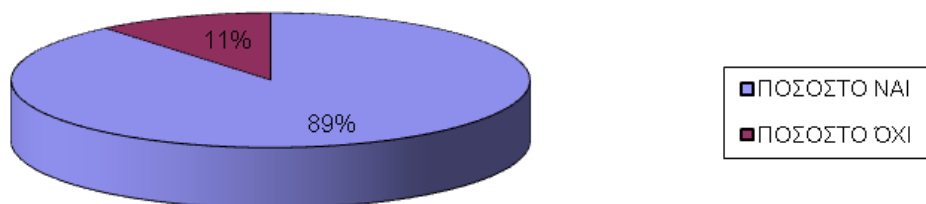


**14. ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ-ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ
ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ**

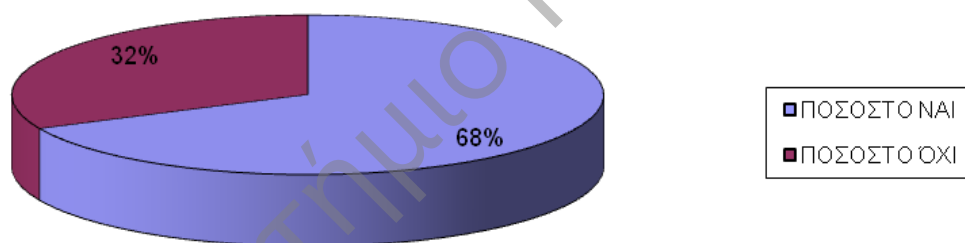


Όταν ρωτήθηκαν εάν ήταν ικανοποιημένοι από τον θεράποντα ιατρό τους και κατά πόσο εύκολη ήταν η επικοινωνία μαζί του καθόλη τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο η πλειοψηφία απάντησε θετικά καθώς και ότι θεωρούσαν επαρκή τη φροντίδα υγείας που τους δόθηκε. (σχήμα 8, σχήμα 9).

15. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ

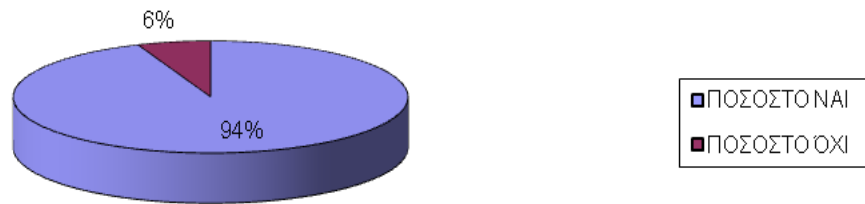


16. ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ;

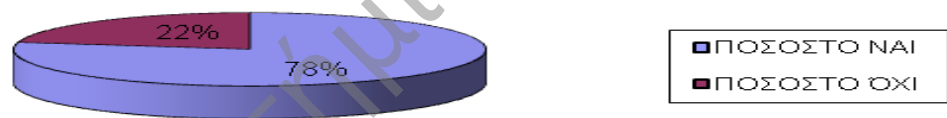


Λόγω της εποχής οικονομικής κρίσης που διανείουμε δε θα μπορούσε να μην τεθεί το ερώτημα για το κόστος της παροχής φροντίδας και αν το θεωρούν βασικό παράγοντα γι αυτά που τους παρέχονται δηλαδή σεβασμό και ευγένεια από το νοσηλευτικό προσωπικό καθώς και την διαθεσιμότητα του νοσηλευτικού προσωπικού σε στιγμές ανάγκης. Οι απαντήσεις είναι θετικές στην πλειονότητα τους και εκπλήσσουν για την παρούσα εποχή. (σχήμα 10, σχήμα 11, σχήμα 12).

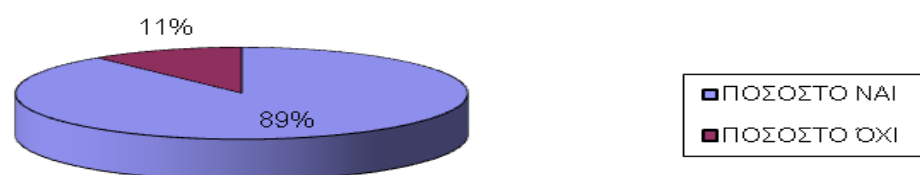
**17. ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΥΤΙΚΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΤΗΝ
ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ;**



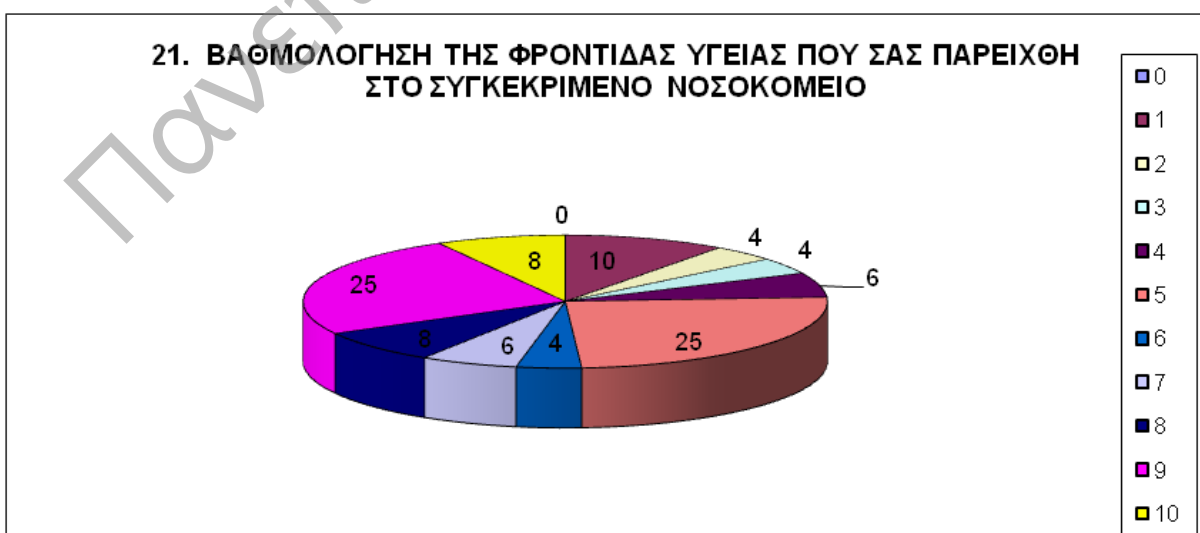
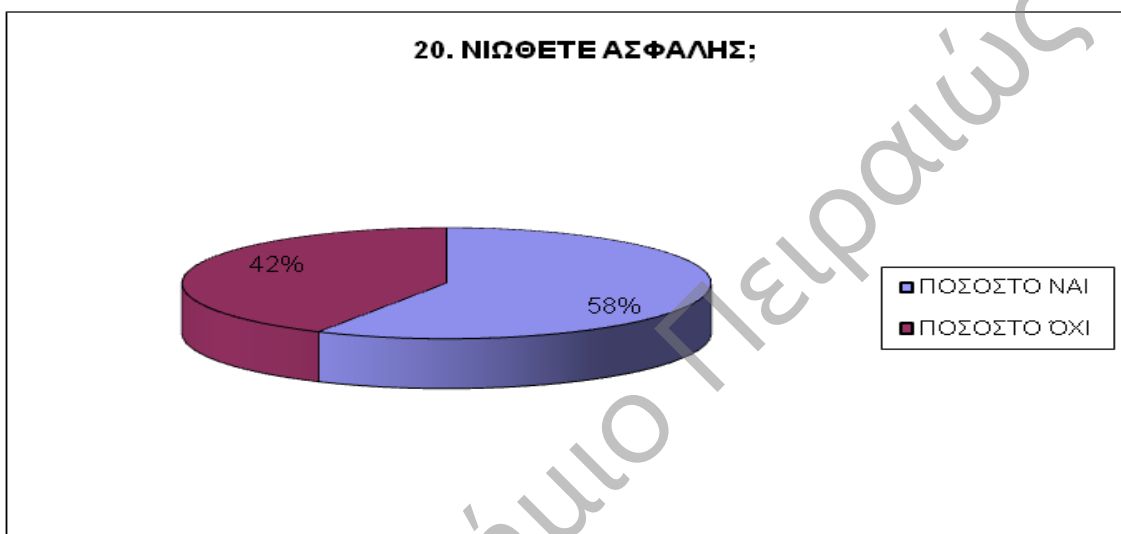
**18. ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ
ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ**



**19. ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ
ΣΤΙΓΜΕΣ ΑΝΑΓΚΗΣ**

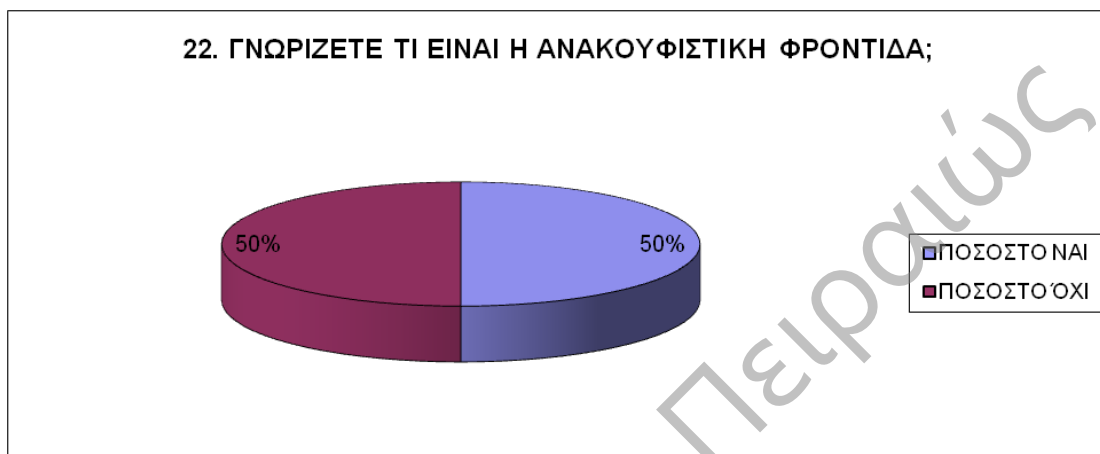


Ολοκληρώνοντας το κομμάτι της ικανοποίησης των ασθενών παραθέτονται τα σχήματα για το πόσο ασφαλής νιώθουν οι ασθενείς μέσα στο συγκεκριμένο νοσοκομείο και βαθμολογώντας το από το 1-10. Παρατηρούμε ότι οι περισσότεροι ερωτηθέντες νιώθουν ασφάλεια και βαθμολογούν με υψηλά νούμερα το νοσοκομείο και τις παροχές του και ασφαλώς το προσωπικό του. (σχήμα 13, σχήμα 14)



ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

Το δεύτερο μέρος των ερωτήσεων του ερωτηματολογίου αναφέρεται στην ανακουφιστική φροντίδα και τη διαχείριση του πόνου. Στο σχήμα 15 φαίνεται πόσο είναι ενημερωμένοι οι ασθενείς για το τι είναι ανακουφιστική φροντίδα και τι τους προσφέρει. Η ενημέρωση για την ανακουφιστική φροντίδα μετά από τη συμπλήρωση των ερωτηματολογίων είναι ικανοποιητική.

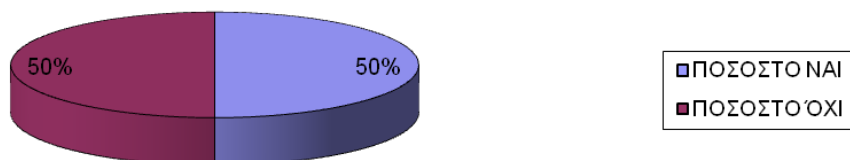


Στα παρακάτω σχήματα, φαίνεται η σχέση που ήδη υπάρχει μεταξύ ασθενών και ανακουφιστικής φροντίδας. Είναι εμφανής η θετική στάση της πλειοψηφίας των ερωτηθέντων ασθενών στη χρήση της για την αύξηση της ικανοποίησής τους. (σχήμα 16).



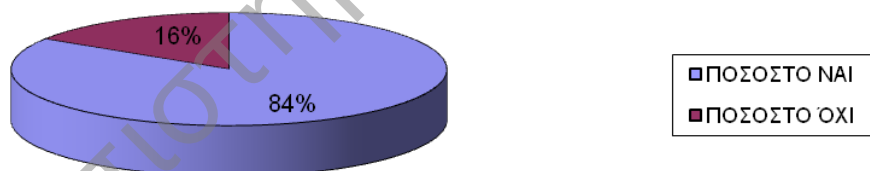
Καταλυτικό ρόλο στην έρευνα για τη διαχείριση του πόνου έπαιξε η ερώτηση για την αντιμετώπιση του πόνου άμεσα και αποτελεσματικά κατά τη διάρκεια της παραμονής τους στο νοσοκομείο, όπου οι ασθενείς είναι μοιρασμένοι στη μέση, δηλαδή 50% απαντούν ναι και 50% όχι. (σχήμα 17)

24. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΑΣ;



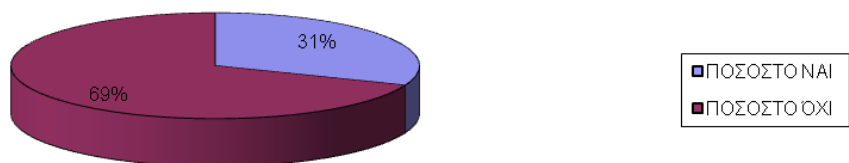
Στα παρακάτω σχήματα, φαίνεται η χρήση μεθόδων ανακουφιστικής φροντίδας από τους επαγγελματίες υγείας. Στο σχήμα 18 φαίνεται καθαρά η μη χρησιμοποίηση των παραπάνω μεθόδων ανακούφισης του πόνου των ασθενών αφού η πλειονότητα των απαντήσεων δείχνει ότι χορηγήθηκαν αποκλειστικά φαρμακα-αναλγητικά για τη μείωσή του.

25. ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΑΣ, ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ;



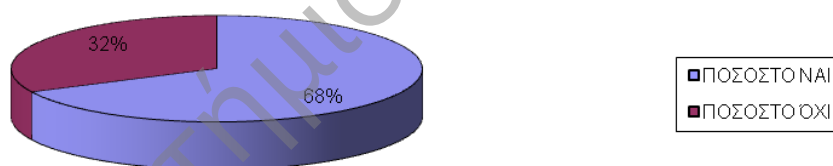
Εν συνεχεία στο σχήμα 19 συμπεραίνουμε ότι το νοσηλευτικό προσωπικό δεν γνωρίζει για τις εναλλακτικές λύσεις που θα μπορούσε να προτείνει στον ασθενή για τη μείωση του πόνου του. Η απάντηση στην συγκεκριμένη ερώτηση είναι αρνητική πράγμα απογοητευτικό.

26. ΥΠΗΡΧΑΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;



Τέλος, στο τελευταίο σχήμα (σχήμα 20) φαίνεται μια γενική εικόνα ικανοποίησης για τη διαχείριση του πόνου με οποιοδήποτε τρόπο, όπου η πλειοψηφία των απαντήσεων δηλώνουν θετικοί προς τις παροχές υγείας καθώς και οι περισσότεροι από αυτούς δηλώνουν πρόθυμοι να δοκιμάσουν τις εναλλακτικές μεθόδους ανακούφισης ή αυτές που ήδη χρησιμοποίησαν για την εξάλειψη του πόνου.(σχήμα 21)

27. ΑΝ ΝΑΙ, ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΑΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ;



28. ΘΑ ΕΠΙΔΙΩΚΑΤΕ ΞΑΝΑ ΧΡΗΣΗ ΤΕΤΟΙΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ;



Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 7^ο

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ - ΠΡΟΤΑΣΕΙΣ

Οι μελέτες για την ικανοποίηση των ασθενών, είναι η κύρια πηγή ανατροφοδότησης για τις υπηρεσίες παροχής ανακουφιστικής φροντίδας υγείας και χρησιμοποιούνται για ανασχεδιασμό (reengineering) και αξιολόγηση. Ο Doll R. υποστηρίζει πως η αξιολόγηση του Εθνικού Συστήματος Υγείας θα πρέπει να γίνει με γνώμονα τα εξής τρία κριτήρια: έκβαση της φροντίδας (ικανοποίηση), οικονομική αποδοτικότητα και κοινωνική αποδοχή. Ο Fitzpatrick R. ισχυρίζεται πως η ικανοποίηση του ασθενή είναι ο ακρογωνιαίος λίθος για την επίτευξη της κοινωνικής αποδοχής και άρα ένα αναπόσπαστο στοιχείο, απαραίτητο για την αξιολόγηση του συστήματος υγείας.

Η εκτίμηση της έκβασης της φροντίδας, αποτελεί έναν ασφαλή και ακριβή τρόπο για την επιλογή των κατάλληλων δεικτών, την συστηματική συλλογή των αναγκαίων δεδομένων, την επεξεργασία τους, την ερμηνεία των αποτελεσμάτων της νοσηλευτικής φροντίδας, την ταυτοποίηση των απαραίτητων αλλαγών και την αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας των κλινικών πρωτοκόλλων και των νοσηλευτικών παρεμβάσεων. Η διαχείριση όλης αυτής της διαδικασίας, αποτελεί το περιεχόμενο της έννοιας της Διοίκησης σύμφωνα με τα αποτελέσματα της φροντίδας (outcomes management) που στόχο έχει την βελτίωση της φροντίδας που παρέχεται σε όσους την χρειάζονται.

Στην Ευρώπη αλλά και σε άλλες χώρες, η πίεση στη χρηματοδότηση των συστημάτων υγείας οδήγησε σε μια σειρά μελετών για το κόστος νοσηλείας ασθενών με νοσήματα, βραχυπρόθεσμα αλλά και μακροπρόθεσμα, σε μια προσπάθεια εντοπισμού της αύξησης του κόστους νοσηλείας. Ενώ στις υπόλοιπες αναπτυγμένες χώρες η προσπάθεια αυτή ξεκίνησε τουλάχιστον πριν από μια δεκαετία, στη χώρα μας από όσα γνωρίζουμε βιβλιογραφικά δεν έχει γίνει καμία.

Στην παρούσα εργασία έγινε προσπάθεια να αποσαφηνιστούν οι όροι της φροντίδας και της ικανοποίησης των ασθενών και να παρουσιαστούν οι σχετικές έρευνες που διεξήχθησαν διεθνώς. Μέσα από την αναλυτική μελέτη των δεικτών ικανοποίησης των ασθενών κατά την ανακουφιστική φροντίδα μελετήθηκαν όλες οι πτυχές που άπτονται

του θέματος. Τέλος, κατά την οικονομική μελέτη, έγινε η ανάλυση του κόστους της ανακουφιστικής φροντίδας, τόσο στην Ελλάδα, όσο και διεθνώς.

Η συνεχής μέτρηση της ικανοποίησης των ασθενών, ενταγμένη σε πρόγραμμα βελτίωσης της ποιότητας του νοσοκομείου, οικοδομεί σχέσεις εμπιστοσύνης, μεταξύ των χρηστών και των επαγγελματιών που παρέχουν υπηρεσίες υγείας, και αυξάνει το κύρος και την αξιοπιστία της υπηρεσίας. Επίσης, συμβάλλει στον εντοπισμό προβλημάτων, βοηθά στην τεκμηρίωση των αποτελεσμάτων και των επιπέδων απόδοσης (Λαζάρου, 2001). Από την άλλη, υπάρχει αμφισβήτηση, ως προς τη χρησιμότητα αυτών των μετρήσεων, υποστηρίζοντας πως οι ασθενείς δεν έχουν τις γνώσεις για να κρίνουν, αυτό που επιθυμούν δεν είναι πάντα και ό, τι έχουν ανάγκη, ενώ άλλες φορές, δεν είναι ειλικρινείς, είτε γιατί βρίσκονται εξαρτημένοι από τους ιατρούς και το νοσοκομείο είτε γιατί η ψυχολογική και σωματική τους κατάσταση επηρεάζει την κρίση τους (Τούντας, 2008). Για τους παραπάνω λόγους, η εισαγωγή συστημάτων διαχείρισης ποιότητας, σύμφωνα με τον Πολύζο και συν. (2004), δίνει τη δυνατότητα βελτίωσης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας, αλλά και της ικανοποίησης των ασθενών. Το Νοσοκομείο ΥΓΕΙΑ , έχει πολλές ιδιαιτερότητες. Παρατηρείται ανομοιογένεια μεταξύ των κλινικών, καθώς φιλοξενεί όλων των ειδών τα περιστατικά στους νοσηλευτικούς του ορόφους, έχει νέες εγκαταστάσεις και μηχανήματα και μεγάλο αριθμό αναπτυγμένων κλινών. Όλοι αυτοί οι παράγοντες πιθανόν να επηρεάζουν την ποιότητα των υπηρεσιών υγείας και κατ' επέκταση την ικανοποίηση των ασθενών. Κρίνεται λοιπόν απαραίτητη η ανάπτυξη και χρήση των εναλλακτικών μεθόδων ανακούφισης του πόνου ανεξαρτήτου του κόστους. Η καθιέρωση συστημάτων αξιολόγησης της φροντίδας που παρέχεται, ενδέχεται να ενεργοποιήσει όλο τον οργανισμό (ιατρούς, νοσηλευτές, βοηθητικό προσωπικό, διοικητικές υπηρεσίες, τεχνικό προσωπικό), αλλά και τους ασθενείς, ώστε να ανταποκρίνονται σε έρευνες αξιολόγησης, χωρίς καχυποψία, με ειλικρινή διάθεση και κυρίως με το όραμα της βελτίωσης του οργανισμού, μέσα από την αλλαγή στάσεων, απόψεων και κουλτούρας.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

- Σχήματα και Πίνακες αποτελεσμάτων
- Ερωτηματολόγιο

Πανεπιστήμιο Πειραιώς

ΧΩΡΑ	ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ % ΑΕΠ		ΣΥΝΟΛΙΚΕΣ / ΚΕΦΑΛΗ ΔΑΠΑΝΕΣ \$ PPP		ΔΗΜΟΣΙΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ ΥΓΕΙΑΣ %		ΦΑΡΜ/ΚΕΣ ΔΑΠΑΝΕΣ %	
	2009	2013	2009	2013	2009	2013	2009	2013
<i>ΑΥΣΤΡΑΛΙΑ</i>	8,8	9,6	2.400	3.120	68,9	67,5	13,5	12,8
<i>ΑΥΣΤΡΙΑ</i>	9,4	9,6	2.667	3.124	69,9	70,7	12,6	13
<i>ΒΕΛΓΙΟ</i>	8,6	10,1*	2.277	3.044*	75,8	...	...	11,3
<i>ΚΑΝΑΔΑΣ</i>	8,9	9,9	2.503	3.165	70,3	69,8	15,9	17,7
<i>ΤΣΕΧΙΑ</i>	6,7	7,3	980	1.361	90,5	89,2	22,4	...
<i>ΔΑΝΙΑ</i>	8,3	8,9	2.380	2.881	82,4	...	8,8	9,4
<i>ΦΙΛΑΝΔΙΑ</i>	6,7	7,5	1.716	2.235	75,1	76,6	15,5	16,3
<i>ΓΑΛΛΙΑ</i>	9,2	10,5	2.450	3.159	75,8	78,4	20,3	18,9
<i>ΓΕΡΜΑΝΙΑ</i>	10,4	10,6	2.670	3.043	78,6	76,9	13,6	14,1
<i>ΕΛΛΑΔΑ</i>	9,9	1.616	2.162	52,6	52,6	52,8	15	17,4
<i>ΟΥΓΚΑΡΙΑ</i>	7,1	8,0	856	1.276	70,7	71,9	...	...
<i>ΙΣΛΑΝΔΙΑ</i>	9,2	10,2	2.623	3.331	82,6	83,4	15,1	14,8
<i>ΙΡΛΑΝΔΙΑ</i>	6,3	7,1	1.809	2.596	73,3	79,5	10,6	12,4
<i>ΙΤΑΛΙΑ</i>	7,9	8,7	2.039	2.467	73,5	75,1	21,9	21,1
<i>ΙΑΠΩΝΙΑ</i>	7,6	7,6 8*	1.967	2.249*	81,3	...	18,7	...
<i>ΚΟΡΕΑ</i>	4,8	5,6	778	1.149	46,2	51,4	27,8	27,4
<i>ΛΟΥΞΕΜΒΟΥΡΓΟ</i>	5,8	8,0	2.982	5.089	89,3	90,4	11	8,5
<i>ΜΕΞΙΚΟ</i>	5,6	6,5	506	662	46,6	46,4	19,4	20,9
<i>ΟΛΛΑΝΔΙΑ</i>	7,9	9,2	2.257	3.041	63,1	62,3	11,7	...
<i>ΝΕΑ ΖΗΛΑΝΔΙΑ</i>	7,7	8,4	1.605	2.083	78,0	77,4	...	...
<i>ΝΟΡΒΗΓΙΑ</i>	8,5	9,7	3.080	3.966	82,5	83,5	9,5	9,5
<i>ΠΟΛΩΝΙΑ</i>	5,7	6,5	590	805	70,0	68,6	0	29,6
<i>ΠΟΡΤΟΓΑΛΛΙΑ</i>	9,4	10,1	1.624	1.824	72,5	73,2	22,4	23,1
<i>ΣΛΟΒΑΚΙΑ</i>	5,5	5,9*	595	777*	89,4	...	34	...
<i>ΙΣΠΑΝΙΑ</i>	7,2	8,1	1.520	2.094	71,6	70,9	21,3	22,8
<i>ΣΟΥΗΔΙΑ</i>	8,4	9,1	2.271	2.825	84,9	84,9	13,8	12,3
<i>ΕΛΒΕΤΙΑ</i>	10,4	11,6	3.179	4.077	55,6	58,4	10,7	10,4
<i>ΤΟΥΡΚΙΑ</i>	6,6	7,7	451	580	62,9	72,1	24,8	...
<i>ΗΝ. ΒΑΣΙΛΕΙΟ</i>	7,3	8,1	1.858	2.508	80,9	86,3	...	...
<i>ΗΝ. ΠΟΛΙΤΕΙΕΣ</i>	13,3	15,3		6.102	44,0	44,7	11,7	12,3

Πίνακας 1: Κατανομή Δαπανών υγείας στις χώρες του ΟΟΣΑ το 2009 – 2013

	2000	2009	2010	2011	2012	2013
Συνολικές Δαπάνες Υγείας % Α.Ε.Π	5,1	9,9*	10,4*	10,3*	10,5*	10*
Συνολικές κατά κεφαλή Δαπάνες υγείας US \$ PPP	371	1.616*	1.805*	1.971*	2.141*	2.162*
Δημόσιες δαπάνες υγείας % του συνόλου δαπ. υγείας	89	52,6*	55,5*	54,1*	53,6*	52,8*
Φαρμακευτικές δαπάνες % του συνόλου δαπ. υγείας	14,3	14,3 15	15,1	16,2	17,1	17,4

Πίνακας 2 : Κατανομή Δαπανών υγείας στην Ελλάδα σε διάφορες χρονικές περιόδους

ΠΙΝΑΚΑΣ 3 (ΦΥΛΟ)

ΑΝΤΡΕΣ	45
ΓΥΝΑΙΚΕΣ	55

ΠΙΝΑΚΑΣ 4 (ΗΛΙΚΙΑ ΣΕ ΕΤΗ)

15-25	11
26-35	18
36-45	19
46-55	21
56-65	25
>65	6

ΠΙΝΑΚΑΣ 5 (ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ)

ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	12
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	30
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	3
ΣΥΝΤΑΞΙΟΥΧΟΣ	17
ΟΙΚΙΑΚΑ/ΜΑΘΗΤΗΣ	10
ΑΝΕΡΓΟΣ	25

ΠΙΝΑΚΑΣ 6 (ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗΣ)

ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΔΗΜΟΤΙΚΟΥ	11
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΓΥΜΝΑΣΙΟΥ	20
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΛΥΚΕΙΟΥ	29
ΑΠΟΦΟΙΤΟΣ ΤΕΧΝΙΚΗΣ/ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΑΚΗΣ ΣΧΟΛΗΣ	40

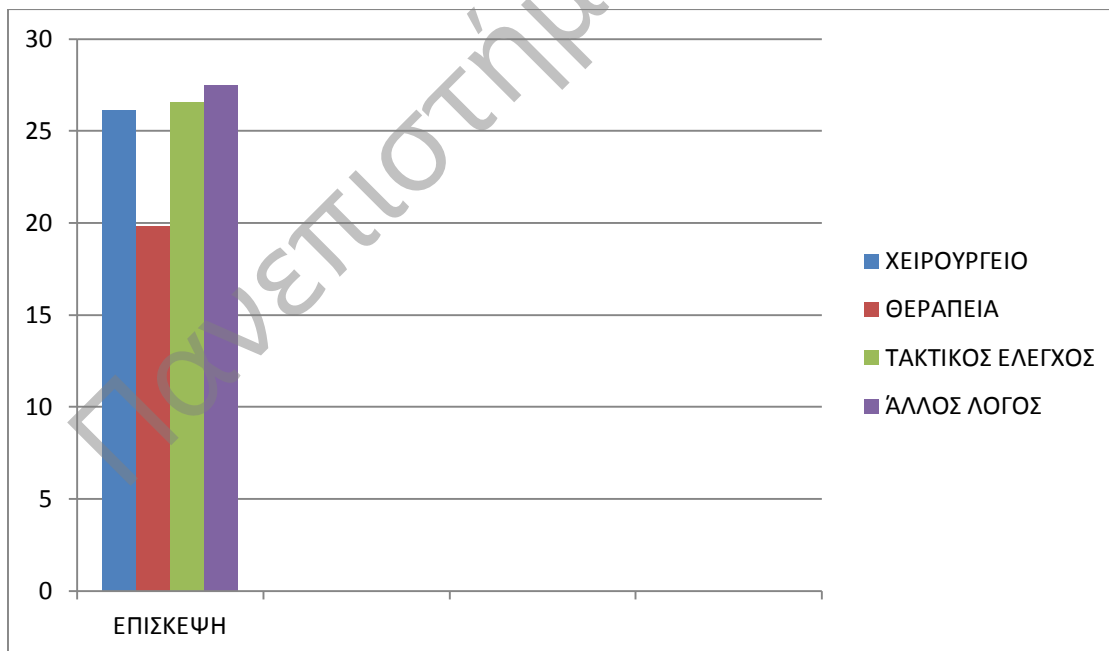
ΠΙΝΑΚΑΣ 7 (ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΗ ΚΑΛΥΨΗ)

ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΙΣΗ	40
ΙΔΙΩΤΗΣ	25
ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ	35

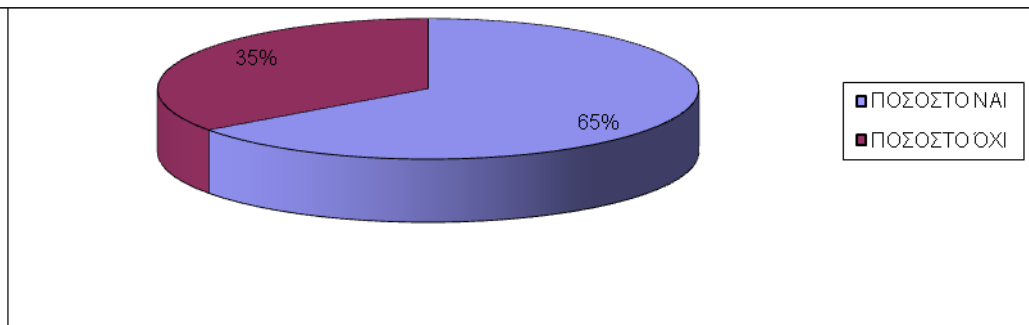
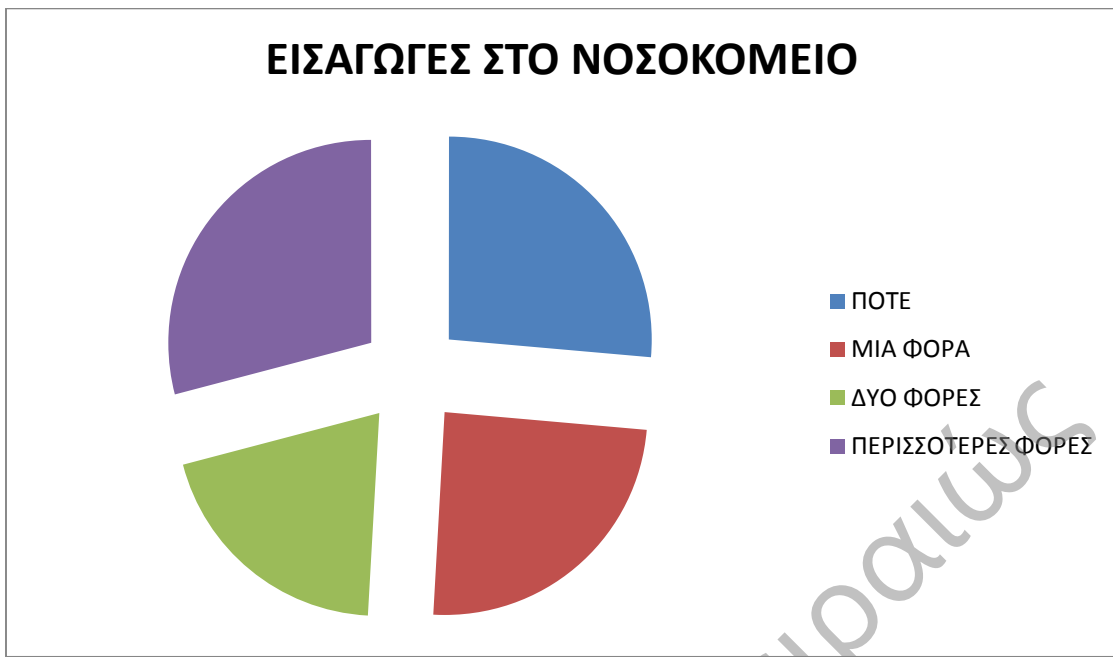
ΣΧΗΜΑ 1



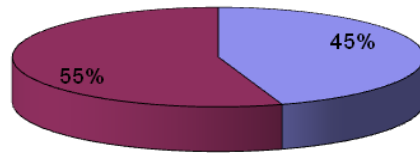
ΣΧΗΜΑ 2



ΣΧΗΜΑ 3

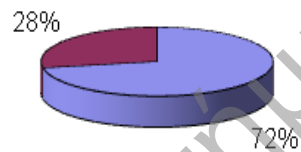


13. ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΥΛΙΚΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ



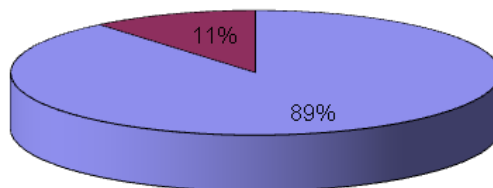
■ ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΑΙ
■ ΠΟΣΟΣΤΟ ΟΧΙ

14. ΥΠΑΡΞΗ ΚΑΤΑΛΛΗΛΩΝ ΓΝΩΣΕΩΝ-ΔΕΞΙΟΤΗΤΩΝ ΑΠΟ ΤΗΝ ΠΛΕΥΡΑ ΤΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ



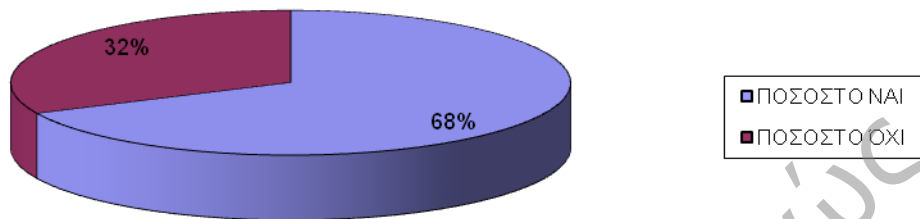
■ ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΑΙ
■ ΠΟΣΟΣΤΟ ΟΧΙ

15. ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΗ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟΝ ΓΙΑΤΡΟ

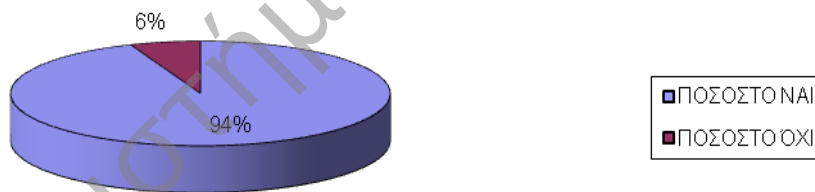


■ ΠΟΣΟΣΤΟ ΝΑΙ
■ ΠΟΣΟΣΤΟ ΟΧΙ

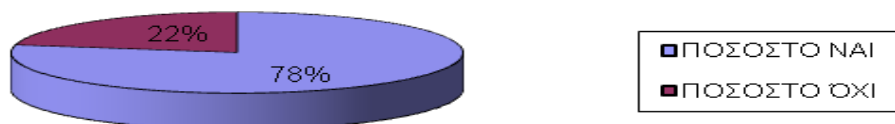
16. ΕΙΝΑΙ ΕΠΑΡΚΗΣ Η ΠΑΡΟΥΣΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ;



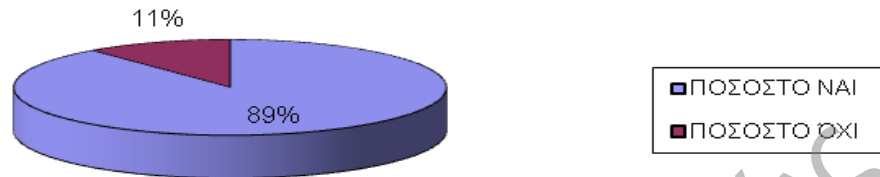
17. ΕΙΝΑΙ ΚΑΤΑΛΥΤΙΚΟΣ Ο ΡΟΛΟΣ ΤΟΥ ΚΟΣΤΟΥΣ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΤΗΝ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ;



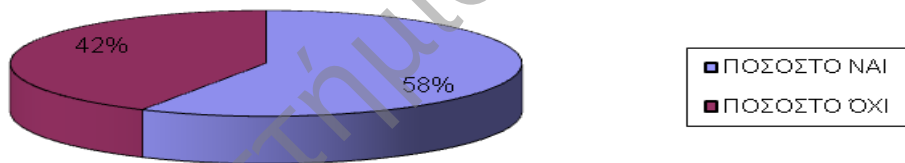
18. ΣΕΒΑΣΜΟΣ ΚΑΙ ΕΥΓΕΝΕΙΑ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ



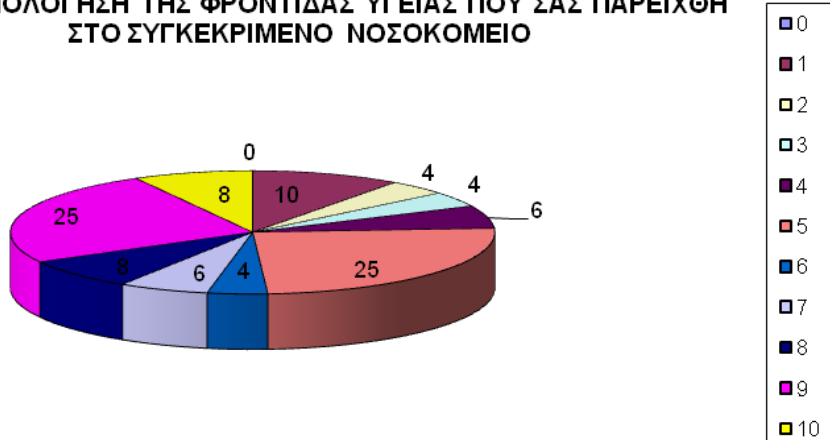
19. ΔΙΑΘΕΣΙΜΟΤΗΤΑ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟΥ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟΥ ΣΕ ΣΤΙΓΜΕΣ ΑΝΑΓΚΗΣ



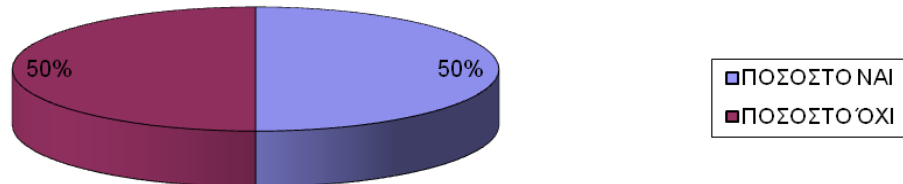
20. ΝΙΩΘΕΤΕ ΑΣΦΑΛΗΣ:



21. ΒΑΘΜΟΛΟΓΗΣΗ ΤΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΕΙΧΘΗ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ



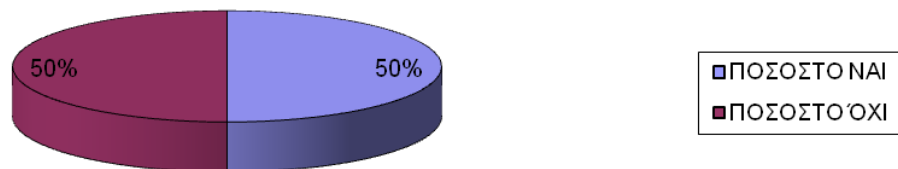
22. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ;



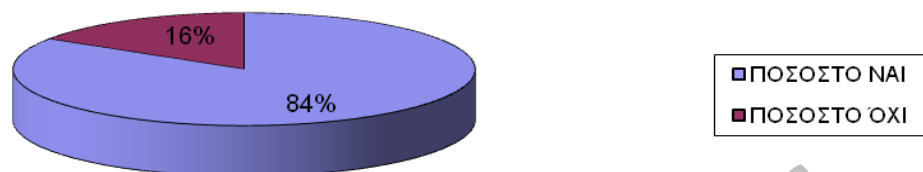
23. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΣ ΣΑΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΘΑ ΑΥΞΗΘΟΥΝ ΤΑ ΕΠΙΕΠΔΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΑΣ;



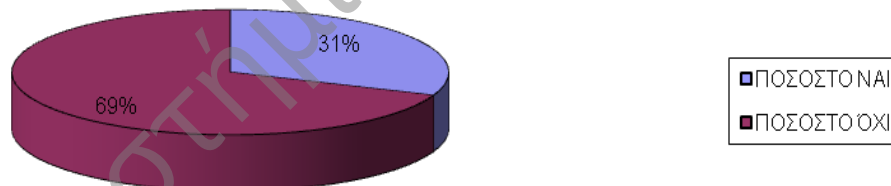
24. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΑΣ;



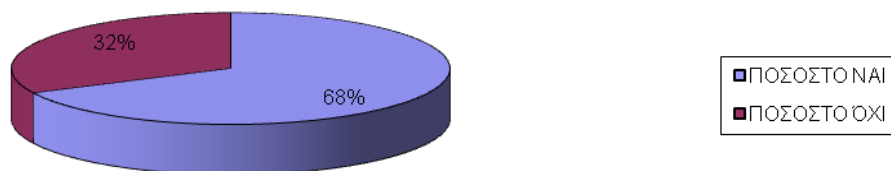
25. ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΑΣ, ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ;



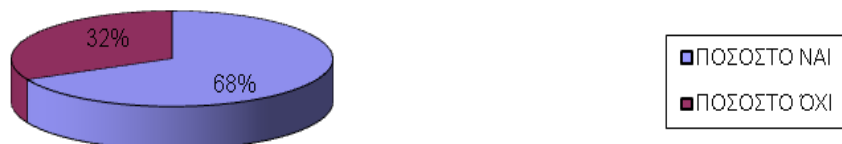
26. ΥΠΗΡΧΑΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΛΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;



27. ΑΝ ΝΑΙ, ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΑΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ;



28. ΘΑ ΕΠΙΔΙΩΚΑΤΕ ΞΑΝΑ ΧΡΗΣΗ ΤΕΤΟΙΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ;



Πανεπιστήμιο Πειραιώς



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ
ΠΕΙΡΑΙΩΣ

ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ

ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΤΗΣ ΥΓΕΙΑΣ



ΤΕΙ
ΠΕΙΡΑΙΑ

ΕΝΤΥΠΟ ΕΝΗΜΕΡΩΣΗΣ – ΟΔΗΓΙΕΣ

ΣΚΟΠΟΣ ΤΗΣ ΠΑΡΟΥΣΑΣ ΕΡΕΥΝΑΣ, ΕΙΝΑΙ Η ΔΙΕΡΕΥΝΗΣΗ ΚΑΙ Η ΑΠΟΤΥΠΩΣΗ ΤΟΥ ΒΑΘΜΟΥ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ ΓΕΝΙΚΑ ΚΑΙ ΕΙΔΙΚΑ ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ ΕΝΟΣ ΙΔΙΩΤΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΠΟ ΤΙΣ ΠΑΡΕΧΟΜΕΝΕΣ Σ ΑΥΤΟΥΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ.

ΤΟ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΕΙΝΑΙ ΑΝΩΝΥΜΟ ΚΑΙ ΑΠΟΤΕΛΕΙΤΑΙ ΑΠΟ ΚΑΤΑΝΟΗΤΕΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ .

ΠΑΡΑΚΑΛΩ ΝΑ ΑΠΑΝΤΗΣΕΤΕ ΣΕ ΟΛΕΣ ΤΙΣ ΕΡΩΤΗΣΕΙΣ ΠΟΥ ΠΑΡΑΤΙΘΕΝΤΑΙ ΚΑΘΩΣ ΑΥΤΟ ΘΑ ΒΟΗΘΗΣΕΙ ΣΤΗΝ ΔΙΑΤΥΠΩΣΗ ΕΓΚΥΡΟΤΕΡΩΝ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΩΝ.

ΑΝΑΜΕΝΟΜΕΝΟΣ ΧΡΟΝΟΣ ΣΥΜΠΛΗΡΩΣΗΣ ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟΥ:

10-15 ΛΕΠΤΑ

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΕΝΔΙΑΦΕΡΟΝ ΣΑΣ ΚΑΙ ΤΗΝ ΣΥΝΕΡΓΑΣΙΑ ΣΑΣ

ΣΤΟΙΧΕΙΑ ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑΣ:

ΦΟΙΤΗΤΡΙΑ ΠΜΣ : ΧΑΡΛΑ ΚΩΝΣΤΑΝΤΙΝΑ

ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ: ΤΗΛΕΦΩΝΟ: 6946834365

MAIL: kon87_char@hotmail.com

ΠΡΟΣΩΠΙΚΕΣ ΠΛΗΡΟΦΟΡΙΕΣ

(ΣΗΜΕΙΩΣΤΕ ΑΥΤΟ ΠΟΥ ΣΑΣ ΤΑΙΡΙΑΖΕΙ)

1. ΦΥΛΟ: ΑΝΤΡΑΣ

 ΓΥΝΑΙΚΑ

2. ΗΛΙΚΙΑ:..... ΕΤΩΝ

3. ΟΙΚΟΓΕΝΙΑΚΗ ΚΑΤΑΣΤΑΣΗ: ΑΓΑΜΟΣ/Η
 ΕΓΓΑΜΟΣ/Η
 ΧΗΡΟΣ/Α
 ΔΙΑΖΕΥΓΜΕΝΟΣ/Η

4. ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ : ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
 ΔΕΥΤΕΡΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ
 ΤΡΙΤΟΒΑΘΜΙΑ ΕΚΠΑΙΔΕΥΣΗ

5. ΕΠΑΓΓΕΛΜΑ:.....

6. ΑΣΦΑΛΕΙΑ: ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΑΣΦΑΛΕΙΑ
 ΙΔΙΩΤΗΣ
 ΑΣΦΑΛΙΣΤΙΚΟ ΤΑΜΕΙΟ

7.ΤΟΠΟΣ ΔΙΑΜΟΝΗΣ:.....

8.ΛΟΓΟΣ ΕΙΣΑΓΩΓΗΣ: ΔΙΕΞΑΓΩΓΗ ΧΕΙΡΟΥΡΓΕΙΟΥ

 ΘΕΡΑΠΕΙΑ

 ΕΠΙΣΚΕΨΗ (ΣΚΕΚ-UP)

 ΑΛΛΟΣ ΛΟΓΟΣ

9. ΥΠΑΡΧΕΙ ΠΡΟΗΓΟΥΜΕΝΗ ΕΙΣΑΓΩΓΗ: ΠΟΤΕ

 ΜΙΑ ΦΟΡΑ

 ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ

 ΠΕΡΙΣΣΟΤΕΡΕΣ ΑΠΟ ΔΥΟ ΦΟΡΕΣ

10. ΕΙΣΤΕ: ΑΣΘΕΝΗΣ

ΣΥΝΟΛΟΣ

ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗ ΤΟΥ ΑΣΘΕΝΟΥΣ

11. ΚΑΤΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΜΟΝΗ ΣΑΣ ΣΤΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΑΤΕ ΠΡΟΒΛΗΜΑΤΑ ΣΥΜΠΕΡΙΦΟΡΑΣ ΑΠΟ ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

12. ΣΤΑ ΑΙΤΗΜΑΤΑ ΣΑΣ ΟΙ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΑΝΤΑΠΟΚΡΙΘΗΚΑΝ ΑΜΕΣΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

13. ΥΠΗΡΧΑΝ ΤΑ ΚΑΤΑΛΛΗΛΑ ΥΛΙΚΑ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΟΧΗ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΗΣ ΦΡΟΝΤΙΔΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

14. ΤΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΕΙΧΕ ΤΙΣ ΚΑΤΑΛΛΗΛΕΣ ΓΝΩΣΕΙΣ –ΔΕΞΙΟΤΗΤΕΣ ΓΙΑ ΝΑ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΕΙ ΤΟ ΠΡΟΒΛΗΜΑ ΥΓΕΙΑΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

15. Η ΕΠΙΚΟΙΝΩΝΙΑ ΜΕ ΤΟ ΓΙΑΤΡΟ ΣΑΣ ΕΙΝΑΙ ΠΡΟΣΒΑΣΙΜΗ ΟΛΟ ΤΟ 24ΩΡΟ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

16. ΘΕΩΡΕΙΤΑΙ ΤΗΝ ΠΑΡΟΥΣΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΕΠΑΡΚΗ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

17. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΑΙΖΕΙ ΚΑΤΑΛΥΤΙΚΟ ΡΟΛΟ ΤΟ ΚΟΣΤΟΣ ΤΩΝ ΠΑΡΟΧΩΝ ΣΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

18. ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΣΑΣ ΣΥΜΠΕΡΙΦΕΡΟΤΑΝ ΜΕ ΣΕΒΑΣΜΟ ΚΑΙ ΕΥΓΕΝΕΙΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

19. ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ΗΤΑΝ ΠΑΝΤΑ ΔΙΑΘΕΣΙΜΟ ΟΤΑΝ ΤΟ ΧΡΕΙΑΣΤΗΚΑΤΕ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

20. ΝΙΩΘΕΤΕ ΑΣΦΑΛΗΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

21. ΠΩΣ ΘΑ ΒΑΘΜΟΛΟΓΟΥΣΑΤΕ ΤΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ ΠΟΥ ΣΑΣ ΠΑΡΕΧΕΤΑΙ ΣΤΟ ΣΥΓΚΕΚΡΙΜΕΝΟ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟ;

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ΔΙΑΧΕΙΡΗΣΗ ΠΟΝΟΥ

22. ΓΝΩΡΙΖΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ Η ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

23. ΠΙΣΤΕΥΕΤΕ ΟΤΙ ΠΑΡΕΧΟΝΤΑΣ ΣΑΣ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΤΙΚΗ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΑΠΟ ΤΟΥΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΕΣ ΥΓΕΙΑΣ ΘΑ ΑΥΞΗΘΟΥΝ ΤΑ ΕΠΙΠΕΔΑ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

24. ΕΙΣΤΕ ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΜΕΝΟΣ/Η ΑΠΟ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΣΑΣ ΚΑΤΑ ΤΗ ΔΙΑΡΚΕΙΑ ΤΗΣ ΝΟΣΗΛΕΙΑΣ ΣΑΣ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

25. ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ, ΣΑΣ ΔΟΘΗΚΑΝ ΑΠΟΚΛΕΙΣΤΙΚΑ ΦΑΡΜΑΚΑ-ΑΝΑΛΓΗΤΙΚΑ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

26. ΥΠΗΡΧΑΝ ΕΝΑΛΛΑΚΤΙΚΕΣ ΔΥΣΕΙΣ ΓΙΑ ΤΗ ΜΕΙΩΣΗ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ ΠΟΥ ΕΦΑΡΜΟΣΤΗΚΑΝ ΑΠΟ ΤΟ ΝΟΣΗΛΕΥΤΙΚΟ ΠΡΟΣΩΠΙΚΟ ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

27. ΑΝ ΝΑΙ, ΕΙΣΤΕ ΕΥΧΑΡΙΣΤΗΜΕΝΟΣ ΑΠΟ ΤΟ ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑ; (ΑΠΑΝΤΗΣΤΕ ΜΟΝΟ ΕΑΝ ΕΧΕΤΕ ΑΠΑΝΤΗΣΕΙ ΘΕΤΙΚΑ ΣΤΗΝ ΠΑΡΑΠΑΝΩ ΕΡΩΤΗΣΗ)

ΝΑΙ ΟΧΙ

28. ΘΑ ΕΠΙΔΙΩΚΑΤΕ ΞΑΝΑ ΧΡΗΣΗ ΤΕΤΟΙΩΝ ΜΕΘΟΔΩΝ ΑΝΑΚΟΥΦΙΣΗΣ ΤΟΥ ΠΟΝΟΥ;

ΝΑΙ ΟΧΙ

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

Ελληνική

1. Αλεξόπουλος Δ.Σ. (1998) Ψυχομετρία. Ελληνικά Γράμματα, Τόμος Α΄.
2. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β. (2001) Θνησιμότητα και νοσηρότητα στους ηλικιωμένους. Νοσηλευτική. 40(2): 31-41.
3. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β., Τζαβέλας Γ., Κοτρώτσιου Ε., Zarzycka D., Gorajek-Jozwik J. (2001) Διακρατική μελέτη της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα της νοσοκομειακής περίθαλψης στην Ελλάδα και στην Πολωνία (πρώτα αποτελέσματα). 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. Λήμνος, 3-5 Μαΐου 2000. www.nurs.uoa.gr/theod/
4. Θεοδοσοπούλου Ε., Ραφτόπουλος Β. (2002) Ανάπτυξη ενός εννοιολογικού υποδείγματος για την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας. Νοσηλευτική (υπό δημοσίευση στο πρώτο τεύχος του 2002).
5. Κοτρώτσιου-Μπαρμπούτα Ε. (2000) Η προεγχειρητική προετοιμασία των ασθενών και η σχέση της με τον μετεγχειρητικό πόνο. Διδακτορική Διατριβή. Τμήμα Νοσηλευτικής Πανεπιστημίου Αθηνών.
6. Ραφτόπουλος Β. (1999) DALYs: Χρόνια Ζωής σταθμισμένα για Ανικανότητα: ένας δείκτης για την διαμόρφωση πολιτικής υγείας. (Μεταπτυχιακή Διπλωματική Εργασία). Πανεπιστήμιο Αθηνών. Τμήμα Νοσηλευτικής.
7. Raftopoulos V., Theodosopoulou E., Nikolaou M., Kotrotsiou E., Papathanasiou E., Konstadinou E., The Global Burden of Respiratory Diseases. 3rd Mediterranean Congress on Thoracic Diseases. Nov. 1-4 2000.
8. Ραφτόπουλος Β. Θεοδοσοπούλου Ε. (2001) Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Νοσηλευτική. 40(1): 8-23.
9. Ραφτόπουλος Β., Θεοδοσοπούλου Ε., Ευαγγέλου Ε., Σώλου Ε., Λαβδανίτη Μ., Κοτρώτσιου Ε (2001) Εκτίμηση της κατάθλιψης των ηλικιωμένων ασθενών που νοσηλεύονται στο νοσοκομείο. 28ο Πανελλήνιο Συνέδριο ΕΣΔΝΕ. 3-5 Μαΐου 2001.
10. Τεγόπουλος-Φυτράκης (1993) Ελληνικό Λεξικό. Αρμονία.

11. Fountoulakis K.N., Tsolaki M., Iacovides A., Yesavage J., O'Hara R., Kazis A. and Ierodiakonou Ch. (1999) The Validation of the Short Form of Geriatric Depression Scale (GDS) in Greece. *Aging (Milano)*. 11(6): 367-372.

Ξενόγλωσση

1. Annandale E. & Hunt K. (1998) Accounts of disagreements with doctors. *Social Science and Medicine*. 46(1): 119-129.
2. Avis M., Bond M. & Arhtur A. (1997) Questioning patient satisfaction: an empirical investigation in two outpatient's clinics. *Social Science and Medicine*. 44(1): 85-92.
3. Bredart A., Razavi D., Robertson C., Batel-Copel L., Larsson G., Lichosik D., Meyza J., Schraub S., von Essen L., de Haes J.C.J.M. (2001) A comprehensive assessment of satisfaction with care: preliminary psychometric analysis in French, Polish, Swedish and Italian Oncology patients. *Patient Education and Counseling*. 43: 243-252.
4. Cohen G. (1996) Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science. Medicine*. 42(7): 1085-109.
5. Cohen B.J., Swerdlik M.E. & Phillips S.M. (1996) *Psychological testing and assessment: an introduction to tests and measurement*. (3rd edition). Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
6. Cohen L. & Manion L. (1997) *Μεθοδολογία Εκπαιδευτικής Έρευνας*. Έκφραση. Εκπαιδευτική Βιβλιοθήκη.
7. Comley A.L. & DeMeyer E. (2001) Assessing patient satisfaction with pain management through a continuous quality improvement effort. *Journal of Pain and Symptom Management*. 21(1): 27-40.
8. Coyle J. (1997) Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: towards a grounded theory. Unpublished PhD Thesis. London: South Bank University.
9. Coyle J. (1999) Exploring the meaning of dissatisfaction with health care: the importance of "personal identity treat". *Sociology of Health and Illness*. 21: 95-123.

10. Craig N. & Sutton M. (2000) Opportunity costs on trial: new options for encouraging implementation of results from economic evaluations. In A. Haines & A. Donald. Getting research findings into practice. London: BMJ Publishing.
11. Dougall A., Russell A., Rubin G., Ling J. (2000) Rethinking patient experiences of an open access flexible sigmoidoscopy service. *Social Science and Medicine*. 50: 53-62.
12. Enehaug I.H. (2000) Patient participation requires a change of attitude in health.
13. Evans J.R. & Lindsay W.M. (1996) *The Management and Control of Quality*. St. Paul, MN: West.
14. Falkum E. & Forbe R (2001) Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship. Attitudes among Norwegian physicians. *Social Science and Medicine*. 52: 239-248.
15. Freeman G. & Hjortdahl P. (1997) What future for continuity of care in general practices? *British Medical Journal*. 314: 1870-1873.
16. Gabbott M. & Hogg G. (1996) The glory of stories: using critical incidents to understand service evaluation in the Primary Health care context. *Journal of Marketing Management*. 12(6): 493-503.
17. Gilleard C. & Reed R. (1998) Validating a measure of patient satisfaction with community nursing services. *Journal of Advanced Nursing*. 28(1): 94-100.
18. Goldstein H. & Spiegelhalter D.J. (1996) League tables and their limitations: statistical issues in comparisons of institutional performance. *Journal of Royal Statistic. Society Series. A*. 159: 385-393.
19. Greenhalgh T. & Taylor R. (1997) How to read a paper: papers that go beyond numbers (qualitative research). *British Medical Journal*. 315: 740-743.
20. Hermann, R. C., Ettner, S. L., & Dorwart, R. A. (1998) The influence of psychiatric disorders on patients' ratings of satisfaction with health care. *Medical Care*. 36: 720-727.
21. Hill J. (1997) Patient satisfaction in a nurse-led rheumatology clinic. *Journal of Advanced Nursing*. 25(2): 347-354.
22. Hutcheson G. & Sofroniou N. (1999) *The multivariate social scientist: introductory statistics using generalized linear models*. Thousand Oaks. CA: Sage Publications.

23. Kane R.L., Maciejewski M. & Finch M. (1997) The relationship of patient satisfaction with care and clinical outcomes. *Medical Care*. 35: 714-730.
24. Larsson G. & Larsson W. B. (1998) Quality of care: relationship between the perceptions of elderly home care users and their caregivers. *Scandinavian Journal of Social Welfare*. 7: 252-258.
25. Law M.L. (1997) A telephone survey of day-surgery eye patients. *Journal of Advanced Nursing*. 25(2): 355-363.
26. Leavey G., King M., Cole E., Hoar A. & Johnsonsabine E. (1997) First-onset psychotic illness patients' and relatives' satisfaction with services. *British Journal of Psychiatry*. 170: 53-57.
27. Lee Y. & Kasper J.D. (1998) Assessment of medical care by elderly people: general satisfaction and physician quality. *Health Services Research*. 32(6): 741-757.
28. Leimkuhler A. and Muller U., (1996) Patient satisfaction-artifact or social fact. *Nervenarzt* 67, 765-773.
29. Lin B. & Fite D. (1996) Managing a sea of quality information at Ark-La-tex - Aquaites. *National Productivity Review*. 15(1): 79-85.
30. Mahajan R.J., Johnson J.C. & Marshall J.B. (1997) Predictors of patient cooperation during gastrointestinal endoscopy. *Journal of Clinical Gastroenterology*. 24(4): 220-223.
31. Mahon P.Y. (1996) An analysis of the concept "patient satisfaction" as it relates to contemporary nursing care. *Journal of Advanced Nursing*. 24: 1241-1248.
32. Marek K. D. (1997) Measuring the effectiveness of nursing care. *Outcomes Management of Nursing Practice*. 1(1): 8-12.
33. Marple, R., Lucey, C., Kroenke, K., Wilder, J., & Lucas, C. (1997). A prospective study of concerns and expectations in patients presenting with common symptoms. *Archives of Internal Medicine*. 157: 1482-1488.
34. McCartan-Quinn D., McAleer E., Naqvi I. (1996) Service quality: a satisfaction survey of the elderly. *International Journal of Health Care Quality Assurance*. 9(3): 4-10.
35. McNeill J.A., Sherwood G.D., Starck P.L. & Thompson C.J. (1998) Assessing clinical outcomes: patient satisfaction with pain management. *Journal of Pain and Symptom Management*. 16(1): 29-40.

36. Mooney G. (2000) Judging goodness must come before judging quality-but what is the good of health care? *International Journal for Quality in Health Care*. 12(5): 389-394.
37. Morfoisse J.J, Grasset D., Seigneuric C. (2000) Patient opinions following colonoscopy. Results of an ANGH study. *Gastroenterologie Clinique et Biologique*. 24(3): 279-283.
38. Mulcahy L., Allsop J. & Shirley C. (1996) The voices of complainants and GPs in complaints about health care. *Social Science Research Papers*. London: South Bank University.
39. Mulcahy L. & Tritter J. (1998) Pathways, pyramids and icebergs? Mapping the links between dissatisfaction and complaints. *Sociology of Health and Illness*. 20(6): 825-827.
40. Owens J. D., Batchelor C. (1996) Patient satisfaction and the elderly. *Social Science and Medicine* 42(11): 1483-1491.
41. Paralikas T. (1999) Schamgefühle betagter Frauen vor männlichem. Personal. Magisterarbeit. Technische Universität. Berlin.
42. Preston C.C. & Colman A.M. (2000) Optimal number of response categories in rating scales: reliability, validity, discriminating power and respondent preferences. *Acta Psychologica*. 104: 1-15.
43. Reichheld F.F. (1996) Learning from customer defections. *Harvard Business Review*. 74(2): 56-69.
44. Sackett D.L., Rosenberg W.M.C., Gray J.A.M., Haynes R.B. & Richardson W.S. (1996) Evidence based medicine: what is and what it is not. *British Medical Journal*. 312: 71-72.
45. Shevlin M., Miles J.N.V., Davies M.N.O. & Walker S. (2000) Coefficient alpha: a useful indicator of reliability? *Personality and Individual Differences*. 28: 229-237.
46. Simco N. & Warin J. (1997) Validity in image based research. An elaborated illustration of the issues. *British Educational Research Journal*. 23(5): 661-673.
47. Sitzia J. & Wood N., (1997) Patient satisfaction: a review of issues and concepts. *Social Science and Medicine*. 45(12): 1829-1843.
48. Sixma H.J., van Campen C., Kerssens J.J. & Peters L (2000) Quality of care from the perspective of elderly people: the QUOTE-Elderly instrument. *Age Ageing*. 29: 173-178.

49. Sixma H.J., Kerssens J.J., van Campen C. & Peters L. (1998) Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health Expectations*. 1: 82-95.
50. Smith A.M. (1999) Some problems when adopting Churchill's paradigm for the development of service quality measurement scales. *Journal of Business Research*. 46: 109-120.
51. Spreng R.A., MacKenzie S.B. & Olshavsky R.W. (1996) A reexamination of the determinants of consumer satisfaction. *Journal of Marketing*. 60(July): 15-32.
52. Stevens J. (1996) *Applied multivariate statistics for the social sciences*. (3rd edition). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
53. Thomas L.H., Mccoll E., Priest J., Bond S. & Boys R.J. (1996) Newcastle satisfaction with nursing scales-an instrument for quality assessments of nursing care. *Quality in Health Care*. 5(2): 67-72.
54. Vacha-Haase T. (1998) Reliability Generalization: Exploring variance in measurement error affecting score reliability across studies. *Educational and Psychological Measurement*. 58(February): 6-20.
55. Weng B.K. (1999) Reliability and validity of GDS and QHG short form for the aged. *Chinese Journal of Psychiatry*. 32(1): 41-43.