



ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
Εθνικόν και Καποδιστριακόν
Πανεπιστήμιον Αθηνών
— ΙΔΡΥΘΕΝ ΤΟ 1837 —

ΣΧΟΛΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΚΑΙ ΠΟΛΙΤΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ
ΤΜΗΜΑ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ

**Πρόγραμμα Μεταπτυχιακών Σπουδών
«ΔΙΟΙΚΗΣΗ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΩΝ ΜΟΝΑΔΩΝ»**

ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**«ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΕΡΓΑΛΕΙΟΥ ΜΕΤΡΗΣΗΣ ΤΗΣ
ΙΚΑΝΟΠΟΙΗΣΗΣ ΤΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ: ΕΦΑΡΜΟΓΗ ΣΤΟ
ΤΜΗΜΑ ΕΠΕΙΓΟΝΤΩΝ ΠΕΡΙΣΤΑΤΙΚΩΝ ΤΟΥ
ΓΕΝΙΚΟΥ ΝΟΣΟΚΟΜΕΙΟΥ ΑΤΤΙΚΗΣ Κ.Α.Τ.»**

ΣΩΤΗΡΧΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

ΕΠΙΒΛΕΠΩΝ ΚΑΘΗΓΗΤΗΣ: ΥΦΑΝΤΟΠΟΥΛΟΣ ΙΩΑΝΝΗΣ

ΑΘΗΝΑ
ΙΟΥΛΙΟΣ, 2019

© Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, 2019

Η παρούσα Εργασία καθώς και τα αποτελέσματά της, αποτελούν συνιδιοκτησία του ΕΚΠΑ και του φοιτητή, ο καθένας από τους οποίους έχει το δικαίωμα ανεξάρτητης χρήσης, αναπαραγωγής και αναδιανομής τους (στο σύνολο ή τμηματικά) για διδακτικούς και ερευνητικούς σκοπούς, σε κάθε περίπτωση αναφέροντας τον τίτλο και το συγγραφέα της Εργασίας καθώς και το όνομα του ΕΚΠΑ όπου εκπονήθηκε.



«Δημιουργία εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών: Εφαρμογή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής Κ.Α.Τ»

ΣΩΤΗΡΧΟΥ ΧΡΙΣΤΙΝΑ

Επιβλέπων Καθηγητής: Υφαντόπουλος Ιωάννης
Καθηγητής, Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών

Διπλωματική εργασία υποβληθείσα στο Τμήμα Οικονομικών Επιστημών του
Εθνικού Καποδιστριακού Πανεπιστημίου Αθηνών για την απόκτηση
Μεταπτυχιακού Διπλώματος Ειδίκευσης στη Διοίκηση Υπηρεσιών Υγείας

Αθήνα, Ιούλιος, 2019

«Στους αγαπημένους μου γονείς,

Κώστα, Κατερίνα και στον αδερφό μου Δημήτρη»

Ευχαριστίες

Για την εκπόνηση της παρούσας διπλωματικής εργασίας θα ήθελα να ευχαριστώ όλους όσους συνέβαλαν στην ολοκλήρωσή της. Αρχικά, θέλω να ευχαριστήσω θερμά τον επιβλέποντα καθηγητή μου, κ. Ιωάννη Υφαντόπουλο για την διαρκή καθοδήγηση του, τη βοήθεια του, καθώς και για τις πολύτιμες συμβουλές, που μου παρείχε καθ' όλη την διάρκεια εκπόνησης της παρούσας διπλωματικής εργασίας.

Στη συνέχεια, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Νικόλαο Κοντοδημόπουλο, Διοικητή του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ, για την πολύτιμη βοήθειά του, την εμπιστοσύνη που μου έδειξε, αλλά και την ευκαιρία διεξαγωγής της έρευνάς μου στο νοσοκομείο αυτό. Επιπλέον, θα ήθελα να ευχαριστήσω την κ. Ευαγγελία Λάππα, Προϊσταμένη της Ιατρικής Βιβλιοθήκης και υπεύθυνη της ομάδας εφαρμογής του Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης ΓΝΑ ΚΑΤ, για τις συμβουλές της, το χρήσιμο υλικό που μου παρείχε και την δυνατότητα συμμετοχής μου στην ομάδα αυτή.

Επίσης, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον κ. Ιωάννη Αλαμάνο, Δ/ντή Β 'ΜΕΘ και ΤΕΠ, την Προϊσταμένη του Τμήματος κα. Βασιλική Πράπα, ιδιαίτερα την Νοσηλεύτρια Διαλογής Περιστατικών Εφημερίας κα. Κατερίνα Φράγκου, καθώς και το ιατρικό και νοσηλευτικό προσωπικό του ΓΝΑ ΚΑΤ για την υποστήριξη τους.

Τέλος, ένα μεγάλο ευχαριστώ το οφείλω σε όλους τους ασθενείς, που με βοήθησαν να ολοκληρώσω την ερευνά μου, διαθέτοντας μέρος από το χρόνο τους και απαντώντας στα ερωτηματολόγια της έρευνας, αλλά και στην οικογένειά μου, που με στηρίζει καθημερινά και με βοηθάει να πετυχαίνω όλους τους στόχους μου.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Περίληψη	σελ.9
Abstract	σελ.11
Περιεχόμενα	σελ.3
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	σελ.5
Κατάλογος Πινάκων	σελ.5
Συντομογραφίες & Ακρωνύμια	σελ.13
Εισαγωγή	σελ.15

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1ο Βασικές Έννοιες - Η έννοια της Αξιολόγησης στις Υπηρεσίες Υγείας

1.1 Ο Ορισμός της Υγείας	σελ.19
1.2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας	σελ.19
1.3 Ο Ορισμός της Αξιολόγησης στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ.22
1.3.1 Οι Δείκτες για την Αξιολόγηση στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ.25

Κεφάλαιο 2ο Η έννοια της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

2.1 Η έννοια της Ποιότητας	σελ.27
2.2 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας	σελ.31
2.2.1 Οι Αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	σελ.32
2.2.2 Εργαλεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας	σελ.33
2.2.3 Μοντέλα Αξιολόγησης της εφαρμογής της Δ.Ο.Π	σελ.34
2.3 Ο Ορισμός της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ.36
2.3.1 Η διαδικασία μέτρησης της ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας	σελ.38
2.3.2 Τα οφέλη που απορρέουν από την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας	σελ.39

Κεφάλαιο 3ο Η έννοια της Ικανοποίησης του ασθενή

3.1 Ο ορισμός της Ικανοποίησης του ασθενή	σελ.41
3.1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση	σελ.43
3.1.2 Μέθοδοι μέτρησης της Ικανοποίησης των ασθενών	σελ.44

3.1.3 Τα οφέλη από την μέτρηση της Ικανοποίησης του ασθενή σελ.45

Κεφάλαιο 4ο Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

4.1 Η έννοια της Σχετιζομενη με την Υγεια Ποιότητας Ζωής σελ.47

4.2 Τα εργαλεία μέτρησης της Σχετιζομενη με την Υγεια της Ποιότητας Ζωής σελ.50

Κεφάλαιο 5ο Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

5.1 Η Ιστορία του ΤΕΠ σελ.53

5.2 Ο Ορισμός του ΤΕΠ σελ.54

5.3 Η λειτουργία του ΤΕΠ σελ.55

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 6ο Η Μεθοδολογία της Έρευνας

6.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Κ.Α.Τ σελ.58

6.1.1 Το Ιστορικό του νοσοκομείου σελ.58

6.1.2 Το Τ.Ε.Π. του ΓΝΑ ΚΑΤ σελ.66

6.2 Μεθοδολογία σελ.69

6.3 Τα Εργαλεία της έρευνας σελ.72

6.3.1 Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης σελ.72

6.3.2 Το δεύτερο ερωτηματολόγιο σελ.80

6.3.3 Ερωτηματολόγιο Σχετιζόμενη με την Υγεια Ποιότητα Ζωής σελ.84

6.3.4 Στατιστική Ανάλυση σελ.88

Κεφάλαιο 7ο Τα Αποτελέσματα της Έρευνας

7.1 Το πρώτο Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών (Κ.Π.Α) σελ.90

7.2 Το δευτερο ερωτηματολογιοικανοπισης ασθενων σελ.102

7.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά σελ.102

7.2.2. Κλινικά χαρακτηριστικά σελ.103

7.2.3. Αφιξη	σελ.105
7.2.4. Υποδοχή	σελ.105
7.2.5. Χρόνος και χώρος αναμονής	σελ.105
7.2.6. Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα	σελ.106
7.2.7. Εργαστηριακές εξετάσεις	σελ.106
7.2.8. Συνολική αξιολόγηση	σελ.107
7.2.9. Βαθμολογίες ικανοποίησης	σελ.119
7.3. Συσχετίσεις με τις βαθμολογίες ικανοποίησης	σελ.120
7.3.1. Βαθμολογία πρόσβασης/υποδοχής	σελ.122
7.3.2. Βαθμολογία χώρων/υποδομών	σελ.124
7.3.3. Βαθμολογία ιατρικής φροντίδας	σελ.126
7.3.4. Βαθμολογία εργαστηριακών εξετάσεων	σελ.128
7.3.5. Βαθμολογία γενικής ικανοποίησης	σελ.130
7.4 Ερωτηματολόγιο για την ΣΥΠΖ	σελ.132
7.4.1. Συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και ΣΥΠΖ	σελ.132
Συζήτηση	Σελ.139
Συμπεράσματα	σελ.146
Βιβλιογραφία	σελ.147
Κατάλογος Εικόνων / Σχημάτων	
Σχημα 1: Τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας	σελ.24
Σχήμα 2: Ο κύκλος του Deming	σελ.30
Σχεδιάγραμμα 3: Το Οργανόγραμμα του ΓΝΑ ΚΑΤ	σελ.60
Σχεδιάγραμμα 4: Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ)	σελ.73
Κατάλογος Γραφημάτων	
Γράφημα 1. Οι ανεπτυγμένες κλίνες του Νοσοκομείου ΚΑΤ	σελ.62
Γράφημα 2. Εξωτερικοί Ασθενείς του νοσοκομείου ΓΝΑ ΚΑΤ το έτος 2017	σελ.62
Γράφημα 3. Οι εξωτερικοί ασθενείς του Νοσοκομείου ΚΑΤ, 2015-2017	σελ.63

Γράφημα 4. Το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων του Νοσοκομείου ΚΑΤ, τα έτη 2015-2017	σελ.63
Γράφημα 5. Οι τακτικές και έκτακτες χειρουργικές επεμβάσεις του Νοσοκομείου ΚΑΤ, 2015-2017	σελ.64
Γράφημα 6. Οι χειρουργικές επεμβάσεις στο ΤΕΠ του ΓΝΑ ΚΑΤ, 2015-2016	σελ.68
Γράφημα 7. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την άφιξη στο ΤΕΠ	σελ.113
Γράφημα 8. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο ΤΕΠ	σελ.114
Γράφημα 9. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τον χρόνο και τον χώρο στο ΤΕΠ	σελ.115
Γράφημα 10. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο ΤΕΠ	σελ.116
Γράφημα 11. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις στο ΤΕΠ	σελ.117
Γράφημα 12. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ	σελ.118
Γράφημα 13. Μέσες βαθμολογίες ικανοποίησης	σελ.119
Γράφημα 14. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με το ερωτηματολόγιο για την υγεία	σελ.133
Γράφημα 15. Βαθμολογία του EQ-5D-5L-Index	σελ.134
Γράφημα 16. Βαθμολογία του θερμομέτρου EQ-5D-5L	σελ.134

Κατάλογος Πινάκων

Πίνακας 1. Οι Τομείς και τα Τμήματα του ΓΝΑ ΚΑΤ	σελ.61
Πίνακας 2. Τα τμήματα του Τ.Ε.Π ΓΝΑ ΚΑΤ	Σελ.63
Πίνακας 3. Περιγραφή των ερωτήσεων του 1ου ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών	σελ.77
Πίνακας 4. Το Υποκριτήριο 6.1 του ΚΠΑ	σελ.78
Πίνακας 5. Αθροιστικές κλίμακες του 1ου ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών	σελ.79
Πίνακας 6. Σύντομη περιγραφή ερωτήσεων του 2ου ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών	σελ.82
Πίνακας 7. Αθροιστικός Πίνακας 2ου ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών	σελ.83
Πίνακας 8. Χαρακτηριστικά των ασθενών	σελ.90

Πίνακας 9. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο ΤΕΠ	σελ.93
Πίνακας 10. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική φροντίδα στο ΤΕΠ	σελ.94
Πίνακας 11. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την νοσηλευτική φροντίδα στο ΤΕΠ	σελ.94
Πίνακας 12. Οι εντυπώσεις των ασθενών αναφορικά με το ΤΕΠ	σελ.95
Πίνακας 13. Βαθμολογίες ικανοποίησης	σελ.96
Πίνακας 14. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία λειτουργίας	σελ.97
Πίνακας 15. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία λειτουργίας	σελ.98
Πίνακας 16. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ιατρονοσηλευτικής φροντίδας	σελ.98
Πίνακας 17. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ιατρονοσηλευτικής φροντίδας	σελ.99
Πίνακας 18. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία υποδομών	σελ.100
Πίνακας 19. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία υποδομών	σελ.101
Πίνακας 20. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών	σελ.102
Πίνακας 21. Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών	σελ.103
Πίνακας 22. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την άφιξη στο ΤΕΠ	σελ.108
Πίνακας 23. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο ΤΕΠ	σελ.108
Πίνακας 24. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τον χρόνο και τον χώρο στο ΤΕΠ	σελ.109
Πίνακας 25. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο ΤΕΠ	σελ.110
Πίνακας 26. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις στο ΤΕΠ	σελ.111
Πίνακας 27. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ	σελ.112
Πίνακας 28. Βαθμολογίες ικανοποίησης	σελ.119

Πίνακας 29. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία πρόσβασης/υποδοχής	σελ.120
Πίνακας 30. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία πρόσβασης/υποδοχής	σελ.121
Πίνακας 31. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία χώρων/υποδομών	σελ.122
Πίνακας 32. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία χώρων/υποδομών	σελ.123
Πίνακας 33. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ιατρικής φροντίδας	σελ.124
Πίνακας 34. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ιατρικής φροντίδας	σελ.125
Πίνακας 35. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία εργαστηριακών εξετάσεων	σελ.126
Πίνακας 36. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γενικής ικανοποίησης	σελ.128
Πίνακας 37. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γενικής ικανοποίησης	σελ.129
Πίνακας 38. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με το ερωτηματολόγιο για την υγεία	σελ.131
Πίνακας 39. Συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και βαθμολογίας του EQ-5D-5L-Index και του θερμομέτρου EQ-5D-5L	σελ.132
Πίνακας 40. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον EQ-5D-5L-Index	σελ.135
Πίνακας 41. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-5L-Index	σελ.136
Πίνακας 42. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και του θερμομέτρου EQ-5D-5L	σελ.137
Πίνακας 43. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θερμομέτρο EQ-5D-5L	σελ.138

Περίληψη

Σκοπός: Ο τομέας της Υγείας, είναι από τους πιο σημαντικούς τομείς για την οικονομική ζωή και ευημερία μιας χώρας. Εξαιτίας των περιορισμένων οικονομικών πόρων καθίσταται περισσότερο από ποτέ επιτακτική ανάγκη βελτίωσης της αποδοτικότητας του συστήματος υγείας. Η ποιότητα των υπηρεσιών υγείας είναι άρρηκτα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση του ασθενή, κάτι το οποίο αποτελεί κριτήριο αξιολόγησης της. Μια νοσοκομειακή μονάδα επομένως, εκτός από την αντιμετώπιση της ασθένειας οφείλει να επιδιώκει και την βελτίωση της ποιότητας ζωής της υγείας των ασθενών. Σκοπός της παρούσας μελέτης είναι η δημιουργία ενός εργαλείου μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ.

Μεθοδολογία: Στην παρούσα έρευνα συμμετείχαν συνολικά 618 ασθενείς. Για την συλλογή των δεδομένων χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια. Δυο ερωτηματολόγια μέτρησης ικανοποίησης ασθενών και για το σκέλος της έρευνας που αφορά την ΣΥΠΖ, χρησιμοποιήθηκε η ελληνική έκδοση του ερωτηματολογίου EQ-5D-5L. Η συλλογή των δεδομένων του πρώτου ερωτηματολογίου διήρκησε δυο μήνες (Δεκέμβριος 2017-Ιανουάριος 2018), όπου διανεμήθηκαν 400 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα 318 (50,8% γυναίκες και το 49,2% άντρες) και για την συλλογή των δεδομένων του δεύτερου ερωτηματολογίου, το οποίο συνοδευόταν από το ερωτηματολόγιο της ΣΥΠΖ, διήρκησε επίσης 2 μήνες (Ιούνιος-Ιούλιος 2018), διανεμήθηκαν 400 ερωτηματολόγια από τα οποία απαντήθηκαν τα 310 (51% γυναίκες και το 49% άντρες). Η επεξεργασία των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0.

Αποτελέσματα: Η πλειοψηφία των ασθενών που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ του ΓΝΑ ΚΑΤ, και στα δυο ερωτηματολόγια παρουσίασε υψηλά ποσοστά ικανοποίησης, το 89,7% στο πρώτο ερωτηματολόγιο και το 90,4% στο δεύτερο ερωτηματολόγιο, δήλωσαν ότι θα επέλεγαν ξανά το ίδιο νοσοκομείο. Τα υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης συγκέντρωσε η ιατρονοσηλευτική φροντίδα (μέση τιμή ιατρονοσηλευτικής ικανοποίησης 78,1 και 76,9 αντίστοιχα). Η μέση βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης του ΤΕΠ του νοσοκομείου ήταν 7,5/10. Η μέση

βαθμολογία του EQ-5D-5L-Index ήταν 0,47 και του θερμομέτρου 65,1. Μεταξύ ικανοποίησης και βαθμολογίας του EQ-5D-5L-Index και του θερμομέτρου EQ-5D-5L, η μοναδική στατιστικά σημαντική σχέση που βρέθηκε αφορούσε τις εργαστηριακές εξετάσεις και την ΣΥΠΖ. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση της ικανοποίησης από τις εργαστηριακές εξετάσεις σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.

Συμπέρασμα: Η ικανοποίηση του ασθενή από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιείται ως ένα επιπλέον κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Όπως προέκυψε και από την παρούσα μελέτη, η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι ένα σπουδαίο ζήτημα που απασχολεί τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας. Η ικανοποίηση διαφέρει από ασθενή σε ασθενή, αφού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Μέσω των ερωτηματολογίων εντοπίστηκαν προβλήματα και ελλείψεις που θα πρέπει να ληφθούν υπόψη από τη Διοίκηση του νοσοκομείου, ώστε να βελτιωθούν.

Λέξεις - Κλειδιά: *Αξιολόγηση, ικανοποίηση, ποιότητα, σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής*

Abstract

Purpose: Health care, is one of the most important sectors for a country's economy and prosperity. Because of limited financial resources, it has become more imperative than ever to improve the efficiency of the health system. The quality of health services is closely linked to patient satisfaction, which is an important evaluation criterion. Therefore a hospital, apart from the treatment of illness is also obliged to pursued the improvement of the quality of patients' lives and health. The purpose of this study is to create a tool to evaluate patients' satisfaction against the quality of the health services in the Emergency Ward at Attika General Hospital.

Methodology: In this investigation a total of 618 patients were involved. For the collection of data, three different questionnaires were used. Two questionnaires measuring patient satisfaction were used and for research concerning the HRQL, the English version of the questionnaire EQ-5D-5L were used. The data collection of the first questionnaire lasted two months (December 2017- January 2018), when 400 questionnaires were distributed of which 318 were completed (50.8% female and 49.2% men). The collection of data from the second questionnaire, which was accompanied by the questionnaire lasted 2 months (June-July 2018), of the 400 questionnaires handed out 310 were completed (51% female and 49% male). The processing of data was performed using the IBM SPSS 21.0.

Results: In both questionnaires the majority of patients who visited the hospital, showed high levels of satisfaction, 89.7% in the first questionnaire and 90.4% in the second questionnaire saying they would revisit the same hospital. The highest satisfaction rates were observed in the medical care (average 78.1 and 76.9 satisfaction from doctors and nurse). The average overall evaluation score regarding the hospital was 7.5/10. The average score of EQ-5D-5L-Index was 0.47 and 65.1 of the thermometer. Between satisfaction and rating of EQ-5D-5L-Index and EQ-5D-5L thermometer, the only statistically significant

relationship found concerned the lab tests and the HRQL. More specifically, the increase of satisfaction of laboratory tests corresponded to worse quality of life.

Conclusion: Patient satisfaction with health services is used as an additional criterion for assessing the quality of health care provided. As revealed by this study, the satisfaction of patients with the health services of the Emergency Ward is an important issue for both patients and health professionals. Satisfaction varies from patient to patient, since it is affected by many factors, such as the medical, nursing and administrative staff. Through the questionnaires identified problems and deficiencies were identified and need to be taken into account by hospital administration of the hospital, in order to improve.

Keywords: *Evaluation, satisfaction, quality, associated with health-related quality of life*

Συντομογραφίες & Ακρωνύμια

Ελληνικές Συντομογραφίες

ΓΕΣ	Γενικό Επιτελείο Στρατού
ΓΝΑ	Γενικό Νοσοκομείο Αττικής
ΔΟΠ	Διοίκηση Ολικής Ποιότητας
ΕΚΑ	Εθνικό Κέντρο Αποκατάστασης
ΕΚΑΒ	Εθνικό Κέντρο Άμεσης Βοήθειας
ΕΚΕΠΥ	Εθνικό Κέντρο Επιχειρήσεων Υγείας
ΕΣΥ	Εθνικό Σύστημα Υγείας
ΗΠΑ	Ηνωμένες Πολιτείες Αμερικής
ΚΑΤ	Κέντρο Αποκατάστασης Τραυματιών
ΚΕΚ	Κέντρο Επαγγελματικής Κατάρτισης
ΚΠΑ	Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης
ΜΥ	Μονάδες Υγείας
ΝΔ	Νομικό Διάταγμα
ΝΠΔΔ	Νομικό Πρόσωπο Δημοσίου Δικαίου
ΠΔ	Προεδρικό Διάταγμα
ΠΟΥ	Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας
ΠΖ	Ποιότητα Ζωής
ΠΦΥ	Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας
ΣΥ	Συστήματα Υγείας
ΣΥΠΖ	Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής
ΤΕΙ	Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία
ΤΕΠ	Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών
ΤΟΜΥ	Τοπικές Μονάδες Υγείας
ΥΠΕ	Υγειονομική Περιφέρεια
ΥΥ	Υπηρεσίες Υγείας
ΦΕΚ	Φύλλο Εφημερίδας Κυβερνήσεως

Ξενογλωσσες Συντομογραφίες

EFQM	European Foundation Quality Management
PDCA	Plan-do-check-ACT
HRQL	Health Related Quality of Life
ISO	International Organization for Standardization
QA	Quality Assurance
QC	Quality Control
WHO	World Health Organization

Εισαγωγή

Ο τομέας της υγείας σύμφωνα με το Ευρωπαϊκό Υγειονομικό Μοντέλο διέπεται από τρεις θεμελιώδεις άξονες την αποδοτικότητα, την ποιότητα και την ισότητα (Υφαντόπουλος, 2006). Σύμφωνα με τον Cochrane αποτελούν και τα βασικά συστήματα αξιολόγησης της υγείας, αποσκοπώντας στο όφελος και στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας (Τούντας και Οικονόμου, 2007). Η υγεία αποτελεί ένα αναπόσπαστο, υπέρτατο κοινωνικό αγαθό που κάθε κράτος οφείλει να διαφυλάξει. (WHO, 2015).

Η οικονομική κρίση που ταλανίζει σε μεγάλο βαθμό την χώρα μας τα τελευταία χρόνια, καθώς και η όξυνση των δημοσιονομικών προβλημάτων, έχουν αναδείξει το πρόβλημα της χρηματοδότησής στον τομέα της υγείας. Έτσι λοιπόν, κατά την περίοδο της κρίσης οι δανειστές προτείνουν μεταρρυθμίσεις και οι κυβερνήσεις τόσο των Ευρωπαϊκών Χωρών, όσο και η Ελλάδα καλούνται να τα εφαρμόσουν, στοχεύοντας την αποδοτικότερη λειτουργία του Συστήματος Υγείας. Τα ΣΥ παρουσιάζουν όμως σημαντικά προβλήματα και ειδικότερα το ΕΣΥ. Μερικά από τα προβλήματα με τα οποία έρχεται αντιμέτωπο και καλείται να τα αντιμετωπίσει είναι η αναποτελεσματικότητα των νοσοκομείων, η απουσία ενός συστήματος παραπομπής και αποτελεσματικού μηχανισμού που θα λειτουργεί ως μια “πύλη εισόδου” (Aletras et al., 2007), η έλλειψη ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, οι υψηλές ιδιωτικές δαπάνες (Liaropoulos et al., 2008), καθώς και η ανεπαρκής κάλυψη, η οποία οδηγεί στην δημιουργία ανισοτήτων στην πρόσβαση στις υπηρεσίες υγείας (Mossialos et al., 2005). Παρά τον κυκεώνα των προβλημάτων, το δημόσιο σύστημα υγείας παρείχε ελεύθερη πρόσβαση στην υγειονομική στα δημόσια νοσοκομεία (Lahana et al., 2011).

Επομένως, κοινός στόχος των νοσοκομειακών μονάδων αποτελεί η ορθολογική διαχείριση και κατανομή των διαθέσιμων πόρων, με τέτοιο τρόπο που να εξασφαλίζεται η παροχή ποιοτικών υπηρεσιών υγείας, η οποία οδηγεί στην αποτελεσματικότητα του συστήματος υγείας γενικότερα (Υφαντόπουλος, 2006). Με άλλα λόγια, καθίσταται επιτακτική ανάγκη η βελτίωση της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, ώστε να ελαχιστοποιηθεί το ιατρικό και νοσηλευτικό λάθος και να εξασφαλιστεί η ασφάλεια του ασθενή, έχοντας πάντα ως στόχο τον περιορισμό του κόστους και την αύξηση της αποδοτικότητας της εκάστοτε νοσοκομειακής μονάδας (Υφαντόπουλος, 2007).

Η έννοια της ποιότητας στην υγεία επιδέχεται πληθώρα εννοιολογικών προσδιορισμών, διότι οι ανάγκες και οι επιθυμίες των ανθρώπων αλλάζουν από εποχή σε εποχή. Ένας ορισμός που έχει διατυπωθεί και αποδειχτεί σε πληθώρα μελετών και ερευνών, τόσο στην Ελλάδα όσο και στο εξωτερικό, είναι η άρρηκτη σχέση της ποιότητας με την ικανοποίηση των ασθενών (Hricik, et al., 2001; Pascoe, 1983; Donabedian, 1980; Baumann et al., 2009). Η αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για τις παρεχόμενες νοσοκομειακές υπηρεσίες υγείας αποτελεί την προϋπόθεση και το σημαντικότερο εργαλείο βελτίωσης της λειτουργίας ολόκληρης της νοσοκομειακής μονάδας. Έτσι λοιπόν, η ικανοποίηση αποτελεί ένα από τα πιο σημαντικά κριτήρια αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης υγείας, διότι τα τελευταία χρόνια παρατηρείται αύξηση των απαιτήσεων των ασθενών, αφού η κοινωνία αλλάζει και τα προβλήματα αυξάνονται (Gnardellis & Niakas, 2005).

Τα τελευταία χρόνια υπάρχει έντονη συζήτηση, τόσο σε θεωρητικό όσο και σε ερευνητικό επίπεδο για την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας σε σχέση με την ποιότητα ζωής της σχετιζόμενης με την υγεία των ασθενών, ως συνάρτηση της υγείας. Η υγεία αποτελεί έναν από τους βασικότερους προσδιοριστικούς παράγοντες της ποιότητας ζωής (Υφαντόπουλος, 2007; Τούντας, 2003; Μούζας & Πάλλης, 2001). Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής, αλλά και οι πιθανοί δείκτες που χρησιμοποιούνται για την μέτρησή της αποτελούν αντικείμενο επιστημονικής διερεύνησης (Σαρρής και συν., 2008). Η υγεία αποτελεί το στοιχείο εκείνο για μια ευτυχισμένη ζωή και γι' αυτό θα πρέπει σε όλα τα νοσοκομεία να καθιερωθεί η αξιολόγηση της της ικανοποίησης και ποιότητας από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας (Nies & McEwen, 2011).

Ένα από τα σημαντικότερα τμήματα μιας νοσοκομειακής μονάδας που αξίζει να μελετηθεί και να αξιολογηθεί είναι το τμήμα των Επειγόντων Περιστατικών. Το ΤΕΠ αποτελεί το τμήμα στο οποίο ελέγχεται η αξιοπιστία και η ποιότητά του ΕΣΥ σε καθημερινή βάση (Αγγουριδάκης, 2010). Αποτελεί την «πύλη εισόδου», στην οποία ελέγχονται και εξαρτώνται όλες οι υπηρεσίες που θα δοθούν στους ασθενείς που επισκέπτονται την νοσοκομειακή μονάδα (Ασκητοπούλου, 2009). Η εμπειρία των ασθενών από την φροντίδα που θα τους παραχθεί στο ΤΕΠ επηρεάζει την συνολική εικόνα του νοσοκομείου. Γι' αυτό ο τρόπος οργάνωσης ενός ΤΕΠ πρέπει να είναι καταλληλά δομημένος, ώστε να παρέχει αποτελεσματική και ποιοτική φροντίδα στους ασθενείς του. Άρα, η αποτελεσματική

αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών είναι ζήτημα ύψιστης σημασίας για την αξιοπιστία κάθε συστήματος (Benjamin et al., 2004).

Η παρούσα μελέτη, λοιπόν, αξιολογεί την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ. Ο βασικότερος σκοπός της παρούσας ερευνάς είναι η δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου οργάνου μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών. Επιπλέον, το ερευνητικό ενδιαφέρον της εστιάζεται τόσο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όσο και στη Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής των ασθενών που επισκέπτονται καθημερινά το τμήμα της νοσοκομειακής αυτής μονάδας. Έτσι λοιπόν, γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και σχετίζονται με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν, καθώς και η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στην αξιολόγηση και το σχεδιασμό των παρεχομένων υπηρεσιών του νοσοκομείου. Επιπλέον, παρέχεται η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τη γνώμη τους, αποσκοπώντας στην ανεύρεση λύσεων των προβλημάτων και των ελλείψεων που θα προκύψουν από την αξιολόγησή του τμήματος. Τέλος, διερευνάτε εάν η εφαρμογή του ΚΠΑ στις νοσοκομειακές μονάδες υγείας αν θα μπορεί να οδηγήσει στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό να επισημανθούν οι διαστάσεις της φροντίδας που υπολείπονται και απαιτούν βελτίωση, ώστε να ληφθούν υπ' όψιν και να διορθωθούν κατά τον μελλοντικό προγραμματισμό της Διοίκησης του νοσοκομείου. Είναι η πρώτη φορά που εφαρμόζεται ένα τέτοιο εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο νοσοκομείο ΓΝΑ ΚΑΤ και αναμένονται τα αποτελέσματα με ανείπωτο ενδιαφέρον.

Η παρούσα εργασία αποτελείται από δυο μέρη. Τα πρώτα πέντε κεφάλαια αποτελούν το γενικό μέρος της εργασίας, το οποίο αποτελεί μια θεωρητική προσέγγιση των βασικών εννοιών. Στο πρώτο κεφάλαιο αναλύονται έννοιες όπως της Υγείας, του ΕΣΥ, η έννοια της αξιολόγησης στις υπηρεσίες υγείας, καθώς και οι δείκτες αξιολόγησής τους. Στο δεύτερο κεφάλαιο γίνεται προσπάθεια προσέγγισης της έννοιας της ποιότητας, των αρχών, των εργαλείων και των μοντέλων αξιολόγησης της ΔΟΠ, καθώς και της έννοιας της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Στο τρίτο παρατίθενται η έννοια της ικανοποίησης των ασθενών, οι παράγοντες που την επηρεάζουν, ο τρόπος μέτρησής της, καθώς και τα οφέλη που αποκομίζουν οι υπηρεσίες υγείας από την διαδικασία αυτή. Στο τέταρτο κεφάλαιο

παρουσιάζεται η έννοια της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής και πως μπορεί να μετρηθεί. Επιπλέον, στο πέμπτο κεφάλαιο παρατίθενται η ιστορία, ο ορισμός και η λειτουργία του του ΤΕΠ. Στη συνέχεια, ακολουθεί το ειδικό μέρος της εργασίας, το ερευνητικό, αποτελούμενο από το έκτο και το έβδομο κεφάλαιο, αποδεικνύοντας το σκοπό της παρούσας ερευνητικής προσπάθειας. Το έκτο κεφάλαιο περιλαμβάνει τις απαραίτητες πληροφορίες και το ιστορικό του νοσοκομείου, στο οποίο πραγματοποιήθηκε η παρούσα διπλωματική εργασία, στη συνέχεια αναλύεται διεξοδικά η μεθοδολογία, τα εργαλεία, τα οποία χρησιμοποιήθηκαν, αλλά και τη στατιστική επεξεργασία που διενεργήθηκε για να αντληθούν τα απαιτούμενα αποτελέσματα. Τέλος, ακολουθεί στο έβδομο κεφάλαιο και τελευταίο κεφάλαιο, η παρουσίαση των αποτελεσμάτων της ερευνάς και η ανάλυση τους. Η εργασία ολοκληρώνεται με την διεξαγωγή συμπερασμάτων, καθώς και την παράθεση των βιβλιογραφικών πηγών.

Γενικό Μέρος

Κεφάλαιο 1^ο: Βασικές Έννοιες - Η Έννοια της Αξιολόγησης

1.1 Ο ορισμός της Υγείας

Η Υγεία, αποτελεί ένα από τα βασικότερα κοινωνικά αγαθά, αποτελεί τον παράγοντα που μετράει την φυσική, ψυχολογική και πνευματική κατάσταση ενός οργανισμού (Τούντας, 2000; Υφαντόπουλος, 2006). Ως κοινωνικές αναπαραστάσεις τόσο η υγεία όσο και η ασθένεια διαφέρουν εξαιτίας της πολιτισμικής ποικιλομορφίας, της διαφορετικής μόρφωσης και της παιδείας, των διαφορετικών αντιλήψεων και των θρησκευτικών πεποιθήσεων όσον αφορά τη ζωή και το θάνατο, καθώς και τις αντιλήψεις για το σώμα του κάθε ανθρώπου, για τα όρια του, την εικόνα του, το φύλο του, πράγματα γενικά που παρατηρούνται σε κάθε κοινωνία (Αλετράς και συν.,2002). Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (1946) όρισε την υγεία ως *«η κατάσταση της πλήρους σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας και όχι μόνο η απουσία ασθένειας ή αναπηρίας»*. Η έννοια της υγείας επομένως στη σημερινή εποχή εκτός από κοινωνικό αγαθό αποτελεί και επιτακτική ανάγκη. Δικαίωμα στην υγεία έχουν και πρέπει να έχουν όλοι οι ζωντανοί οργανισμοί (Αλετράς και συν.,2002)

Η υγεία ως κοινωνικό αγαθό δεν υπόκειται σε κανόνες της ελεύθερης ανταγωνιστικής αγοράς. Οι ιδιαιτερότητες που παρουσιάζει το αγαθό της υγείας σήμερα εξ' αίτιας της οικονομικής κρίσης επιβάλλει την κρατική παρέμβαση για την επίτευξη της οικονομικής αποδοτικότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης (Αλετράς και συν.,2002, Malliarou et al,2011). Πρέπει να χρησιμοποιηθούν τρόποι ελέγχου της ποιότητας της υγείας για την ύπαρξη ενός σωστού και αποδοτικότερου συστήματος υγείας. Η παρέμβαση του κράτους στην υγεία αποτελεί το θεμέλιο λίθο της πολιτικής υγείας.

1.2 Το Εθνικό Σύστημα Υγείας

Το Ε.Σ.Υ διέπεται από τις αρχές του προτύπου Beveridge. Ο Άγγλος οικονομολόγος Beveridge το 1942 εκπόνησε μια μελέτη για το «Το Σύστημα Ασφάλισης και Συναφών Υπηρεσιών» στη Βρετανία. Κατά την διάρκεια της μελέτης αυτής διαμόρφωσε ένα σχέδιο για την δημιουργία ενός Εθνικού Συστήματος Υγείας της Βρετανίας το επονομαζόμενο

«National Health Service», το οποίο θεσμοθετήθηκε το 1946 (Υφαντόπουλος, 2006). Ακολουθώντας το παράδειγμα της Βρετανίας και άλλες ευρωπαϊκές χώρες, όπως η Ελλάδα, Σουηδία και η Ιταλία δημιούργησαν Εθνικά Συστήματα Υγείας. Στις χώρες αυτές τόσο η παραγωγή των υπηρεσιών υγείας όσο και η κατανομή των πόρων της γίνονται από το κράτος, το οποίο διέπεται από τις αρχές της κοινωνικής πρόνοιας. Το Ε.Σ.Υ χωρίζεται σε επίπεδα υγείας, όπου μέσω αυτού του διαχωρισμού η κεντρική διοίκηση προσαρμόζει την υγειονομική πολιτική στον εκάστοτε πληθυσμό αγροτικό, ημιαστικό και αστικό (Υφαντόπουλος, 2006). Τα επίπεδα υγείας είναι :

- **Η Πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** αποτελεί την παροχή υπηρεσιών υγείας προληπτικού, διαγνωστικού και θεραπευτικού χαρακτήρα για τις οποίες δεν απαιτείται διανυκτέρευση του ασθενούς στην νοσηλευτική μονάδα (Υφαντόπουλος, 1986). Οι φορείς που παρέχουν την πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας είναι τα Κέντρα Υγείας του Ε.Σ.Υ μαζί με τα περιφερειακά τους ιατρεία, τα εξωτερικά ιατρεία των νοσοκομείων, οι μονάδες πρωτοβάθμιας φροντίδας του Οργανισμού Κοινωνικής Ασφάλισης και των Οργανισμών Τοπικής αυτοδιοίκησης, καθώς και από άλλους φορείς που συνδέονται με τις υπηρεσίες του Ε.Σ.Υ, σε συνεργασία με το Υπουργείο Υγείας (ΦΕΚ Α 53 2004/0218, άρθρο 2). Έτσι λοιπόν, στην πρωτοβάθμια φροντίδα υγείας, το Σεπτέμβριο του 2017 έχουμε την δημιουργία των ΤΟΜΥ, στις οποίες κάθε πολίτης πρέπει να εγγράφεται στην τοπική του μονάδα, η οποία ουσιαστικά θα έχει τον ρόλο ενός ιατρού της γειτονιάς και θα αποτελεί τον λεγόμενο «οικογενειακό γιατρό». Ο οικογενειακός γιατρός αποτελεί το αρχικό σημείο επαφής του ασθενούς με το σύστημα υγείας, το οποίο εξετάζει και κατευθύνει τον ασθενή για το τι πρέπει να κάνει και αν χρειάζεται να απευθυνθεί σε κάποια άλλη εξειδικευμένη μονάδα υγείας (Λιαρόπουλος, 2007). Είναι διαθέσιμος όλες τις ώρες, ακόμα αν χρειαστεί να μεταβεί και στο σπίτι του ασθενούς, καλύπτει επομένως την περίθαλψη, την αποκατάσταση και την υποστήριξη του ασθενούς (Boerma, 2006).
- **Η Δευτεροβάθμια Φροντίδα Υγείας** περιλαμβάνει υπηρεσίες που απευθύνονται σε ασθενείς που χρειάζονται νοσηλεία σε νοσηλευτικές μονάδες. Παρέχεται από φορείς του δημόσιου, όπως τα δημόσια νοσοκομεία και κάποια ανεξάρτητα θεραπευτήρια επιχορηγούμενα από το κράτος καθώς και από ιδιωτικούς φορείς. Η

λειτουργική μονάδα της Δευτεροβάθμιας Φροντίδας Υγείας είναι το Νοσοκομείο (Σαρρής, 2001).

- **Η Τριτοβάθμια Φροντίδα Υγείας** αποτελεί τις ειδικές εγκαταστάσεις που είναι εξοπλισμένες με ένα εξειδικευμένο επιστημονικό προσωπικό και σύγχρονο εξοπλισμό για την αντιμετώπιση σύνθετων προβλημάτων υγείας των ασθενών (Χολέβας, 2002). Για την λειτουργία των μονάδων αυτών απαιτούνται πολύ υψηλές δαπάνες. Παρέχεται από τα Πανεπιστημιακά Νοσοκομεία και στα Περιφερειακά Γενικά Νοσοκομεία τα οποία (Λιαρόπουλος, 2007; Υφαντόπουλος, 2006).

Έτσι λοιπόν, το Ελληνικό Εθνικό Σύστημα Υγείας θεσμοθετήθηκε το 1983 και στόχευε στην γενικότερη μεταρρύθμιση του συστήματος υγείας. Σύμφωνα με το άρθρο 1 του νόμου 1397/83 «Το κράτος έχει την ευθύνη για την παροχή υγείας στο σύνολο των πολιτών και οι υπηρεσίες υγείας παρέχονται ισότιμα σε όλους τους πολίτες ανεξάρτητα από την κοινωνική και επαγγελματική τους κατάσταση» (ΦΕΚ 143/Α/07-10-1983). Οι βασικοί στόχοι του ήταν η ισότιμη παροχή, η χρηματοδότηση υπηρεσιών υγείας με πλήρη κάλυψη του πληθυσμού, η ανάπτυξη της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας, η αποκέντρωση του σχεδιασμού και η βελτίωση της οργάνωσης των υπηρεσιών υγείας (Υφαντόπουλος, 2006). Το Υπουργείο Υγείας είναι ο κύριος υπεύθυνος για την ανάπτυξη των πολιτικών της υγείας στην Ελλάδα. Στο Ε.Σ.Υ συνυπάρχουν τόσο η χρηματοδότηση από την γενική φορολογία (Beveridge type), που συναντάται κυρίως στην Μ. Βρετανία, Ιρλανδία, Σκανδιναβικές χώρες και τον Ευρωπαϊκό νότο, όσο και η χρηματοδότηση από την κοινωνική ασφάλιση (Bismarck type), που συναντάται στην υπόλοιπη Δυτική Κεντρική και Ανατολική Ευρώπη, σε αυτή την περίπτωση τα ταμεία κοινωνικής ασφάλισης «αγοράζουν» υπηρεσίες από δημόσιους και ιδιωτικούς πάροχους υπηρεσιών υγείας. Έτσι λοιπόν, το Ελληνικό Σύστημα Υγείας περιλαμβάνει ένα μεικτό σύστημα υγείας και χρηματοδότησης με συμμετοχή τόσο στον ιδιωτικό όσο και του δημόσιο τομέα (Υφαντόπουλος, 2006). Οι υπηρεσίες υγείας αποτελούν κοινωνικό δικαίωμα όλων των πολιτών.

1.3 Ο ορισμός της Αξιολόγησης των Υπηρεσιών Υγείας

Το Σύστημα Υγείας μιας χώρας αποτελεί έναν από τους βασικότερους και κινητήριους μοχλούς της ανάπτυξης του. Ο σχεδιασμός, η οργάνωση και η εξέλιξη του ΣΥ πρέπει να στηρίζεται στις αρχές του επιστημονικού και σύγχρονου management, στοχεύοντας πάντα στην υψηλότερη αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα. Η πολιτική της υγείας από την οποία διέπεται η κάθε χώρα περιλαμβάνει μέτρα και κανόνες ρύθμισης της παραγωγής, της διανομής και της κατανάλωσης των υπηρεσιών υγείας αποσκοπώντας στην διασφάλιση και βελτίωση του επιπέδου της υγείας του πληθυσμού της εκάστοτε χώρας.

Η έννοια της αξιολόγησης σε γενικά πλαίσια ορίζεται ως τη διαδικασία, κατά την οποία κρίνεται η αξία ενός προσώπου, ενός προϊόντος, μιας διαδικασίας ή ενός προγράμματος, βασιζόμενη σε συγκεκριμένα κριτήρια και στοχεύοντας στην εξαγωγή αποτελεσμάτων (Δημητρόπουλος, 1991; Κασσωτάκης, 2003). Οι Leger, Schieden και Walsworth Bell (1992) ορίσαν την αξιολόγηση ως μια αντικειμενική κριτική εκτίμηση του συνόλου ή μέρους των υπηρεσιών που ανταποκρίνεται στους αρχικούς σκοπούς της εκάστοτε επιχείρησης. Η έννοια της αξιολόγησης επομένως, αποτελεί έναν ευρύ όρο που αναφέρεται στη διαδικασία συλλογής πληροφοριών, επεξεργασίας αυτών των πληροφοριών οδηγώντας στη λήψη αποφάσεων (Howell & Nolet, 2000). Επίσης, με τον όρο αξιολόγηση περιγράφεται η απόδοση αξίας σε μια παρέμβαση έχοντας προβεί σε μια συστηματική συλλογή αξιόπιστων και έγκυρων πληροφοριών σχετικά με αυτήν, καθώς και διενέργεια συγκρίσεων με άλλες παρεμβάσεις (Δικαίος, και συν., 1999).

Έτσι λοιπόν, η αξιολόγηση μιας υπηρεσίας υγείας εστιάζει σε συγκεκριμένους στόχους και στην καταλληλότητα των μέσων και μεθόδων που χρησιμοποιούνται για την επίτευξή τους. Συμπεριλαμβάνεται σε ένα ευρύτερο πλαίσιο σχεδιασμού για τον καθορισμό της πολιτικής της υγείας, αποσκοπώντας στην βελτίωση της υγείας και την εξάλειψη των ανισοτήτων. Η αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας διακρίνεται σε ποιοτική όσον αφορά την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας από την εκάστοτε νοσοκομειακή μονάδα και στην οικονομική, που αφορά την αποδοτικότητα (Υφαντόπουλος, 2006). Επομένως, η αξιολόγηση υπηρεσιών υγείας προσφέρει την δυνατότητα συλλογής πληθώρας σημαντικών πληροφοριών, που επισημαίνουν τις ελλείψεις και τα προβλήματα με σκοπό την ανεύρεση τρόπων βελτίωσης.

Η ισότητα των ασθενών, αλλά και η ισότιμη πρόσβασή τους στα νοσοκομεία, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα, αποτελούν σήμερα τα βασικά κριτήρια-εργαλεία αξιολόγησης των υπηρεσιών υγείας (Κυριόπουλος, 2015). Η λειτουργία ενός αποδοτικού συστήματος υγείας αποτελεί την βάση πάνω στην οποία στηρίζεται η υγεία των ανθρώπων (Culyer, 2015). Η καλή υγεία αποτελεί με τη σειρά της, κεντρικό παράγοντα της ατομικής και κοινωνικής ευεξίας. Η ατομική και κοινωνική ευεξία επιτρέπει την επιπλέον ανάπτυξη των κοινωνιών και την περαιτέρω ανάπτυξη της ευεξίας. Φυσικά, η υγεία δεν είναι συνώνυμο της ευεξίας, αλλά αποτελεί αναγκαία συνθήκη για την ύπαρξη της (Culyer, 2015).

Σταθμό στην προάσπιση των αρχών της αποδοτικότητας, της κοινωνικής δικαιοσύνης και της ισότητας αποτέλεσε η συμβολή των τριών ιερών πατέρων των οικονομικών της υγείας του πανεπιστημίου του York, Williams, Culyer και Maynard (Υφαντόπουλος, 2006). Υποστήριξαν πως μια «μεγάλη ματιά» μας βοηθά να αξιολογήσουμε το αν οι στόχοι της αποδοτικότητας, της ποιότητας και της κοινωνικής δικαιοσύνης έχουν επιτευχθεί (Υφαντόπουλος, 2006). Η ισότητα μαζί με την αποδοτικότητα και την αποτελεσματικότητα αποτελεί βασική επιδίωξη των συστημάτων υγείας, ωστόσο είναι λίγες οι περιπτώσεις όπου η ισότητα και η αποδοτικότητα εμφανίζονται συγχρόνως (Υφαντόπουλος, 2006). Συχνά δημιουργείται ανταγωνισμός ανάμεσα στην ισότητα και την αποδοτικότητα με υπεροχή της μίας έννοιας (Υφαντόπουλος, 2006).

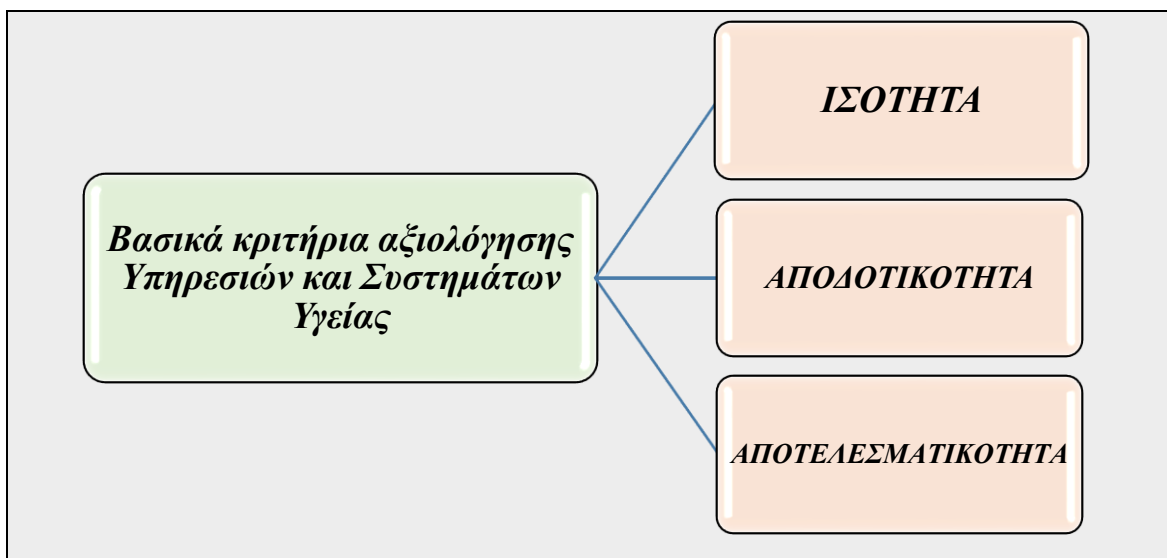
Με την αξιολόγηση προσφέρεται η δυνατότητα ανεύρεσης τυχόν ελλείψεων ή προβλημάτων, καθώς ανακαλύπτονται και τρόποι που βοηθούν στην ταχύτερη επίλυσή τους. Όλα αυτά όμως έχουν ένα και μοναδικό στόχο, το οποίο είναι το τελικό αποτέλεσμα, δηλαδή η βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς και η ορθολογική κατανομή των ανθρώπινων και οικονομικών πόρων. Οι μονάδες παροχής υπηρεσιών υγείας μπορούν να αξιολογηθούν σε τέσσερα επίπεδα, σύμφωνα με τον Donabedian:

- Η αξιολόγηση των εισροών, η οποία εξετάζει τους ανθρώπινους και υλικούς πόρους μιας υπηρεσίας υγείας
- Η αξιολόγηση της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών, η οποία αναφέρεται στην αξιολόγηση της οργάνωσης και της ποιότητας των παρεχόμενων υπηρεσιών

- Η αξιολόγηση των ενδιάμεσων εκροών, η οποία εκτιμά τη χρήση των υπηρεσιών υγείας και τον όγκο του άμεσα παραγόμενου προϊόντος
- Η αξιολόγηση των αποτελεσμάτων, η οποία αναφέρεται στις επιπτώσεις στην υγεία του ατόμου ή του πληθυσμού

Για να επιτευχθούν ωστόσο όλα τα παραπάνω, χρειάζεται να γίνει μια σωστή και ισορροπημένη επιλογή κατάλληλων μέτρων ή κριτηρίων απόδοσης. Τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης σήμερα αποτελούν η ισότητα, η αποτελεσματικότητα και η αποδοτικότητα (Τούντας και συν., 2007).

Σχήμα 1: Τα βασικά κριτήρια αξιολόγησης Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας



Πηγή : (Υφαντόπουλος,2006)

Για την πληρέστερη αξιολόγηση των υπηρεσιών υγείας πέρα από τα βασικά κριτήρια υπάρχουν και δευτερεύοντα, τα οποία είναι: η επάρκεια, η καταλληλότητα, η διαθεσιμότητα, η προσβασιμότητα, η αποδοχή, η δραστηριότητα, η συμμόρφωση, η συνέχεια, η λογοδοσία, η ανταποκρισιμότητα (Τούντας και συν., 2007).

1.3.1 Οι δείκτες για την αξιολόγηση των Υπηρεσιών Υγείας

Για τις υπηρεσίες υγείας που θέλουν να τεθούν σε αξιολόγηση, αλλά και με βάση το είδος της προσδοκώμενης αξιολόγησης που θέλουν, σε συνδυασμό με τις δυνατότητες τους για να πραγματοποιηθεί η διαδικασία της αξιολόγησης, επιλέγονται, μέσα από την πληθώρα δεικτών που χρησιμοποιούνται στο χώρο της υγείας, οι κατάλληλοι δείκτες. Οι δείκτες αποτελούν τους κινητήριους μοχλούς για την διενέργεια της αξιολόγησης, αποτελώντας τις μεταβλητές που βοηθούν στη μέτρηση των αλλαγών (Τούντας και συν., 2007).

Οι δείκτες πρέπει να διακατέχονται από τέσσερα στοιχεία: εγκυρότητα, αξιοπιστία, ευαισθησία και εξειδίκευση στοχεύοντας με σαφήνεια το προσδιορισμένο αποτέλεσμα, να παρέχουν το ίδιο αποτέλεσμα ανεξάρτητα από τους ερευνητές που τους χρησιμοποιούν, να είναι ευαίσθητοι στις αλλαγές των υπό μελέτη φαινομένων και καταστάσεων και να υπάρχει η δυνατότητα μέτρησης μίας αλλαγής της συγκεκριμένης κατάστασης που έχουμε οριοθετήσει για μελέτη. Οι δείκτες αξιολόγησης είναι ιδιαίτερα δύσκολο να ταξινομηθούν, αφού το εύρος των μετρήσεων που καλούνται να αξιολογήσουν είναι αρκετά μεγάλο (Τούντας και συν., 2007).

Η Π.Ο.Υ. έχει ταξινομήσει τους δείκτες σε 5 βασικές κατηγορίες:

- Δείκτες υγειονομικής πολιτικής
- Κοινωνικό-οικονομικοί δείκτες
- Δείκτες επιπέδου υγείας
- Δείκτες παροχής φροντίδων υγείας
- Δείκτες κάλυψης της πρωτοβάθμιας φροντίδας υγείας

Οι δείκτες αυτοί χρησιμοποιούνται κυρίως στην αξιολόγηση συστημάτων, σε μακρο-επίπεδο και λιγότερο σε μικρο-επίπεδο (Σούλης, 2007). Οι δείκτες, τους οποίους έχει στοχεύσει η κάθε υπηρεσία αντιπροσωπεύουν τους στόχους της και η διαδικασία της αξιολόγησης προσπαθεί να αποτιμήσει το βαθμό στον οποίο μπορούν να υλοποιηθούν. Το κύριο κομμάτι της διαδικασίας αυτής είναι η αποσαφήνιση των στόχων από τις οποίες διέπεται η εκάστοτε υπηρεσία. Για να αντληθούν τα προσδοκώμενα αποτελέσματα από μια ολοκληρωμένη αξιολόγηση, θα πρέπει οι στόχοι που έχουν τεθεί να πληρούν όλα τα επίπεδα

της φροντίδας υγείας (εισροές, διαδικασίες, εκροές και τελικά αποτελέσματα). Οι στόχοι των υπηρεσιών υγείας διακρίνονται σε:

- Μακροπρόθεσμους, οι οποίοι περιλαμβάνουν τη βελτίωση προσδόκιμου επιβίωσης και την ικανοποίηση ασθενών.
- Μεσοπρόθεσμους, που είναι ο συγκεκριμένος αριθμός χειρουργικών επεμβάσεων.
- Επιχειρησιακούς, οι οποίοι αποτελούν την εισαγωγή της νέας και εξειδικευμένης τεχνολογίας και την πρόσληψη συγκεκριμένου αριθμού προσωπικού (Τούντας και συν., 2007).

Κεφάλαιο 2^ο : Η έννοια της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας

2.1 Η έννοια της Ποιότητας

Η ποιότητα δεν αποτελεί μια καινούρια έννοια της σύγχρονης εποχής, διότι από τα αρχαία χρόνια συναντάται σε όλους τους τομείς της ανθρώπινης δράσης, έχοντας σημαντική αξία. Οι αρχαίοι Έλληνες, σύμφωνα με αρχαία κείμενα σπουδαίων Ελλήνων φιλοσόφων που μας έχουν διασωθεί, είχαν δημιουργήσει ένα οργανωμένο μηχανισμό ελέγχου ποιότητας των προϊόντων, εφαρμόζοντας αυστηρά πρότυπα με υψηλές προδιαγραφές και επιβάλλοντας παράλληλα σκληρές ποινές στους παραβάτες. Έτσι λοιπόν, η λέξη «*ποιότης*», έχει τις ρίζες της από την αρχαιότητα και σημαίνει το σύνολο των ιδιοτήτων που χαρακτηρίζουν ένα προϊόν ή μια υπηρεσία από τα ομοειδή τους.

Πολλοί είναι οι επιστήμονες που κατά καιρούς προσπάθησαν να αποδώσουν ορισμούς για την πολυσυζητημένη έννοια της ποιότητας. Δεν έχει αποδοθεί όμως κάποιος συγκεκριμένος ορισμός, διότι αποτελεί μια μεταβαλλόμενη έννοια, η οποία επαναπροσδιορίζεται ανάλογα με τις συνθήκες που επικρατούν στην αγορά και στην κοινωνία γενικότερα.

Στην σημερινή εποχή η ύπαρξη ενός σύγχρονου ανταγωνιστικού περιβάλλοντος, μέσα στο οποίο δραστηριοποιούνται οι επιχειρήσεις, παρουσιάζει πληθώρα αγαθών και υπηρεσιών, που ως στόχο τους έχουν την κάλυψη των αναγκών των καταναλωτών. Επομένως, η έννοια τα ποιότητας αναφέρεται σε εκείνο το στοιχείο που προσδίδει την διαφορετικότητα στο προϊόν ή στην υπηρεσία σε σύγκριση με τα άλλα προϊόντα ή υπηρεσίες. Η έννοια της ποιότητας λοιπόν, αποκτά διαφορετική ερμηνεία από τον αγοραστή/καταναλωτή του προϊόντος ή της υπηρεσίας υγείας, όσο και από τον παραγωγό/προμηθευτή τους (Δερβιτσιώτης, 1999).

Αρχικά, από την πλευρά του αγοραστή-καταναλωτή, η έννοια της ποιότητα καθορίζεται από την ικανοποίηση των απαιτήσεων του από το προϊόν ή μια υπηρεσία. Οι καταναλωτές εμφανίζονται ιδιαίτερα ευαισθητοποιημένοι σε θέματα ποιότητας και γι' αυτόν ακριβώς τον λόγο η πλειοψηφία των επιχειρήσεων οδηγήθηκαν στην υιοθέτηση των αρχών ποιότητας και στην ενσωμάτωσή τους στην επιχειρησιακή στρατηγική τους. Βασικός στόχος κάθε επιχείρησης είναι η απόκτηση ανταγωνιστικού πλεονεκτήματος λόγω των ποιοτικών προϊόντων και υπηρεσιών που παρέχει με σκοπό την προσέλκυση όσο το δυνατόν περισσότερων πελατών. Στην συνέχεια, όσον αφορά τον παραγωγό-προμηθευτή, η

ποιότητα προσδιορίζεται με βάση την ικανότητα συμμόρφωσης της παραγωγικής διαδικασίας με τις προδιαγραφές που έχουν οριστεί από την διοίκηση για το συγκεκριμένο προϊόν ή υπηρεσία. Οι προδιαγραφές αυτές θα πρέπει να προσελκύουν το ενδιαφέρον του αγοραστή-καταναλωτή και να προσπαθούν να καλύψουν όσες περισσότερες απαιτήσεις του μπορούν, ώστε να πετύχουν μια επιτυχής προώθηση του προϊόντος ή της υπηρεσίας στην αγορά (Σιγαλας, 1999).

Έτσι λοιπόν, η ποιότητα είναι μια έννοια, η οποία τις τελευταίες δεκαετίες έχει απασχολήσει έντονα τους ερευνητές και τους συγγράφεις, δίνοντάς της ορισμούς με βάση την σκοπιά από την οποία την έχουν εξετάσει. Αρχικά, σύμφωνα με τον Crosby (1979) η ποιότητα ορίζεται με βάση τον βαθμό ικανοποίησης του καταναλωτή από το παρεχόμενο προϊόν ή υπηρεσία. Η ποιότητα επομένως είναι η συμμόρφωση του προϊόντος ή της υπηρεσίας με σκοπό να πληρεί όλες τις απαραίτητες προδιαγραφές για να ικανοποιήσει τις απαιτήσεις του αγοραστή. Απαιτείται συνεχής αναπροσδιορισμός των προϊόντων ή υπηρεσιών, όπως αυτές θα διαμορφώνονται από τις ανάγκες των καταναλωτών με την πάροδο του χρόνου.

Τον ίδιο ορισμό απέδωσαν και οι Lafel και Blumental (1989) αναφέροντας πως η ποιότητα αποτελεί μια συλλογική προσπάθεια της εκάστοτε υπηρεσίας στοχεύοντας στην ικανοποίηση των προσδοκιών των πελατών της. Κατά τον Διεθνή Οργανισμό Τυποποίησης (ISO), ποιότητα ορίζεται το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, τα οποία της δίνουν τη δυνατότητα να ικανοποιεί που έχουν την ικανότητα να ικανοποιούν μια εκπεφρασμένη ή υπονοούμενη ανάγκη (Μπόχωρης, 2015).

Ο Juran το 1950 όρισε την ποιότητα ως την καταλληλότητα ενός προϊόντος ή αγαθού για χρήση. Με βάση τον ορισμό αυτό η ποιότητα εξαρτάται από το κατά πόσον ένα προϊόν ή μια υπηρεσία είναι κατάλληλη να εξυπηρετήσει τις ανάγκες του καταναλωτή (Juran, 1998). Σύμφωνα με τον Juran ο σχεδιασμός, ο έλεγχος και η βελτίωση της ποιότητας αποτελούν τις βασικές επιχειρηματικές λειτουργίες για την επίτευξη ποιοτικών υπηρεσιών.

Ο Feigenbaum (1991) αναφέρει πως η ποιότητα αποτελεί το σύνολο των χαρακτηριστικών του προϊόντος ή των υπηρεσιών, τα οποία περιλαμβάνουν το μάρκετινγκ, την τεχνολογία, την κατασκευή και τη συντήρηση του προϊόντος ή της υπηρεσίας, με σκοπό την δημιουργία ενός ελκυστικού προϊόντος ή υπηρεσίας. Ο ορισμός αυτός είναι λιγότερο ρεαλιστικός από τους προηγούμενους, αφού ο καταναλωτής δεν δύναται να αξιολογήσει όλες τις

παραμέτρους που απαιτούνται για την δημιουργία προϊόντος ή υπηρεσίας που θα πληρούν τις προσδοκίες του πελάτη.

Ο Taguchi (1986) όρισε την ποιότητα ως τις συνέπειες που έχει στην κοινωνία ένα προϊόν ή μια υπηρεσία μετά την προώθησή του, εκφράζοντας μια τεχνοκρατική προσέγγιση της ποιότητας, βασισμένη στην φιλοσοφία των Ιαπώνων, σύμφωνα με την οποία για να προωθηθεί ένα προϊόν ή μια υπηρεσία θα πρέπει να είναι εξοπλισμένο/η πλήρως με όλες τις προδιάγραφες για την ικανοποίηση του πελάτη/καταναλωτή. Επομένως, όσο πιο ποιοτικό είναι ένα προϊόν, τόσο πιο πολύ ικανοποιημένος είναι ένας πελάτης.

Επιπλέον, ο Brook (1999) αναφέρει πως η ποιότητα περιλαμβάνει τον σχεδιασμό και την ποιότητα συμφωνίας ως προς τον σχεδιασμό, κάτι το οποίο αναφέρεται στο επίπεδο ικανοποίησης του καταναλωτή από το προϊόν ή την υπηρεσία που έλαβε. Οι Evans και Lindsay (2002) ορίσαν την ποιότητα ως τον βαθμό στον οποίο, τα προϊόντα ή οι υπηρεσίες ανταποκρίνονται ή και ξεπερνούν τις προσδοκίες των πελατών. Ο Al-Assaf (1996), αναφέρει πως η ποιότητα εξαρτάται από τις διαδικασίες και τις δράσεις μιας επιχείρησης που είναι σχεδιασμένες με τον κατάλληλο τρόπο ώστε να ανταποκρίνονται, συνεχώς στις ανάγκες και στις απαιτήσεις των εσωτερικών και των εξωτερικών πελατών. Ο Ovretveit (2004) ορίζει την ποιότητα ως την ικανοποίηση των πελατών με το χαμηλότερο κόστος.

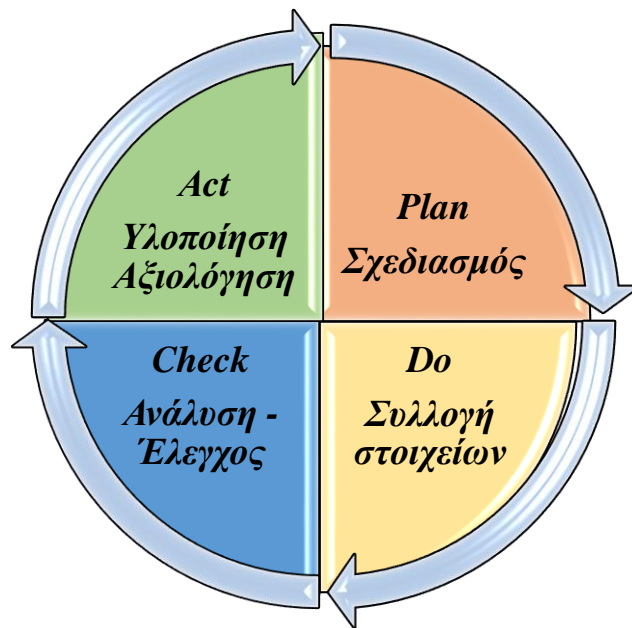
Ο Ishikawa το 1985, δημιούργησε το εργαλείο της ποιότητας Αιτίου-Αποτελέσματος. Αναφέρει πως η ποιότητα πρέπει να ελέγχεται σε κάθε διάστασή της, καθώς ποιότητα σημαίνει ποιότητα εργασίας, εξυπηρέτησης, πληροφόρησης επεξεργασίας, τμημάτων ανθρώπινου δυναμικού, συστήματος, εταιρείας, στόχων κλπ. Η ποιότητα αρχίζει και τελειώνει με την εκπαίδευση, για να φτάσουμε στην ποιότητα πρέπει να γνωρίζουμε τις ανάγκες των πελατών καθώς ευθύνη στην ποσότητα έχουν οι εργαζόμενοι και τα στελέχη του οργανισμού, οι προσπάθειες των οποίων πρέπει να εστιάζουν στον εντοπισμό και στην μείωση των αιτίων και όχι στα συμπτώματα, στοχεύοντας στην ύπαρξη ποιότητας για μακροπρόθεσμα κέρδη.

Τέλος, Ο Deming (1982), όρισε την ποιότητα ως της ικανοποίηση του πελάτη/καταναλωτή εκφραζόμενη μέσα από την σχέση: **Ικανοποίηση = Τωρινή Απόδοση – Αναμενόμενη Απόδοση**. Όταν η τωρινή απόδοση είναι μεγαλύτερη από την αναμενόμενη απόδοση τότε η ικανοποίηση των πελατών αυξάνεται. Ο βασικός και τελικός στόχος είναι η ικανοποίηση

των πελατών/καταναλωτών. Ο W. Edwards Deming ήταν ένας από τους βασικότερους αναλυτές της ποιότητας, γι' αυτό και χαρακτηριζόταν ως ο πατέρας-δημιουργός του βασικότερου μηχανισμού διαρκούς βελτίωσης της ποιότητας, ο οποίος αποτελεί έναν ατελείωτο κύκλο, γνωστός και ως «ο Κύκλος του Deming». Ο κύκλος αυτός αποτελείται από τον σχεδιασμό, την συλλογή στοιχείων, την ανάλυση-έλεγχο και την μελέτη των αποτελεσμάτων της ερευνάς (Σχήμα 1), αποσκοπώντας στην βελτίωση της επιχείρησης ώστε να γίνουν οι απαραίτητες ενέργειες και να προχωρήσει η επιχείρηση σε έναν καινούριο κύκλο.

Σχήμα 2: Ο κύκλος του Deming

Ο κύκλος του Deming



(Πηγή: Μπόχωρης, 2015)

2.2 Διοίκηση Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας (ΔΟΠ) αποτελεί ένα σύστημα διοίκησης, σύμφωνα με το οποίο επιδιώκεται η μεγιστοποίηση της αξίας του παρεχόμενου προϊόντος, όπως αυτή γίνεται αντιληπτή από τον πελάτη σε συνδυασμό με την πλήρη συμμετοχή όλων των εργαζομένων. Για πρώτη φορά παρατηρείται στην Ιαπωνία στο τέλος του 2^{ου} παγκόσμιου πολέμου από τους Αμερικάνους Joseph M. Juran και W. Edwards Deming και χρησιμοποιήθηκε ως μια μέθοδος διοίκησης σε αυτοκινητοβιομηχανίες και σε εργοστάσια ηλεκτρικών ειδών από τα μέσα της δεκαετίας του 1970 στις Η.Π.Α (American Society for Quality, 2010).

Ο Garvin (1988) περιγράφει την εξέλιξη της ποιότητας μέχρι σήμερα αναφέροντας χαρακτηριστικά την ύπαρξη τεσσάρων «Εποχών-Σταδίων Ποιότητας». Το πρώτο στάδιο είναι η εισαγωγή της επίσημης Επιθεώρησης (Inspection) στις βιομηχανικές διαδικασίες, ως απόρροια της μαζικής παραγωγής, που παρατηρήθηκε στις αρχές του 10^{ου} αιώνα. Το δεύτερο στάδιο αποτελεί ο Έλεγχος Ποιότητας (QC), χρονολογείται στις αρχές του εικοστού αιώνα με την ανάπτυξη όλων των απαραίτητων στατιστικών, εργαλείων και τεχνικών για την ποιότητα των προϊόντων ή των υπηρεσιών που παρέχονται από μια υπηρεσία. Το τρίτο στάδιο αποτελεί, η Διασφάλιση της Ποιότητας (QA), η οποία περιλαμβάνει τον Έλεγχο Ολικής Ποιότητας που εισήγαγε ο Feigenbaum. Κατά την περίοδο της Διασφάλισης της Ποιότητας, η οποία αποτελεί το σύνολο των προγραμματισμένων ή συστηματικών ενεργειών και διαδικασιών που είναι απαραίτητες για να εξασφαλίσουν ότι ένα προϊόν ή υπηρεσία θα πληροί ορισμένες προδιαγραφές. Τέλος, το τέταρτο στάδιο είναι η ΔΟΠ. Η ΔΟΠ είναι μια διαδικασία προγραμματισμού διοίκησης και επιχειρηματικών πρακτικών που αποσκοπεί στην αξιολόγηση των ανθρωπίνων και υλικών πόρων ενός οργανισμού, με τον πιο αποτελεσματικό τρόπο στοχεύοντας στην επίτευξη των στόχων του οργανισμού και στην εξασφάλιση της ποιότητας.

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, αποτελεί εξέλιξη του ολικού ελέγχου ποιότητας που εισήγαγε ο Feigenbaum το 1950. Ένας εναλλακτικός ορισμός ορίζει την ΔΟΠ ως τη φιλοσοφία και τις δραστηριότητες οι οποίες αποσκοπούν στη συνεχή ικανοποίηση των απαιτήσεων του πελάτη, με ελαχιστοποίηση του κόστους, ενεργοποιώντας το σύνολο του ανθρώπινου δυναμικού συμπεριλαμβανομένων των προμηθευτών και των πελατών (Ταγαράς, 2001;Πετρίδου, 2011).

Σύμφωνα με το πρότυπο ISO 8402, ως ΔΟΠ μπορεί να οριστεί ο τρόπος με τον οποίον μια διοίκηση ενός οργανισμού που έχει ως στόχο της την ποιότητα, βασίζεται στη συμμετοχή των μελών του και στοχεύει στην μακροπρόθεσμη επιτυχία μέσα από την ικανοποίηση του πελάτη και στην παροχή ωφελειών τόσο για τα μέλη του οργανισμού όσο και στην κοινωνία» (Δημητριάδης & Μιχιώτης, 2007).

Ο καθηγητής Klaus Zink όρισε την ΔΟΠ ως : *«μια διοικητική προσέγγιση ενός οργανισμού, με επίκεντρο την ποιότητα, στηριζόμενη στη συμμετοχή όλων των μελών της, με στόχο την μακροπρόθεσμη επιτυχία, μέσω της ικανοποίησης των πελατών και μέσω ωφελειών για όλα τα μέλη της»*. Επομένως, η ΔΟΠ είναι μια ολοκληρωμένη πρόταση διοίκησης και αξιολόγησης της διοικητικής δράσης, που συμπεριλαμβάνει το σύνολο των αρχών του μάνατζμεντ, έχει εφαρμοστεί τόσο στον ιδιωτικό όσο και στον δημόσιο τομέα, για την συνεχή βελτίωση των προϊόντων ή των υπηρεσιών αυξάνοντας την ανταγωνιστικότητα και στοχεύοντας στη συνεχή βελτίωση τους. Τα διεθνή βραβεία ποιότητας έχουν θεσπιστεί συμβάλλοντας με τον τρόπο αυτό στην αναγνώριση της αξίας των προσφερόμενων υπηρεσιών (EUPAN, 2008).

Η εξέλιξη και η επιτυχία ενός συστήματος ΔΟΠ εξαρτάται από μια σειρά παραγόντων όπως η αλληλεπίδραση με το περιβάλλον της επιχείρησης ή του οργανισμού, η συνεργασία και ο συντονισμός των διαφόρων υποσυστημάτων της επιχείρησης. Για την σωστή λειτουργία της ΔΟΠ απαιτείται η ύπαρξη και η ανάπτυξη συγκεκριμένων κατευθυντήριων αρχών (Ζαβλάνος, 2003).

2.2.1 Οι αρχές της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Η Διοίκηση Ολικής Ποιότητας διέπεται από αρχές, ώστε να αποτελέσει ένα χρήσιμο εργαλείο ποιότητας για την εκάστοτε επιχείρηση που το χρησιμοποιεί. Η πρώτη αρχή δίνει έμφαση στην ικανοποίηση του πελάτη, διότι η πρέπει η επιχείρηση αρχικά να έχει κατανοήσει πλήρως τις απαιτήσεις του πελάτη, ώστε στην συνέχεια να προβεί στην δημιουργία του κατάλληλου προϊόντος επομένως πρέπει να προβεί σε έρευνα αναγκών και επιθυμιών του πελάτη (Πετρίδου, 2011). Στην συνέχεια, πρέπει να υπάρχει διαρκής βελτίωση του συστήματος της ΔΟΠ, καθώς πρωταρχικός της στόχος η συνεχής βελτίωση

όλων των απαραίτητων διαδικασιών, λειτουργιών, ενεργειών, μεθόδων και πρακτικών που αφορούν την ικανοποίηση του πελάτη και όχι μόνο η εξασφάλιση και διατήρηση ενός συγκεκριμένου επιπέδου ποιότητας και συγκεκριμένων προδιαγραφών. Η τρίτη αρχή είναι η συμμετοχή όλων για την βελτίωση της ποιότητας. Όλοι οι εργαζόμενοι και οι φορείς που συμμετέχουν στον σχεδιασμό, την ανάπτυξη, την υλοποίηση αλλά και τη βελτίωση της ποιότητας ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας πρέπει να είναι σωστά εκπαιδευμένοι και υπάρχει επικοινωνία μεταξύ τους για την επίτευξη του καλύτερου αποτελέσματος. Απαιτείται αφοσίωση και δέσμευση του ανώτερου management στη σημασία της ποιότητας και της συνεχούς βελτίωσης, καθώς και διαρκής εκπαίδευση των εργαζομένων έτσι ώστε να δεχθούν την νέα φιλοσοφία της ποιότητα. Τέλος, απαραίτητη προϋπόθεσή και πιο σημαντική αποτελεί η μέτρηση και η εκτίμηση των πράξεων για την βελτίωση της υγείας, κάτι το οποίο επιτυγχάνεται μέσω της χρήσης στατιστικών μεθόδων και πρακτικών για την παρακολούθηση των αποτελεσμάτων, με τη χρήση αναπληροφόρησης καθώς και με τη χρήση ερωτηματολογίων ικανοποίησης. Επιπλέον, η ανάπτυξη μακροχρόνιων υγιών σχέσεων με τους προμηθευτές. Οι προμηθευτές επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό τη λειτουργία της επιχείρησης καθώς η ποιότητα των πρώτων υλών, ο χρόνος παράδοσης και η εξυπηρέτηση των πελατών, έχουν άμεση σχέση με τον σχεδιασμό του προϊόντος, τις μεθόδους παραγωγής, τη μείωση των ελαττωματικών προϊόντων και την ικανοποίηση του πελάτη (Πετρίδου, 2011).

2.2.2 Εργαλεία της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας

Η ΔΟΠ για την αποφυγή λαθών και ανάπτυξης προβλημάτων κατά την διάρκεια ελέγχου της ποιότητας χρησιμοποιεί συγκεκριμένα εργαλεία. Τα πιο διαδεδομένα εργαλεία, τα οποία έχουν χρησιμοποιηθεί κατά καιρούς είναι τα φύλλα ελέγχου, διαμορφωμένες φόρμες για την καταγραφή της συχνότητας εμφάνισης των χαρακτηριστικών ποιότητας ενός συγκεκριμένου προϊόντος ή υπηρεσίας, τα διάγραμμα διασποράς δημιουργούνται από δύο μεταβλητές και στοχεύουν στην ανεύρεση της σχέσης που υπάρχει μεταξύ των δύο αυτών μεταβλητών. Η σχέση που μπορεί να είναι θετική, απαγορευτική ακόμα και απροσδιόριστη, τα διαγράμματα Pareto, τα οποία περιλαμβάνουν μια απλή γραφική μέθοδος κατάταξης των αιτίων ανάπτυξης των προβλημάτων. Ένα επίσης, σημαντικό εργαλείο αποτελούν τα

διαγράμματα αιτίου-αποτελέσματος, τα οποία κατασκευάστηκαν από τον Κ. Ishikawa και συνδέουν ένα ορισμένο πρόβλημα ποιότητας με τις πιθανές αιτίες που το προξένησαν. Το ιστόγραμμα απεικονίζει γραφικά τη συχνότητα συγκεκριμένου μεγέθους με σκοπό την αναγνώριση της κατανομής και διασποράς των τιμών του μεγέθους αυτού. Το διάγραμμα σαφήνειας που ταξινομεί και δομεί τις ιδέες στοχεύοντας στη κατανόηση των πληροφοριών και του προβλήματος, ώστε να προβούν στην άμεση επίλυση του. Ο καταιγισμός ιδεών (brainstorming) μια δραστηριότητα που έχει στόχο τη προώθηση της ομαδικής συμμετοχής, που παρατηρεί τους συμμετέχοντες, αποσκοπώντας στην εύρεση πληθώρας ιδεών. Επιπλέον, η επώνυμη ομαδική τεχνική, όπου όλοι οι συμμετέχοντες βρίσκονται γύρω από ένα τραπέζι και λειτουργούν ανεξάρτητα ο ένας από τον άλλο, σκέφτεται και καταγράφει τις ιδέες του για την επίλυση ενός προβλήματος, έπειτα τα ανακοινώνει στα υπόλοιπα μέλη της ομάδας. Τέλος, υπάρχει το διάγραμμα συσχέτισης, όπου προσδιορίζονται οι σχέσεις διαφορετικών χαρακτηριστικών του προβλήματος, αποσκοπώντας στον ακριβή προσδιορισμό της προέλευσης του προβλήματος (Ταγαράς, 2001; Λογοθέτης, 1992)

2.2.3 Μοντέλα αξιολόγησης της εφαρμογής των αρχών της ΔΟΠ

Τα τελευταία χρόνια έχουν αναπτυχθεί μοντέλα με στόχο την αξιολόγησης της εφαρμογής των αρχών Διοίκησης Ολικής Ποιότητας σε διεθνές επίπεδο. Αρχικά, το Βραβείο Deming θεσπίστηκε το 1951 από την Ένωση Ιαπόνων Επιστημόνων και Μηχανικών (Japanese Union of Scientists and Engineers-JUSE), όπου κάθε χρόνο εκατοντάδες χιλιάδες επιχειρήσεις ανά τον κόσμο υποβάλλουν υποψηφιότητα. Το βραβείο απονέμεται σε επιχειρήσεις με μακροχρόνια και σταθερή πορεία διασφάλισης ποιότητας, με σκοπό την ύπαρξη τήρησης των αρχών μετά από την βράβευσή τους (Δημητριάδης & Μιχιώτης, 2007)

Το 1987 θεσπίστηκε το ετήσιο Εθνικό Βραβείο Ποιότητας Malcolm Balridge ως αποτέλεσμα μιας σειράς μελετών του Αμερικανικού Κέντρου Παραγωγικότητας και Ποιότητας (American Productivity and Quality Center), το οποίο σε έκθεση του επισήμανε ότι «ένα Εθνικό Βραβείο Ποιότητας παρόμοιο με το βραβείο Deming στην Ιαπωνία θα πρέπει να απονέμεται σε ετήσια βάση στις εταιρείες που ανταγωνίζονται με επιτυχία εκπληρώνουν τις απαιτήσεις του συγκεκριμένου βραβείου. Οι απαιτήσεις αυτές και η

αντίστοιχη διαδικασία εξέτασης θα πρέπει να είναι παρόμοια με το βραβείο Deming για να είναι αποτελεσματική».

Στις Βρυξέλλες το 1988 ιδρύθηκε ο Ευρωπαϊκός Οργανισμός για τη Διοίκηση Ποιότητας EFQM (European Foundation for Quality Management), αποτελεί έναν μη κερδοσκοπικό οργανισμό, έχοντας ως στόχο τη διάδοση των αρχών της Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, στις ευρωπαϊκές επιχειρήσεις και οργανισμούς, έτσι ώστε να συμβάλλει και να ενισχύσει την ανταγωνιστικότητα των ευρωπαϊκών επιχειρήσεων και οργανισμών (Τσιότρας, 2002). Ο EFQM έχει δημιουργήσει ένα μοντέλο αυτοαξιολόγησης, το Μοντέλο Επιχειρηματικής Αριστείας EFQM (EFQM Excellence Model), στο οποίο καθορίζονται εννέα κριτήρια με βάση τα οποία αξιολογούνται οι δραστηριότητες και οι διαδικασίες του οργανισμού. (Πετρίδου, 2011). Το μοντέλο αριστείας EFQM λειτουργεί ως Εργαλείο αυτοαξιολόγησης και τα συμπεράσματα του αξιοποιούνται για το στρατηγικό σχεδιασμό του εκάστοτε οργανισμού, ως συγκριτικής αξιολόγησης (benchmarking) με άλλους οργανισμούς, ως οδηγός για τον εντοπισμό περιοχών βελτίωσης, ως ένα κοινό επιχειρηματικό λεξιλόγιο, δηλαδή για μια κοινή γλώσσα διοίκησης. Οι θεμελιώδεις αρχές αριστείας από τις οποίες διέπτετε είναι (EURAN, 2013):

- ✓ Προσανατολισμός στα αποτελέσματα
- ✓ Ανάπτυξη συνεργασιών
- ✓ Ανάπτυξη συνεργασιών
- ✓ Ηγεσία και σταθερότητα ως προς τον σκοπό
- ✓ Διαχείριση μέσω διαδικασιών και δεδομένων
- ✓ Έμφαση στον Πολίτη/Πελάτη
- ✓ Συνεχής καινοτομία και βελτίωση
- ✓ Ανάπτυξη και συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού
- ✓ Ανάπτυξη και συμμετοχή του ανθρώπινου δυναμικού
- ✓ Ανάπτυξη συνεργασιών

2.3 Ο ορισμός της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Ο ορισμός της ποιότητας στον τομέα της υγείας αποτελεί ένα σύνθετο φαινόμενο σε σχέση με την έννοια που της έχει αποδοθεί στον χώρο της βιομηχανίας. Πληθώρα ορισμών και εννοιών έχουν διατυπωθεί για την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας μέσα από έρευνες που στόχευαν στην αξιολόγηση και την βελτίωση αυτής με διάφορα μέσα.

Αρχικά, ο Π.Ο.Υ. (1993) αναφέρει πως η παροχή υψηλής ποιότητας των υπηρεσιών υγείας περιλαμβάνει ένα υψηλό επίπεδο επαγγελματισμού, μέσω της σύγχρονης ιατρικής επιστήμης, την αποτελεσματικότητα στη χρήση των διαθέσιμων πόρων, τη μείωση των κινδύνων για τους ασθενείς, ικανοποίηση του ασθενή και το αποτέλεσμα της στο επίπεδο υγείας του ασθενή.

Στον χώρο της βιομηχανίας στόχος είναι η δημιουργία προϊόντων που θα ικανοποιούν πλήρως τις ανάγκες των καταναλωτών με σκοπό την πλήρη εξάλειψη των μειονεκτημάτων των προϊόντων κατά την διαδικασία, αλλά και κατά το αποτέλεσμα, κάτι το οποίο όμως δεν μπορεί να συμβεί στον τομέα της υγείας εξαιτίας της ποικιλομορφίας των ασθενών και των ασθενειών που παρουσιάζουν. Καθίσταται επομένως επιτακτική ανάγκη η εξασφάλιση και η εύρεση της κατάλληλης θεραπευτικής αγωγής, αποτελώντας ένα δύσκολο εγχείρημα γι' αυτό και απαιτεί την δέουσα προσοχή και μελέτη (Τούντας,2003)

Πολλοί επιστήμονες έχουν μελετήσει την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας. Ένας από τους σημαντικότερους επιστήμονες, που αποτελεί και τον θεμελιωτή του ορισμού της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας είναι ο Avedis Donabedian. Ο Avedis Donabedian (1980) όρισε την ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας ως την αύξηση της ικανοποίησης των ασθενών συμπεριλαμβανομένου τα κέρδη και τις ζημιές που υπάρχουν κατά την διαδικασία της περίθαλψης, επομένως, ο ασθενής αποτελεί την κινητήρια δύναμη της διαδικασίας και από αυτόν ξεκινάει και ολοκληρώνεται η διαδικασία.

Το Ινστιτούτο Ιατρικής των ΗΠΑ (IOM-1990) αναφέρει την ποιότητα ως « το βαθμό στον οποίο οι υπηρεσίες υγείας για το σύνολο των ατόμων αυξάνουν την πιθανότητα των επιθυμητών αποτελεσμάτων για την Υγεία και είναι σύμφωνη με τις ισχύουσες επαγγελματικές γνώσεις ». Ο ορισμός αυτός δεν περιλαμβάνει το κόστος για να επιτευχθεί η ποιότητα, κάτι το οποίο είναι αντίθετο με το αμερικανικό σύστημα υγείας, στο οποίο οι παρεχόμενες υπηρεσίες είναι σε άμεση συνάρτηση με το μέγεθος της ασφαλιστικής κάλυψης του

ασθενούς. Λαμβάνοντας υπόψη τα επιθυμητά αποτελέσματα για τον ασθενή παρουσιάζει μια συναισθηματική και τεχνοκρατική προσέγγιση όπως τα ιαπωνικά πρότυπα όπου τα επιθυμητά αποτελέσματα προκύπτουν μέσα από συνεχείς ελέγχους και διορθώσεις.

Ενώ ο Διεθνής Οργανισμός Τυποποίησης (ISO), ορίζει την ποιότητα ως εξής: «ποιότητα είναι το σύνολο των χαρακτηριστικών ενός προϊόντος ή μιας υπηρεσίας, τα οποία της δίνουν την δυνατότητα να ικανοποιεί τις δηλωθείσες ή προκύπτουσες ανάγκες από την χρήση τους» (Μπόχωρης, 2015).

Τέλος, η American Medical Association (2000) ορίζει την ποιότητα υγείας ως «*τη μορφή περίθαλψης η οποία συμβάλλει με συνέπεια στη βελτίωση ή και τη διατήρηση της ποιότητας ή και της διάρκειας της ζωής*», σύμφωνα με τον ορισμό αυτό η ιατρική φροντίδα στοχεύει στην πρόληψη των ασθενειών, την έγκαιρη παρέμβαση στην ενημέρωση των ασθενών, δίνοντας την απαραίτητη προσοχή στην επιστημονική βάση της ιατρικής και χρησιμοποιώντας αποτελεσματικά τους διαθέσιμους πόρους (Μπόχωρης, 2015).

Ο Nelson (1996) όρισε την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας ως το βαθμό όπου οι υπηρεσίες υγειονομικής περίθαλψης, λόγω της καλής επαγγελματικής τους κατάρτισης οδηγούν στην αύξηση του επιθυμητού αποτελέσματος.

Ο Thompson (1980) ορίζει την ποιότητα ως το μέγιστο επιδιωκόμενο αποτέλεσμα για κάθε ασθενή, που εστιάζει την ευαισθητοποίηση και την προσοχή των επαγγελματιών υγείας στις ανάγκες του, ενσωματώνοντας την αποτελεσματικότητα, αλλά και το κόστος των παρεχόμενων υπηρεσιών.

Η Palmer (1991), λαμβάνοντας υπόψη τόσο την άποψη του ιατρικού σώματος όσο και την οικονομική διάσταση της ποιότητας, διάσταση η οποία απασχολεί κάθε κοινωνία, δίνει τον εξής ορισμό «η ποιότητα της φροντίδας μετράτε με τη βελτίωση στο επίπεδο υγείας ενός δεδομένου πληθυσμού, λαμβανομένων υπόψη τόσο των περιορισμών στους διαθέσιμους πόρους και την τεχνολογία όσο και της επιβάρυνσης του πληθυσμού από τη νόσο.

Η Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization αναφέρει πως την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας αποτελείται η καταλληλότητα, η συνέχεια, η διαθεσιμότητα, η αποτελεσματικότητα, η δραστητικότητα, η αποδοτικότητα, η ασφάλεια, ο σεβασμός, η φροντίδα, και η επικαιρότητα (JCAHO, 2000).

Οι Taylor και Haussman (1988) υποστηρίζουν ότι η νοσηλευτική δυσκολεύτηκε μέχρι τη δεκαετία του 60 να προσεγγίσει το βαθύτερο νόημα της ποιότητας. Έτσι τη χαρακτήρισαν «ομιχλώδη όρο», επειδή δεν υπήρχε ένας ενιαίος και ολοκληρωμένος ορισμός. Η Lang (1976) όρισε την ποιότητα στη Νοσηλευτική ως μια διαδικασία επίτευξης του υψηλότερου βαθμού τελειότητας της παρεχόμενης φροντίδας. Η ιστορία της σκέψης ποιότητας έχει τις ρίζες της στη μεταπολεμική βιομηχανοποίηση και την άνοδο της μαζικής παραγωγής. Η έμφαση όσον αφορά την ποιότητα των προϊόντων αρχικά εστιάζονταν στην επιθεώρηση και τον έλεγχο

Με βάση τους παραπάνω ορισμούς αντιλαμβανόμαστε ότι η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας είναι συνυφασμένη με την ικανοποίηση των ασθενών, με την παροχή αποτελεσματικών υπηρεσιών, καθώς και με τα οφέλη και του κόστη που προκύπτουν από αυτές.

2.3.1 Η διαδικασία μέτρησης της Ποιότητας στις Υπηρεσίες Υγείας

Οι παράγοντες που μπορεί να επηρεάσουν τις υπηρεσίες υγείας ποικίλουν, αφού η ποιότητα δεν αφορά μόνο το ιατρικό έργο αλλά το σύνολο των υπηρεσιών και φροντίδων που παρέχονται στους χώρους υγείας. Ο Avedis Donabedian (1988) αναφέρει πως την ποιότητα την μετράμε σε τρεις τομείς, Δομή, Διαδικασία και Αποτέλεσμα, διότι από την εισαγωγή του ασθενή στη μονάδα υγείας, ο τρόπος νοσηλείας του, μέχρι και τη φροντίδα που θα χρειαστεί μετρά την έξοδό του από την μονάδα υγείας, απαιτείται η ύπαρξη δεικτών μέτρησης της ποιότητας, οι οποίοι θα μας οδηγούν ως πιλοτήρια όργανα για την ανεύρεση των προβλημάτων που θα προκύπτουν από τις διαδικασίες αυτές, αποσκοπώντας στην γρήγορη επίλυσή τους.

Ο πρώτος τομέας σύμφωνα με το υπόδειγμα αυτό είναι η Δομή, η οποία περιλαμβάνει τις υπηρεσίες, το ανθρώπινο δυναμικό της εκάστοτε μονάδας υγείας, τον εξοπλισμό, τις εγκαταστάσεις και την πρόσβαση σ' αυτήν στην υποδομή, που παρέχεται στον ασθενή και αναφέρεται στο χώρο, το περιβάλλον, τις συνθήκες και τις ανέσεις υπό τις οποίες προσφέρονται οι φροντίδες. Η δομή αποτελεί μια εύκολα αναγνωρίσιμη και μετρήσιμη διάσταση της ποιότητας, όχι όμως ασφαλής και επαρκές εργαλείο μέτρησης, διότι από μόνη της η επαρκής. Ο δεύτερος τομέας είναι η διαδικασία, που περιλαμβάνει την αντιμετώπιση του ασθενή από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό, τόσο σε επίπεδο συμπεριφοράς, όσο και σε επίπεδο αντιμετώπισης της ασθένειας ακολουθώντας μια συγκεκριμένη πορεία. Τέλος, ο τρίτος τομέας αποτελεί το τελικό αποτέλεσμα των συνολικών δράσεων και διαδικασιών.

Στον τομέα αυτόν, περιλαμβάνεται η ικανοποίηση του ασθενή και ο βαθμός, υπολογίζοντας παράλληλα την αξία του αποτελέσματος σε σχέση με τους πόρους που χρησιμοποιήθηκαν για τη επίτευξη του.

2.3.2 Τα οφέλη που απορρέουν από την Ποιότητα των Υπηρεσιών Υγείας

Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας έχει μεγάλη σημασία στην σημερινή εποχή, καθώς αποτελεί τη βασική προτεραιότητα όλων και γίνεται διαρκώς προσπάθειες βελτίωσης, παρουσιάζοντας υγειονομικά, οικονομικά και κοινωνικά οφέλη. Εκτός όμως από τον ασθενή οι υπηρεσίες αυτές αφορούν τους επαγγελματίες υγείας, που παρέχουν την υγειονομική φροντίδα (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς υπάλληλους νοσοκομειακών μονάδων κ.ά.), αυτούς δηλαδή που αναλαμβάνουν το κόστος των υπηρεσιών (κράτος, ασφαλιστικοί φορείς) και τέλος, την ίδια την κοινωνία συνολικά (Σιγαλας, 1999).

Αρχικά, τα υγειονομικά οφέλη που αφορούν τον ασθενή είναι η έγκαιρη διάγνωση του προβλήματος που οδηγεί στην αποτελεσματική αντιμετώπισή του χωρίς επιπλοκές, ενώ τα ψυχολογικά οφέλη που αποκομίζει ο ασθενής είναι τα συναισθήματα που αντλεί από το περιβάλλον της μονάδας που του παρέχει τις υπηρεσιών υγείας. Η επίδραση της καλής ψυχολογικής κατάστασης του ασθενή βοηθάει στην αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής του αγωγής που θα λάβει ανάλογα με το πρόβλημα υγείας που αντιμετωπίζει. Τέλος, η οικονομική επιβάρυνση του ασθενή μέρους ή όλων των εξόδων περίθαλψής του, θα ελαττωθούν εάν η διάγνωση γίνει έγκαιρα και το πρόβλημα υγείας του αντιμετωπιστεί με θετικά αποτελέσματα για την υγεία του (Μερκούρης, 1996).

Επίσης, τα οφέλη από την ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας όσον αφορά τους επαγγελματίες υγείας (γιατρούς, νοσηλευτές, διοικητικούς κ.ά.) αφορούν κυρίως την αποτελεσματικότητα της εργασίας τους, την ύπαρξη νομικής κατοχύρωσης και ασφάλειας για το έργο τους, την ικανοποίηση που αποκομίζουν από αυτό, το σεβασμό και στην εμπιστοσύνη που αντλούν από τους ασθενείς, να έχουν την κατάλληλη ψυχολογική διάθεση ώστε να αντιμετωπίσουν το πρόβλημα υγείας με όσο λιγότερα λάθη ώστε να είναι όσο το δυνατόν περισσότερο ποιοτικές οι υπηρεσίες που παρέχουν (Σιγαλας, 1999).

Για τις μονάδες υγείας, οι ποιοτικές υπηρεσίες έχουν οικονομικά οφέλη, αφού το λειτουργικό κόστος μειώνεται λόγω της έγκαιρης διάγνωσης και της αποτελεσματικής θεραπείας των ασθενών, η οποία οδηγεί στην εξοικονόμηση σημαντικών που θα μπορούσαν

να διατεθούν στην ερευνά, στην ενίσχυση του προσωπικού. Η μονάδα υγείας αποκτά αναγνώριση και φήμη (Αγγελόπουλος, 1994).

Επιπλέον, τα ασφαλιστικά ταμεία παρέχουν τη γρήγορη και αποτελεσματική αντιμετώπιση των υγειονομικών προβλημάτων των ασφαλισμένων τους ασθενών αυξάνοντας την ικανοποίησή τους από την ποιότητα των υπηρεσιών που τους παρήχθησαν και περιορίζοντας παράλληλα τις δαπάνες τους (Αγγελόπουλος, 1994).

Τέλος, τα οφέλη για το κράτος και την κοινωνία γενικότερα είναι πολύ σημαντικά καθώς μειώνονται οι δαπάνες της υγείας, ως αποτέλεσμα την οικονομική ελάφρυνση του κοινωνικού συνόλου, την αύξηση της αποτελεσματικότητας και αποδοτικότητας των μονάδων υγείας και μείωση του χρόνου αναμονής των ασθενών, αποφέροντας θετικές επιπτώσεις στην παραγωγικότητα. Επίσης, ενισχύει σε μεγάλο βαθμό την κοινωνική συνοχή και το αίσθημα ασφάλειας, αποκτώντας έτσι, η χωρά κύρος τόσο σε εθνικό όσο και σε διεθνές επίπεδο (Αγγελόπουλος, 1994).

Κεφάλαιο 3^ο : Η έννοια της Ικανοποίησης στις Υπηρεσίες Υγείας

3.1 Ο ορισμός της Ικανοποίησης του ασθενή

Η έννοια της ποιότητας όπως προαναφέρθηκε είναι άμεσα συνδεδεμένη με την ικανοποίηση των πολιτών, καθώς και τον τρόπο που την βιώνουν οι ίδιοι στη καθημερινή λειτουργία των υπηρεσιών. Στον τομέα της υγείας, ένα από τα βασικότερα συστατικά της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας αποτελεί η ικανοποίηση του ασθενή. Η ικανοποίηση συνδέεται άμεσα με την ποιότητα και συγκεκριμένα η ικανοποίηση είναι η γνώμη του ασθενή για την παρεχόμενη υγειονομική φροντίδα, περίθαλψη και ποιότητα. Με αυτόν τον τρόπο εκτιμάται η αντίληψή του ασθενή για τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας που χρησιμοποιεί (Μερκούρης, 1996).

Σε κάθε υπηρεσία που προσφέρεται από έναν οργανισμό υπάρχουν δυο βασικά χαρακτηριστικά τα οποία συνυπάρχουν μεταξύ τους και αυτά είναι η ικανοποίηση των απαιτήσεων και των συναισθημάτων που δημιουργούνται στους ασθενείς κατά την εξυπηρέτησή τους από την συγκεκριμένη μονάδα υγείας. Έτσι λοιπόν, ο χρήστης υπηρεσιών υγείας, εφαρμόζει έναν απλό υπολογισμό προσδιορίζοντας την ποιότητα. Το πως ο χρήστης αντιλαμβάνεται την ποιότητα εξαρτάται από το τι αναμένει. Αν έχει λιγότερα απ' ότι ανέμενε, τότε υπάρχει πρόβλημα, αρνητική εμπειρία. Αν έχει μόνο αυτά που ανέμενε, συνήθως παραμένει αδιάφορος, ούτε καλή ούτε κακή εμπειρία. Αν έχει περισσότερα από ότι ανέμενε, συνήθως είναι ικανοποιημένος και αποκομίζει θετική εμπειρία. Το ανταγωνιστικό πλεονέκτημα για κάθε οργανισμό προέρχεται από την ποιότητα του ανθρώπινου παράγοντα που διαθέτει και από την ποιότητα των προσφερόμενων υπηρεσιών που παρέχει. Οι στατιστικές αναφέρουν ότι ένας ευχαριστημένος χρήστης υπηρεσιών υγείας (πελάτης) επηρεάζει άλλους οκτώ, ενώ ο δυσαρεστημένος «μολύνει» άλλους δώδεκα και ο καθένας από τους δώδεκα άλλους πέντε. Άρα ο δυσαρεστημένος τελικά μεταφέρει το αρνητικό μήνυμα σε άλλους εβδομήντα δύο (Advanced Management Consultants, 2003 - a).

Πρώτος ο A. Donabedian (1966) αναφέρεται στην ικανοποίηση του ασθενή ως δείκτη αποτελέσματος των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας. Ο A. Donabedian ορίζει την

ικανοποίηση του ασθενούς ως τη γνώμη του ασθενούς για την ποιότητα της φροντίδας που του παρέχετε, αντιπροσωπεύοντας συγκεκριμένα στοιχεία της ποιότητας, που εμπρικλείουν τις προσδοκίες και τις απαιτήσεις του ασθενούς. Επομένως, αποτελεί την υποκειμενική αντίληψη του ασθενούς και πρέπει να λαμβάνεται υπόψιν από τους πάροχους υγείας.

Ο Pascoe (1983) υποστήριξε ότι η ικανοποίηση του ασθενή είναι η αντίδρασή του ασθενούς όσον αφορά την δομή, τις διαδικασίες και τα αποτελέσματα μιας παρεχόμενης υγειονομικής υπηρεσίας υγείας. Η αντίδραση για κάθε ασθενή είναι ξεχωριστή, μοναδική και εσωτερική, για να την αντιληφθούμε πρέπει να γίνει συστηματική παρακολούθηση των μεταβολών στην συμπεριφορά του ασθενούς (Μερκούρης, 1996).

Ο Guzman όρισε ως ικανοποίηση του ασθενή, το αποτέλεσμα της αλληλεπίδρασής του ασθενούς με τη παρεχόμενη φροντίδα υγείας της εκάστοτε επιχείρησης, από την οποία εξαρτάται η μελλοντική χρήση των υπηρεσιών υγείας και η συμμόρφωσή του με τη θεραπευτική αγωγή.

Σύμφωνα με τον Petersen (1988) η ικανοποίηση αποτελεί μια γενικότερη αντίληψη του ασθενούς η οποία αφορά τον τρόπο διεξαγωγής και παροχής της φροντίδας, χωρίς να λαμβάνεται υπόψιν τα αποτελέσματα και η καταλληλότητα της παρεχόμενης θεραπείας. Ο Bowers et. al. το 1994 αναφέρουν την ικανοποίηση ως τις προσδοκίες που έχουν οι ασθενείς, επισημαίνοντας πως η ικανοποίηση επηρεάζεται σε μεγάλο βαθμό από το αν οι προσδοκίες των ασθενών θα ικανοποιηθούν (Ντζούφρα και συν., 2015).

Τέλος, ο Smith (1992) διατύπωσε πως η ικανοποίηση αποτελεί έναν συνδυασμό αναγκών, προσδοκιών και εμπειρίας του ασθενή από τη φροντίδα υγείας που του παρέχεται. Την ίδια άποψη υποστήριξαν και ο Sitzia και Wood (1997) αναφέροντας πως η ικανοποίηση αντικατοπτρίζει την άποψη του ασθενή για την υπηρεσία που του προσφέρθηκε, η οποία όμως εξαρτάται και από προηγούμενες εμπειρίες που είχε το άτομο.

3.1.1 Παράγοντες που επηρεάζουν την Ικανοποίηση

Οι παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενή είναι οι προσδοκίες, τα κοινωνικοοικονομικοί παράγοντες και ο ψυχολογικός παράγοντας. Ένας ασθενής πριν εισέλθει στη νοσοκομειακή μονάδα και πριν δεχτεί οποιαδήποτε μορφή φροντίδας έχει κάποιες προσδοκίες για τον τρόπο, τις διαδικασίες και το αποτελέσματα τις ιατρονοσηλευτικής φροντίδας που θα του προσφερθεί. Οι προσδοκίες αυτές είναι υποκειμενικές για κάθε ασθενή και εξαρτώνται από την προσωπικότητα του, αλλά και από άλλες εμπειρίες που είχε ως ασθενής. Έτσι λοιπόν, η ικανοποίηση εκτιμάται ως τη διαφορά ανάμεσα στο προσδοκώμενο αποτέλεσμα που επιθυμεί ο ασθενής από τις υπηρεσίες υγείας και σε αυτό που λαμβάνει τελικά από αυτές (Ross et al., 1994)

Τους κοινωνικοοικονομικούς παράγοντες αποτελούν το φύλο, το μορφωτικό επίπεδο και η ηλικία. Ο Straser αναφέρει πως τα χαρακτηριστικά αυτά των ασθενών, ασκούν ιδιαίτερη επιρροή στην ικανοποίηση από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα, αναφέροντας πως υπάρχει συσχέτιση αναμεσά τους, δηλαδή των ασθενών και της επιλογής του νοσοκομείου που θα κάνουν.

Οι Fitzpatrick, Fox και Storms υποστηρίζουν ότι η ηλικία είναι ο παράγοντας που επηρεάζει την ικανοποίηση, αφού οι ηλικιωμένοι ασθενείς τείνουν να είναι περισσότερο ικανοποιημένοι από τους νεότερους. Σε αντίθεση όμως με αυτή την άποψη, άλλες έρευνες έχουν δείξει ότι η ηλικία έχει περιορισμένη επίδραση στην ικανοποίηση (Ραφτόπουλος, 2002).

Διχάζει ο παράγοντας φύλο, αφού κάποιες έρευνες έχουν αποδείξει την ανυπαρξία συσχέτισης μεταξύ φύλου και ικανοποίησης, άλλες υποστηρίζουν ότι υπάρχει θετική συσχέτιση και ότι οι άνδρες είναι συνολικά περισσότερο ικανοποιημένοι, ενώ το τρίτο αποτέλεσμα υποστηρίζει ότι οι γυναίκες είναι περισσότερο ικανοποιημένες.

Τέλος, οι Anderson και Zimmerman υποστηρίζουν πως ο παράγοντας εκπαίδευση, είναι η μοναδική μεταβλητή που επηρεάζει την ικανοποίηση των ασθενών, δεν έχει επιβεβαιωθεί όμως από άλλες μελέτες (Ραφτόπουλος, 2002).

Οι ψυχοκοινωνικοί παράγοντες, επιδρούν αλλοιώνοντας το αποτελέσματα της ικανοποίησης. Το μεγαλύτερο ποσοστό ασθενών τείνει να δηλώνει περισσότερο ικανοποιημένο από ότι νιώθει πραγματικά για τις υπηρεσίες που τους έχουν

προσφερθεί με σκοπό να έχει καλύτερη και γρηγορότερη αντιμετώπιση από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Άλλο ποσοστό αδιαφορεί για την συμπλήρωση ερωτηματολογίου, πιστεύοντας ότι δεν έχει κανένα αποτέλεσμα για την υγεία του γενικού πληθυσμού. Στην χώρα μας η διεξαγωγή τέτοιων ερευνών είναι σπάνια και συνήθως γίνονται μόνο από φοιτητές και όχι από τις ίδιες της νοσοκομειακές μονάδες όπως παρατηρείται σε άλλες στο εξωτερικό (Ley,1972)

Η κοινωνική θέση σύμφωνα με τον Hall και Dornan αποτελεί τον πιο σημαντικό παράγοντα, παρουσιάζοντας συσχέτιση με την ικανοποίηση, κάτι το οποίο αποδεικνύεται από έρευνες που το επιβεβαίωσαν, οι οποίες απέδειξαν ότι ο ευκατάστατος πληθυσμός λαμβάνει καλύτερη φροντίδα υγείας από ης υπηρεσίες υγείας σε σχέση με τους χαμηλόμισθους. Στην συνέχεια, οι έρευνες που έκαναν ο Khayat και ο Salter, ενίσχυσαν αυτή την άποψη (Ραφτόπουλος, 2002).

Επιπλέον, σημαντικοί παράγοντες που συμβάλουν στην ικανοποίηση του ασθενή είναι η οργάνωση και η λειτουργία της εκάστοτε μονάδας υγείας, όπως είναι η ευκολία πρόσβασης, ο χρόνος αναμονής, οι γραφειοκρατικές διαδικασίες, η διαδικασία για την διενέργεια εξετάσεων, η συμπεριφορά του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού, η διατροφή που παρέχετε σε ασθενείς που νοσηλεύονται στην μονάδα, η καθαριότητα του δωματίου, οι οδηγίες κατά την αναχώρηση, καθώς και ο τρόπος πληρωμής. Τέλος, ένας από τους βασικότερους παράγοντες είναι η σχέση που αναπτύσσει ο ασθενής με τον γιατρό, η εκπαίδευση και οι γνώσεις του ιατρού, ο τρόπος που χειρίζεται την νόσο και η ύπαρξη φιλικής ατμοσφαιρας, ώστε ο ασθενής να ηρεμήσει και να μπορέσει να διατηρεί την ηρεμία του, όποιο πρόβλημα και να αντιμετωπίζει. Η σχέση ιατρού και ασθενή καθορίζει σε μεγάλο βαθμό την ικανοποίηση του ασθενή σε σχέση με τους άλλους παράγοντες (Τσελεπή, 2000).

3.1.2 Μέθοδοι μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών

Οι Ware et al.το 1983 αναφέρουν πως για την μέτρηση της ικανοποίησης απαιτείται η διερεύνηση όλων των τομέων που εμπρικλείονται στο τομέα της υγείας και συνδέονται με την προσβασιμότητα, το ανθρώπινο δυναμικό, την αποτελεσματικότητα και τη διαθεσιμότητα των υπηρεσιών υγείας. Η ενημέρωση που παρέχεται στο χρήστη για το πρόβλημα της υγείας του, ο χρόνος αναμονής, η ποιότητα και η διαθεσιμότητα του κατάλληλου εξοπλισμού και τα υψηλά ποσοστά διαγνωστικής επιτυχίας αποτελούν

ορισμένες από τις παραμέτρους που αξιολογούνται για την αποτίμηση της ικανοποίησης του ασθενούς από τις υπηρεσίες υγείας (Τούντας και συν., 2003).

Μία από τις συνήθεις πρακτικές αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών είναι η χρήση ερωτηματολογίων. Τα συγκεκριμένα ερωτηματολόγια συμπληρώνονται είτε με τη διαδικασία των προσωπικών συνεντεύξεων, είτε τηλεφωνικά, είτε αποστέλλονται ηλεκτρονικά (Τούντας και συν., 2003). Όσον αφορά στον τρόπο συλλογής δεδομένων από τους ασθενείς σχετικά με το βαθμό ικανοποίησης τους από τις παρεχόμενες υπηρεσίες που δέχονται από την εκάστοτε μονάδα υγείας. Οι μέθοδοι που χρησιμοποιούνται είναι η ποιοτική και η ποσοτική μέθοδος. Στην ποιοτική μέθοδο, από ασθενείς ζητείται να σχολιάσουν τις υπηρεσίες που έχουν δεχθεί, αποσκοπώντας στην αποτύπωση της γνώμης του ασθενούς και στην αξιολόγησή της. Στην ποσοτική μέθοδο, σύμφωνα με την οποία μετράτε ποσοτικά η ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες με τη χρήση ερωτηματολογίων. Με αυτά απευθύνονται στους ασθενείς οι ίδιες ερωτήσεις με την ίδια σειρά και τις ίδιες λέξεις (Ware, et al. 1983, Τούντας και συν. 2003)

3.1.3 Τα οφέλη από τη μέτρηση Ικανοποίησης των ασθενών

Ο σκοπός της κάθε υγειονομικής μονάδας θα πρέπει να είναι η ικανοποίηση του ασθενούς, καθώς αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο για συλλεχθούν πληροφορίες και να αναδειχθούν τα προβλήματα που υπάρχουν στο σύστημα παροχής υγειονομικών υπηρεσιών, με απώτερο σκοπό την ίδια του τη βελτίωση σε όλους τους τομείς της δραστηριότητάς του. Παρατηρώντας τα αποτελέσματα ερευνών, οι ασθενείς που έχουν μεγάλο ποσοστό ικανοποίησης αναρρώνουν γρηγορότερα σε σχέση με τους δυσαρεστημένους. Επιπλέον, η διαδικασία της έρευνας για τη μέτρηση της ικανοποίησης έχει θετικά αποτελέσματα, αφού έχει αποδειχθεί ότι αυξάνει την ικανοποίηση των ασθενών και ενθαρρύνει την ενεργό συμμετοχή τους. Γίνεται φανερό λοιπόν πως ο παράγοντας ικανοποίηση έχει σημαντικά, θετικά οφέλη για τον ασθενή καθώς μπορεί να βελτιώσει το επίπεδο υγείας και ευζωίας του (Μερκούρης, 1996).

Πολλοί ερευνητές, όπως ο Α. Donabedian τονίζουν ότι η μέτρηση της ικανοποίησης των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την έρευνα, την οργάνωση και τον σχεδιασμό τους. Επίσης, παρατηρούνται, υγειονομικά οφέλη που προκύπτουν από την έγκαιρη διάγνωση, την μείωση του πόνου, την αποτροπή

επιπλοκών που παρατείνουν την νοσηλεία και εκτοξεύουν το κόστος. Ανατροφοδοτείται το σύστημα και βοηθά στον ανασχεδιασμό του, δίνοντας πληροφορίες στην Διοίκηση για προβληματικές περιοχές της φροντίδας υγείας, που μπορεί να τις αξιοποιήσει με διορθωτικές παρεμβάσεις, οι οποίες μπορούν και άμεσα να έχουν θετική επίδραση στην υγεία των ασθενών, αλλά και μακροπρόθεσμα να αυξήσουν την ικανοποίησή τους. Αποτελεί μία ευκαιρία εκτίμησης της αποδοτικότητας του προσωπικού και προάγει την υπευθυνότητα του εργαζόμενου και δίνει αφορμή στην Διοίκηση για επιβράβευση ή εξάλειψη-διόρθωση των αντικινήτρων. Διευρύνει τα κριτήρια αποδοτικότητας και κατευθύνει το προσωπικό των νοσοκομείων να σκέφτεται περισσότερο τους ασθενείς του. Ταυτόχρονα από τα στοιχεία ικανοποίησης των ασθενών προκύπτουν χρήσιμα δεδομένα για στάσεις και συμπεριφορές του προσωπικού, ώστε να αναληφθούν οι κατάλληλες διορθωτικές παρεμβάσεις. Τέλος μπορεί να δώσει συγκριτικό πλεονέκτημα στον Οργανισμό Παροχής Υπηρεσιών Υγείας, αφού ο συγκεκριμένος πλεονεκτεί έναντι των ανταγωνιστών του (Μερκούρης, 1996).

Είναι χαρακτηριστικό ότι στην διεθνή βιβλιογραφία, εμφανίζονται περισσότερες από χίλιες δημοσιεύσεις κάθε χρόνο σχετικά με την διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης των χρηστών από τις υπηρεσίες υγείας (Pini .et al., 2013). Στον Ελλαδικό χώρο παρόλο που υπάρχει αντίστοιχη βιβλιογραφία, ο αριθμός των μελετών είναι πολύ περιορισμένος. Ωστόσο κάποιες από αυτές τις μελέτες δίνουν σημαντικά ευρήματα σχετικά με την ικανοποίηση των ασθενών από τις παρεχόμενες υπηρεσίες και δίνουν το έναυσμα για περαιτέρω διερεύνηση (Τούντας και συν., 2003). Για να γίνει εφικτή η διερεύνηση του βαθμού ικανοποίησης του ασθενούς από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας, θα πρέπει πρώτα να γίνει γνωστό τι εννοεί ο ασθενής με τη λέξη ικανοποιημένος. Παρά την ευρεία αποδοχή του όρου υπάρχουν σημαντικές διαφορές στην ερμηνεία που δίνουν οι ασθενείς και οι πάροχοι των υπηρεσιών υγείας (Campbell et al., 2002). Γίνεται λοιπόν σαφές ότι οποιαδήποτε προσπάθεια αξιολόγησης της ποιότητας των υπηρεσιών υγείας, η οποία δεν συμπεριλαμβάνει τις απόψεις των ασθενών, δεν μπορεί να θεωρηθεί άρτια. Σύμφωνα με τους Merkouris et al, η συστηματική καταγραφή και διαχείριση των ερευνητικών αποτελεσμάτων για την ικανοποίηση αποτελεί νομική και ηθική υποχρέωση σε χώρες όπως οι ΗΠΑ και η Μεγάλη Βρετανία (Merkouris et al 2013).

Κεφάλαιο 4^ο: Η Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής

4.1 Η έννοια της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής

Η έννοια της ποιότητας ζωής απασχόλησε πολλούς Έλληνες φιλόσοφους, όπως τον Αριστοτέλη (384-322 π.Χ.), όπου στο έργο του “Ηθικά Νικομάχεια”, αναφέρει πως η ποιότητα ζωής (ευ ζην) και η ευημερία (ευ πράττειν) συνδέονται με τη λέξη “ευδαιμονία”, δηλαδή “το τέλειο αγαθό”, αποτελώντας τον τελικό στόχο των πράξεων των ανθρώπων. Ο στόχος αυτός όμως για κάθε άτομο έχει διαφορετική σημασία και μεταβάλλεται ανάλογα με τις συνθήκες διαβίωσης που επικρατούν την δεδομένη στιγμή (Κάκτος, 1993). Η έννοια της ποιότητας ζωής κάνει την επανεμφάνισή της στα τέλη του 2^{ου} παγκοσμίου πολέμου, ταυτιζόμενη με την αλλαγή του βιοτικού επιπέδου και την κατοχή αγαθών, πλούτου και εξουσίας, εξαιτίας της μεγάλης οικονομικής ανάπτυξης που παρατηρήθηκε την εποχή εκείνη. Με το πέρασμα του χρόνου η έννοια αυτή διευρύνθηκε και αξιολογήθηκε και σε άλλα επίπεδα όπως της εκπαίδευσης, της εργασίας και της υγείας του ατόμου. Επιπλέον, οι κοινωνικές και βιολογικές δραστηριότητες, η ψυχοκοινωνική κατάσταση και η ευεξία κάθε ατόμου αποτέλεσαν και αυτοί σημαντικούς παράγοντες (WHO, 2003; Young & Longman, 1983)

Η υγεία αποτελεί ένα πολυδιάστατο φαινόμενο, το οποίο περιλαμβάνει, εκτός από ιατρικές και κλινικές διαστάσεις, διάφορες άλλες πτυχές που συνδέονται με τη φυσική κατάσταση του ατόμου, τη ψυχολογική του διάσταση και την κοινωνική ένταξη καθώς και την συμμετοχή. Έτσι λοιπόν, δημιουργήθηκε η ανάγκη μέτρησης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, εννοιών που σχετίζονται με την υποκειμενική αντίληψη του ανθρώπου και υπερβαίνουν τη δυνατότητα των κλασικών σωματικών δεικτών να μετρούν με αντικειμενικότητα και ακρίβεια το επίπεδο υγείας ενός ατόμου (Γείτονα και συν., 2004; Yfantopoulos, 2001, 2013).

Ο Παγκόσμιος Οργανισμός Υγείας (ΠΟΥ) αποδίδει τον όρο της ποιότητα ζωής «στην υποκειμενική αντίληψη του κάθε ανθρώπου σε σχέση με την θέση του στη ζωή, μέσα στα πλαίσια των πολιτισμικών χαρακτηριστικών και του συστήματος αξιών της κοινωνίας στην οποία ζουν, σε συνάρτηση με τους προσωπικούς τους στόχους, τις προσδοκίες, τα πρότυπα και τις ανησυχίες τους» (WHO, 2003; Σαρρής και συν., 2001). Επομένως, η

ποιότητα ζωής χαρακτηρίζεται σε μεγάλο βαθμό από ευρύτητα και ασάφεια με πολλαπλές διαστάσεις και χαρακτηριστικά (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001α), που καθιστούν μάλλον αδύνατη την ακριβή ποσοτικοποίηση και μέτρησή της (Γείτονα και συν., 2004; Fayers, 2006; Δημητρόπουλος και συν., 2008).

Ο όρος σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής στην υγεία χρησιμοποιείται από όσους προσπαθούν να ενσωματώσουν στη θεραπευτική παρέμβαση τις εμπειρίες που έχουν οι ασθενείς, χρησιμοποιώντας τις υποκειμενικές εκτιμήσεις τους για την ποιότητα ζωής τους. Έτσι, στόχος των ιατρικών υπηρεσιών δεν είναι πια η θεραπεία της αρρώστιας, η ανακούφιση από το σύμπτωμα, αλλά η βελτίωση του συνόλου της υγείας, η προαγωγή της και η εξασφάλιση ικανοποιητικής για τον εξυπηρετούμενο ποιότητας ζωής (Schneider, 1975; Allardt, 1978)

Ο όρος « Σχετιζόμενη με τη Υγεία Ποιότητα Ζωής» (health - related quality of life, HRQL), δημιουργήθηκε στον τομέα της υγείας λόγω της εστίασης του ενδιαφέροντος στην αξιολόγηση εκείνων των περιοχών, που σχετίζονται περισσότερο με την θεραπεία ή την ασθένεια. Με τον ορό αυτό, η έννοια της ΠΖ αποκτά ένα πιο συγκεκριμένο νόημα που σχετίζεται αποκλειστικά και μόνο με την υγεία και ό, τι περιλαμβάνεται σε εκείνη (σωματική, κοινωνική, ψυχική και ατομική υγεία), (Σιγάλας, 1999).

Σύμφωνα με τον Erikson και Patrick (1993) η ΣΥΠΖ είναι το αγαθό εκείνο που συνδέεται με τη διάρκεια ζωής, περιλαμβάνοντας προσωπικές και κοινωνικές διαμορφώσεις, οι οποίες επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από τον εκάστοτε τραυματισμό ή ασθένεια. Στην σημερινή εποχή για να εκφράσουμε την κατάσταση αυτή χρησιμοποιούμε τους όρους υποκειμενική κατάσταση υγείας ΠΖ, ΣΥΠΖ και λειτουργικό επίπεδο. Ο πιο διαδεδομένος όρος στο χώρο της υγείας από όλες τις προαναφερθείσες έννοιες, είναι η ΣΥΠΖ (Costanza, 2008).

Ο ορισμός που έχει αποδοθεί για την ΣΥΠΖ την ορίζει ως την αξία η οποία αποδίδεται κατά τη διάρκεια της ζωής και προσδιορίζεται από τη λειτουργική κατάσταση, τις μειωμένες κοινωνικές ευκαιρίες και τις αντιλήψεις, οι οποίες επηρεάζονται σε μεγάλο βαθμό από οποιαδήποτε μορφή νόσου, θεραπείας, τραυματισμού ή ακόμη και από την πολιτική (Centers for Disease Control and Prevention, 2000). Επίσης, ένας άλλος ορισμός που έχει αποδοθεί για την ΣΥΠΖ την ορίζει ως μια γενική εκτίμηση της υποκειμενικής άποψης του κάθε ασθενούς, σχετικά με τη νόσο του, τον τρόπο με τον

οποίο βιώνει την ασθένειά του, αλλά και το πώς η ασθένεια επηρεάζει τη δραστηριότητά του, αλλά και στον κοινωνικό και ψυχολογικό τομέα (Centers for Disease Control and Prevention, 2000).

Στην σημερινή εποχή η υγεία σχετίζεται με την ποιότητα ζωής, κάτι το οποίο αποτελεί έναν από του βασικότερους δείκτες αξιολόγησης των θεραπευτικών αγωγών που χορηγούνται σε ασθενείς που πάσχουν από χρόνιες ασθένειες ή σε ασθένειες τελευταίου σταδίου, ή με ψυχικές διαταραχές (Υφαντόπουλος, 2006). Η σύνδεση της ποιότητας ζωής με τη υγεία ενός οργανισμού, δημιουργήθηκε από την ύπαρξη της ανάγκης για την μέτρηση της έκβασης των σύγχρονων θεραπευτικών παρεμβάσεων τόσο για την επιμήκυνση της ζωής των ασθενών όσο και στα ποιοτικά χαρακτηριστικά της ζωής τους τα οποία τροποποιήθηκαν εξαιτίας της ασθένειας ή της θεραπευτικής αγωγής που κλήθηκαν να πάρουν για να αντιμετωπίσουν την συγκεκριμένη ασθένεια (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001α). Η δημιουργία συστημάτων και εργαλείων μέτρησης της σωματικής, ψυχικής και κοινωνικής ευεξίας, των παραμέτρων δηλαδή της υγείας, σε σχέση με την ποιότητα ζωής, από πολλούς ερευνητές αναφέρεται ως σχετιζόμενη ποιότητα ζωής με την υγεία (Γείτονα και συν., 2004; Yfandoroylos, 2001).

Η μέτρηση και η αποτίμηση της ποιότητας ζωής με την υγεία προκαλεί πληθώρα οφελών, τα οποία αποτυπώνονται και καταγράφονται στη διεθνή βιβλιογραφία και αναφέρονται στην διερεύνηση της υποκειμενικής άποψης του ασθενούς και τον προσδιορισμό των αναγκών της υγείας του κάθε ασθενή. Αρχικά, η συμβολή της είναι καθοριστική στην λήψη των αποφάσεων για την επιλογή των κατάλληλων θεραπειών, αφού δίνει στους ασθενείς και στους επαγγελματίες υγείας όλες τις απαραίτητες πληροφορίες για την εξέλιξη και την πορεία της νόσου, καθώς και το αποτέλεσμα της θεραπευτικής αγωγής που του δόθηκε. Επιπλέον, δίνει την δυνατότητα ελέγχου του αποτελέσματος. Τέλος, συμβάλλει στο να συγκεντρωθούν και να καταγράφουν τα επιδημιολογικά και δημογραφικά δεδομένα, που σχετίζονται με το επίπεδο υγείας του πληθυσμού για να χρησιμοποιηθούν στο σχεδιασμό και προγραμματισμό σχεδίων δράσης για την υγεία και στην αποδοτική χρήση των πόρων (Γείτονα και συν., 2004).

4.2 Τα εργαλεία μέτρησής της Σχετιζόμενης με την Υγεία Ποιότητας Ζωής

Επειδή ο όρος της ποιότητας ζωής συμπεριλαμβάνει αλληλοεπιδρώμενες διαστάσεις, η μέτρησή της μπορεί να επιτευχθεί με διάφορους τρόπους, βασιζόμενη πάντα στους στόχους της έρευνας. Η επιλογή των κατάλληλων και των απαραίτητων οργάνων που απαιτούνται για την μέτρηση περιλαμβάνουν πολλαπλές ερωτήσεις για κάθε μια διάσταση της ποιότητας ζωής. Η επιτυχία και η χρησιμότητα των μέσων αυτών εξαρτάται από την προσεχτική διατύπωση των στόχων και την επιλογή των σωστότερων εργαλείων μέτρησης. Συνήθως χρησιμοποιείται ένας συνδυασμός εργαλείων για την εκτίμηση και των δύο διαστάσεων, της αντικειμενικής και της υποκειμενικής. Έτσι λοιπόν, κάθε όργανο μέτρησης απαιτείται να πληρεί ορισμένες βασικές προϋποθέσεις και συνθήκες, προκειμένου αφενός τα αποτελέσματα των μετρήσεων να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και αφετέρου να είναι δυνατή η ερμηνεία τους. Οι βασικές αυτές προϋποθέσεις συμπεριλαμβάνουν την εγκυρότητα, την αξιοπιστία, την ευαισθησία και τέλος την ειδικότητα ενός οργάνου μέτρησης (Υφαντόπουλος & Σαρρής, 2001)

Τα τελευταία χρόνια, για την μέτρηση της ΣΥΠΖ σχεδιάστηκαν και εφαρμόστηκαν, διάφορα εργαλεία μέτρησης σε διάφορες έρευνες ώστε να πραγματοποιηθεί η μέτρηση των διαφορετικών διαστάσεων της ΣΥΠΖ, που αφορούν στην ΠΖ (Κάβουρα και συν., 2003). Με τη βοήθεια των εργαλείων αυτών εξετάστηκε σφαιρικά η ΠΖ, αξιολογώντας τις διαφορετικές διαστάσεις και πλευρές του ατόμου, όπως είναι η ψυχολογική ευεξία, το φυσικό και οικογενειακό περιβάλλον, η ψυχαγωγία, η απασχόληση και η εκπαίδευση, η ποιότητα του χώρου στέγασης και η οικονομική κατάσταση. Τα συγκεκριμένα εργαλεία, χαρακτηρίζονται ως εξειδικευμένα εργαλεία, καθώς απευθύνονται αποκλειστικά και μόνο σε ασθενείς που υποφέρουν από κάποια νόσο και εξετάζουν την ΠΖ των ατόμων αυτών, συναρτήσει της υγείας και των πολλαπλών διαστάσεων και επιπτώσεων της νόσου ή ακόμη και της θεραπείας. Ο πιο διαδεδομένος τρόπος αξιολόγησης της ποιότητας ζωής πραγματοποιείται κυρίως με την χρήση ερωτηματολογίων (Υφαντόπουλος, 2017).

Τα ερωτηματολόγια που αφορούν στην αξιολόγηση της ΣΥΠΖ, διακρίνονται σε γενικά και ειδικά εργαλεία που συμπληρώνονται είτε από τον ερευνητή ή από τους ίδιους τους ασθενείς (Nakou, 2001, Granger et al., 2011).

Γενικά εργαλεία, είναι εκείνα, τα οποία βασίζονται σε γενικές ερωτήσεις και έχουν τη δυνατότητα να επιτρέψουν τη σύγκριση, μεταξύ υγείων ατόμων και ατόμων που πάσχουν από διαφορετικά νοσήματα. Επιπλέον, διαχωρίζονται σε κλίμακες αξιολόγησης και ερωτηματολόγια του γενικού επιπέδου υγείας. Τέτοια εργαλεία, είναι τα ερωτηματολόγια Nottingham Health Profile και EuroQol-5D, καθώς επίσης και οι κλίμακες αξιολόγησης για προσαρμοσμένα έτη ζωής και ευεξίας, όπως τα Quality Adjusted Life Years και Quality of Well Being Scale. Επιπλέον, τα ερωτηματολόγια και οι κλίμακες, αφορούν στις επιπτώσεις της νόσου στην ΠΖ και είναι το Functional Assessment of Chronic Illness Therapy και το Sickness Impact Profile (Fitzpatrick et al., 1992, Yfantopoulos & Sarris, 2001).

Ειδικά εργαλεία είναι εκείνα, τα οποία χρησιμοποιούνται για τις μετρήσεις κάποιου νοσήματος και περιλαμβάνουν ερωτήσεις, που αφορούν στην επίπτωση της νόσου και στην κατάσταση υγείας του ατόμου. Στα ειδικά εργαλεία, συμπεριλαμβάνονται τα ερωτηματολόγια μιας συγκεκριμένης ομάδας του πληθυσμού, όπως το Women's Health Questionnaire, το Child Health Questionnaire, που αφορούν άτομα από μια συγκεκριμένη ομάδα νοσημάτων, το Chronic Respiratory Disease Questionnaire, που αφορούν μια συγκεκριμένη νόσο, το the Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire, που αφορούν ένα γενικό σύμπτωμα, όπως είναι ο πόνος ή ένα ειδικό σύμπτωμα, όπως η κόπωση, που αφορά στη βαρύτητα μιας νόσου και τέλος την ψυχολογική διάσταση, όπου εστιάζει το Hospital Anxiety and Depression Scale (Fitzpatrick et al., 1992, Yfantopoulos & Sarris, 2001).

Υπάρχουν ποικίλα ερωτηματολόγια που αφορούν στη μέτρηση της ΠΖ, το σημαντικό όμως κριτήριο για την επιλογή του καταλληλότερου ερωτηματολογίου, για την κάθε περίπτωση, είναι ο στόχος της έρευνας και κάποιες βασικές συνθήκες και προϋποθέσεις απαιτείται να πληρεί, διότι τα αποτελέσματα των μετρήσεων, πρέπει να ανταποκρίνονται στην πραγματικότητα και να υπάρχει αποτελεσματικότητα στην ερμηνεία τους (Yfantopoulos & Sarris, 2001, Yfantopoulos, 2008).

Τα πιο διαδεδομένα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής είναι αρχικά ο δείκτης Λειτουργικότητας Karnofski που επικεντρώνεται στον προσδιορισμό της σωματικής λειτουργίας (Karnofsky & Burchenal, 1949), ο WHOQOL, αποτελεί ένα εργαλείο που μπορεί να εφαρμοσθεί σε διαφορετικούς πληθυσμούς και διαφορετικές καταστάσεις. Έχει εφαρμοστεί σε 29 τμήματα, που κατατάσσονται σε έξι πεδία ή ενότητες το βαθμό αυτονομία, την σωματική σφαίρα, τις κοινωνικές σχέσεις, την ψυχολογική σφαίρα, το περιβάλλον, την πνευματική σφαίρα, τη θρησκεία και τις προσωπικές πεποιθήσεις (The Whoqol Group, 1995, 1998). Ο δείκτης Katz των Δραστηριοτήτων της Καθημερινής Ζωής δημιουργήθηκε για να εκτιμήσει τη λειτουργική κατάσταση ηλικιωμένων σε ιδρύματα κλειστής περίθαλψης (Katz St, et al 1963), η επισκόπηση της Υγείας του Nottingham όπου δημιουργήθηκε για να μετρήσει τα αποτελέσματα ιατρικών θεραπευτικών πράξεων, με 38 ερωτήσεις (Hunt & McEwen, 1980). Άλλο ένα εργαλείο μέτρησης είναι η Επισκόπηση Υγείας SF-36, που περιλαμβάνει 36 ερωτήσεις σε οχτώ ενότητες (Ware, 1993), η Επισκόπηση Υγείας EQ-15D, που περιλαμβάνει 15 διαστάσεις της ποιότητας ζωής και η Επισκόπηση Υγείας EQ-5D-3L αποτελεί ένα από τα περισσότερο διαδεδομένα όργανα που χρησιμοποιούνται για τη μέτρηση της ποιότητας ζωής και αναφέρεται σε τρία επίπεδα που μετρούν ποιότητα ζωής (Yfantopoulos, 2001; Kontodimopoulos, 2008).

Τέλος, πρόσφατα δημιουργήθηκε ένα νέο εργαλείο ποιότητας ζωής το EQ-5D-5L, που αποτελεί εξέλιξη του EQ-5D, σε πέντε επίπεδα, ένα εργαλείο που χρησιμοποιείται και στην παρούσα μελέτη.

Είναι ευνόητο ότι η χρήση πολλαπλών μετρήσεων των διαστάσεων της ποιότητας ζωής συμβάλλει σημαντικά στη συγκεκριμενοποίηση, στο μέτρο του δυνατού, της αφηρημένης έννοιας της ποιότητας ζωής. Παραμένουν, όμως, πολλές αμφιβολίες γύρω από τις δυνατότητες των ποσοτικών μεθόδων εκτίμησης της ποιότητας ζωής να αξιολογήσουν τις προσωπικές προτιμήσεις και τις αλλαγές των προτεραιοτήτων. Πολλά από τα εργαλεία μέτρησης της ποιότητας ζωής σχεδιάστηκαν για κοινή χρήση, ενώ άλλα για να χρησιμεύσουν σε μία μόνο έρευνα. Καθένα από αυτά παρουσιάζει πλεονεκτήματα, μειονεκτήματα και περιορισμούς. Τα γενικά μειονεκτήματα αυτών των εργαλείων αφορούσαν όχι τόσο τη σύνθεση όσο τη χρήση τους όσο και την ασάφεια των στόχων που είχαν οι ερευνητές, την επιλογή ακατάλληλου για την περίπτωση εργαλείου αλλά και την παρερμηνεία των ευρημάτων (Thomas et al., 1994).

Κεφάλαιο 5^ο : Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών

5.1 Η Ιστορία του Τ.Ε.Π.

Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, έχοντας το όνομα «Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών και Ατυχημάτων», έκανε την εμφάνισή του για πρώτη φορά, το 1960 στη Βρετανία, όπου στην συνέχεια μετονομάστηκαν σε Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Λάμπρου, 2005). Κατά την δεκαετία του 1970 αναγνωρίστηκαν επίσημα οι δύο ειδικότητες για τον τομέα επείγουσας φροντίδας, οι οποίες ήταν η Επείγουσα Ιατρική και η Επείγουσα Νοσηλευτική. Η ειδική σύμβουλος του RCN Royal College of Nursing, Margaret Lee συγκρότησε ομάδα 60 νοσηλευτών με ειδικότητα την επείγουσα Νοσηλευτική. Έχοντας ως παράδειγμα το Ηνωμένο Βασίλειο λειτούργησε Σχολή Επείγουσας Ιατρικής που απέκτησε τους πρώτους 6 σπουδαστές της, το 1986 ενώ το 1993 αναγνωρίστηκε επίσημα η ειδικότητα της Επείγουσας Ιατρικής. Η Επείγουσα Νοσηλευτική παραμένει ακόμα μια νέα ειδικότητα με τον πρώτο σύνδεσμο νοσηλευτών, γνωστό ως «Σύνδεσμο Νοσηλευτών Επείγουσας Νοσηλευτικής». Το 1972 δημιουργήθηκε ο Αγγλικός Σύνδεσμος Νοσηλευτών Επείγουσας Νοσηλευτικής, ο οποίος λειτουργεί ως μέρος του Βασιλικού Συνδέσμου Νοσηλευτών του Ην. Βασιλείου. Σήμερα έχει ιδρυθεί και λειτουργεί με επιτυχία Σχολή Επείγουσας Νοσηλευτικής, όπου πρώτο ρόλο πλέον παίζουν οι νοσηλευτές. Αυτό είχε ως αποτέλεσμα το 1990 να δημιουργηθεί η πρώτη Σχολή Επείγουσας Ιατρικής και Ατυχημάτων που υπάρχει και λειτουργεί έως σήμερα (Λάμπρου, 2005).

Και άλλες χώρες στην συνέχεια δημιούργησαν τμήματα και σχολές επειγόντων περιστατικών, όπως η Αυστραλία το 1981 ίδρυσε το «Σύνδεσμο Επείγουσας Ιατρικής» και τρία χρόνια μετά είχε 73 ιατρούς, η Ν. Ζηλανδία το 1995 και ο Καναδάς. Το Ηνωμένο Βασίλειο και η Ν. Ζηλανδία αποτελούν δυο χώρες, στις οποίες λειτουργούν 79 πιστοποιημένα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών (Λάμπρου, 2005).

Στην Ελλάδα η Επείγουσα Ιατρική και η Επείγουσα Νοσηλευτική δεν είναι αναγνωρισμένες ειδικότητες. Τα Τ.Ε.Π στελεχώνονται από γενικούς νοσηλευτές και

από ιατρούς διαφόρων ειδικοτήτων όπως χειρουργούς, γενικούς, παθολόγους, αναισθησιολόγους κ.λ.π και σε κάποια ΤΕΠ, λειτουργούν με ενιαίο προσωπικό με τα Τμήματα Εξωτερικών Ιατρείων.

5.2 Ο Ορισμός του ΤΕΠ

Με βάση τον ορισμό που έχει αποδοθεί από την Ευρωπαϊκή Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, ως Τ.Ε.Π ορίζεται το τμήμα της νοσοκομειακής μονάδας που στοχεύει στην υποδομή, στην αναζωογόνηση, στη διάγνωση και στην αντιμετώπιση ασθενειών διαφορετικού τύπου, καλύπτοντας το πλήρες φάσμα των ασθενειών, των κακώσεων και των διαταραχών καθώς και τον τρόπο εξυπηρέτησής τους μέχρι την στιγμή του εξιτηρίου τους ή την παροχή επιπλέον φροντίδας από άλλον ιατρό (EuSEM,2007). Το ΤΕΠ καλείται να αντιμετωπίσει καθημερινά πληθώρα επειγόντων περιστατικών, τα οποία απαιτούν γρήγορη διάγνωση και αντιμετώπιση μέσα σε πολύ σύντομο χρονικό διάστημα ώστε ο ασθενής να αισθανθεί καλύτερα και να ξεπεράσει τον κίνδυνο (Ασκητοπούλου,2009)

Το ΤΕΠ αποτελεί έναν συνδετικό κρίκο αναμεσα στην προνοσοκομειακή και την ενδονοσοκομειακή παροχή φροντίδας στους ασθενείς, αλλά θα μπορούσα να πούμε ότι λειτουργεί και ως ένα «φίλτρο» για το νοσοκομείο προστατεύοντας το από άσκοπες εισαγωγές, οι οποίες θα επιβάρυναν την λειτουργία του νοσοκομείου (Μαλλιάρου και συν. 2009). Για την σωστή λειτουργία των τμημάτων αυτών απαιτείται ένα οργανωμένο σύστημά κινητοποίησης που θα δρα σε σύντομο χρονικό διάστημα από τον τόπο του ατυχήματος μέχρι τον κατάλληλο υγειονομικό σχηματισμό όπου θα οδηγείται ο ασθενής. (Benjamin et al., 2012) Το σύστημά αυτό σύμφωνα με την επείγουσα ιατρική αποτελεί μια αλυσίδα επιβίωσης. Στην Ελλάδα, το σύστημα αυτό υπολειτουργεί εξαιτίας της έλλειψης οργάνωσης του συστήματος, αλλά και του υλικοτεχνικού εξοπλισμού. Όμως παρατηρούνται προσπάθειες βελτίωσης για την αποτελεσματικότερη εξυπηρέτηση και αντιμετώπιση των επειγόντων περιστατικών τόσο στην χώρα μας όσο και στις άλλες ευρωπαϊκές χώρες αποτελεί ζήτημα μεγάλης σημασίας αξιοπιστίας για το εκάστοτε σύστημα υγείας που χρησιμοποιεί (Benjamin, et al, 2012).

Έτσι λοιπόν, το ΤΕΠ περιλαμβάνει την παροχή υψηλής φροντίδας σε συνδυασμό με την σωστή διάγνωση και θεραπευτική αγωγή, αποτελώντας έναν από του σημαντικούς δείκτες ποιότητας και αποτελεσματικότητας του νοσοκομείου, καθώς ασκεί επιρροή στον τρόπο λειτουργίας των άλλων τμημάτων του νοσοκομείου (Μπουντούρης, 2003). Η επείγουσα ιατρική πρέπει να παρέχεται μέσα σε ένα λειτουργικό και οργανωμένο περιβάλλον, με σύγχρονα ιατρικά μηχανήματα και στελεχωμένο με ένα εξειδικευμένο ιατρονοσηλευτικό προσωπικό. Κύρια και βασική αρμοδιότητά του αποτελεί ο διαχωρισμός των περιστατικών εκτατής ανάγκης για νοσηλεία, στα οποία επιλέγουν και την αρμόδια ειδικότητα και το τμήμα, από το οποίο θα τους παραχθεί η απαραίτητη φροντίδα (Ασκητοπούλου, 2007). Η συνεχής αυξανόμενη ανάγκη για νοσηλεία επειγόντων περιστατικών έχει προκαλέσει τον προβληματισμό των κυβερνήσεων όλων των ευρωπαϊκών χωρών και ειδικότερα στην Ελλάδα, καθώς απαιτείται από τα νοσοκομεία να μπορούν να αντιμετωπίσουν πληθώρα ασθενών και απρόβλεπτων καταστάσεων έκτακτης ανάγκης σε περιορισμένο χρόνο (Niska R. et al, 2007).

5.3 Η Λειτουργία του ΤΕΠ

Σύμφωνα με τον νόμο για την οργάνωση, τον τρόπο λειτουργίας και στελέχωσης των Τ.Ε.Π. (Ν. 3868/10 (ΦΕΚ 129 Α', Αριθμ. Απόφ. Υ4δ/Γ.Π.οικ. 22869 Αρ. Φύλλου 874 20 Μαρτίου 2012), κάθε νοσοκομειακή μονάδα υγείας της χώρας με δυναμικότητα πάνω από 300 κλίνες, αλλά και μεγαλύτερη δυναμικότητα κάθε περιφερειακής ενότητας των περιφερειών, θέτεται σε λειτουργία αυτοτελές ΤΕΠ με ειδική στελέχωση και εξοπλισμό, ώστε να μπορεί να αντιμετωπίσει αποτελεσματικά όλων των ειδών τα επείγοντα περιστατικά.

Έτσι λοιπόν, στο ΤΕΠ των νοσοκομειακών μονάδων του του ΕΣΥ, προΐσταται ιατρός με βαθμό Διευθυντή του κλάδου ιατρών ΕΣΥ, ειδικότητας χειρουργικής ή αναισθησιολογίας ή παθολογίας ή καρδιολογίας ή πνευμονολογίας με αποδεδειγμένη εμπειρία και γνώση στην επείγουσα ιατρική ή εξειδίκευση στη ΜΕΘ (Μονάδα εντατικής θεραπείας).

Το ΤΕΠ είναι εξοπλισμένο με ιατρικό προσωπικό που υπηρετεί σε θέσεις που συστήνονται για το τμήμα αυτό, καθώς και από προσωπικό που υπηρετεί σε άλλα τμήματα του νοσοκομείου. Ο αριθμός του νοσηλευτικού προσωπικού που

στελεχώνουν το ΤΕΠ καθορίζεται ανάλογα με τη δυναμικότητα του νοσοκομείου και το μέσο αριθμό των προσερχομένων ασθενών.

Ακολούθως, ορίζεται ότι ο προϊστάμενος του ΤΕΠ έχει την ευθύνη λειτουργίας του ΤΕΠ και ασκεί όλες τις αρμοδιότητες διοικητικές και επιστημονικές που απορρέουν από τη θέση του ως προϊστάμενος του τμήματος. Ο προϊστάμενος (Ιατρός) του ΤΕΠ όταν απουσιάζει ή κωλύεται, ορίζει ως αναπληρωτή του έναν ιατρό του ΤΕΠ Αναπληρωτή Διευθυντή ή εάν δεν υπάρχει, έναν επιμελητή Α'. Οι προϊστάμενοι των ΤΕΠ ενημερώνουν το συντονιστικό κέντρο του ΕΚΕΠΥ / ΕΚΑΒ για τον αριθμό των κενών νοσηλευτικών κλινών, τον αριθμό των κλινών ΜΕΘ και τον αριθμό των περιστατικών που υποδέχεται ώστε να εκτιμάται η δυνατότητα ή μη άμεσης αντιμετώπισης νέων περιστατικών. Κατά τη μεταφορά του περιστατικού το Συντονιστικό Κέντρο του ΕΚΑΒ ενημερώνει τον υπεύθυνο του ΤΕΠ του νοσοκομείου προς το οποίο κατευθύνεται το ασθενοφόρο και παρέχει τις σχετικές πληροφορίες ως προς το περιστατικό. Κάθε περιστατικό που διακομίζεται με το ΕΚΑΒ πρέπει να παραλαμβάνεται ενυπόγραφα από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον αναπληρωτή του ή τον υπεύθυνο εφημερίας.

Το τμήμα επειγόντων περιστατικών είναι δομημένο με τέτοιο τρόπο ώστε να αντιμετωπίζονται γρηγορά και με τον κατάλληλο τρόπο τα επείγοντα περιστατικά. Κάποια νοσοκομεία, όπως το νοσοκομείο ΓΝΑ ΚΑΤ, λειτουργεί 24ωρες το 24ωρο με κυλιόμενες δωρες βάρδιες του προσωπικού. Σύμφωνα με τα διεθνή πρότυπα στελέχωσης, ένα ΤΕΠ πρέπει απαραίτητα να διαθέτει δικό του μόνιμο προσωπικό. Το ιατρικό, νοσηλευτικό, διοικητικό και βοηθητικό υγειονομικό προσωπικό του ΤΕΠ κατανέμεται σε ωράρια εργασίας και καλύπτει ολόκληρο το 24ωρο. Επισημαίνουμε, ωστόσο, ότι στην Ελλάδα τα Τμήματα Επειγόντων Περιστατικών δεν ακολουθούν αυτό το διεθνή κανόνα Λειτουργίας, αλλά λειτουργούν με βάση το σύστημα εφημερίων των νοσοκομείων. Συνεπώς η κατανομή του προσωπικού στα ωράρια εργασίας θα καλύπτει το σύνολο των ωρών εφημερίας. Λόγω της μη προβλέψιμης φύσης της εργασίας στο ΤΕΠ, η επί 24ωρης βάσης (δηλαδή επί του ωραρίου της εφημερίας) παρουσία υγειονομικού προσωπικού (κατανεμημένη σε ωράρια εργασίας) στο Τμήμα αυτό είναι ζωτικής σημασίας για την αποτελεσματική παροχή φροντίδας σε ασθενείς που αντιμετωπίζουν απειλητικές καταστάσεις για τη ζωή ή για την πρόκληση μόνιμης αναπηρίας (Λάμπρου, 2005).

Με την άφιξη του ο ασθενής στο νοσοκομείο παραλαμβάνεται από τον γιατρό και νοσηλεύτρια που είναι υπεύθυνη για τον τομέα της διαλογή, που αποτελεί και το πρωταρχικό στάδιο όλων των ασθενών. Εκεί οι ασθενείς ανάλογα με το πρόβλημα που αντιμετωπίζουν θα κατευθυνθούν στον αντίστοιχο τομέα για τους παραχθούν οι απαραίτητες υπηρεσίες. Ο συνοδός ή ο ίδιος ο ασθενής, αν μπορεί, μεταβαίνει στο γραφείο κινήσεως, όπου εκεί θα προμηθευτεί την κάρτα του ασθενούς, που αποτελείται από το χαρτί στο οποίο θα καταγράφουν αναλυτικά οι υπηρεσίες που προσφέρονται στο ΤΕΠ και το είδος τις ασθένειας. Αυτό υπογράφεται στο τέλος μετά την ολοκλήρωση της εξέτασης από τον προϊστάμενο του ΤΕΠ ή τον υπεύθυνο εφημερίας. Στο ανάλογο τμήμα ο ασθενείς εξετάζεται και παρέχονται οι απαραίτητες ιατρικές και νοσηλευτικές υπηρεσίες. Με ευθύνη του διευθυντή του ΤΕΠ καταγράφονται σε ειδικό έντυπο και σε ηλεκτρονική μορφή τα στοιχεία των προσερχόμενων ασθενών. Με την ολοκλήρωση της εξέτασης, αλλά και των απαραίτητων εξετάσεων στις ποιες υποβάλλεται ο ασθενής, του παρέχονται οδηγίες και θεραπευτική αγωγή. Εάν πρέπει να νοσηλευτεί στο νοσοκομείο απαιτείται η προσκόμιση απαραίτητων εγγράφων που θα του ζητηθούν και στο τέλος της νοσηλείας του να παραλάβει το εξιτήριό του από το αρμόδιο τμήμα και γραπτές ιατρικές οδηγίες και εξετάσεις στις οποίες θα πρέπει να υποβληθούν μετά από χρονικό διάστημα που τους έχει ορίσει ο αρμόδιος γιατρός (ΦΕΚ 874/Β/06/03/12).

Ειδικό Μέρος

Κεφάλαιο 6^ο : Μεθοδολογία Έρευνας

6.1 Το Γενικό Νοσοκομείο Κ.Α.Τ



(Πηγή : <http://www.kat-hosp.gr/>)

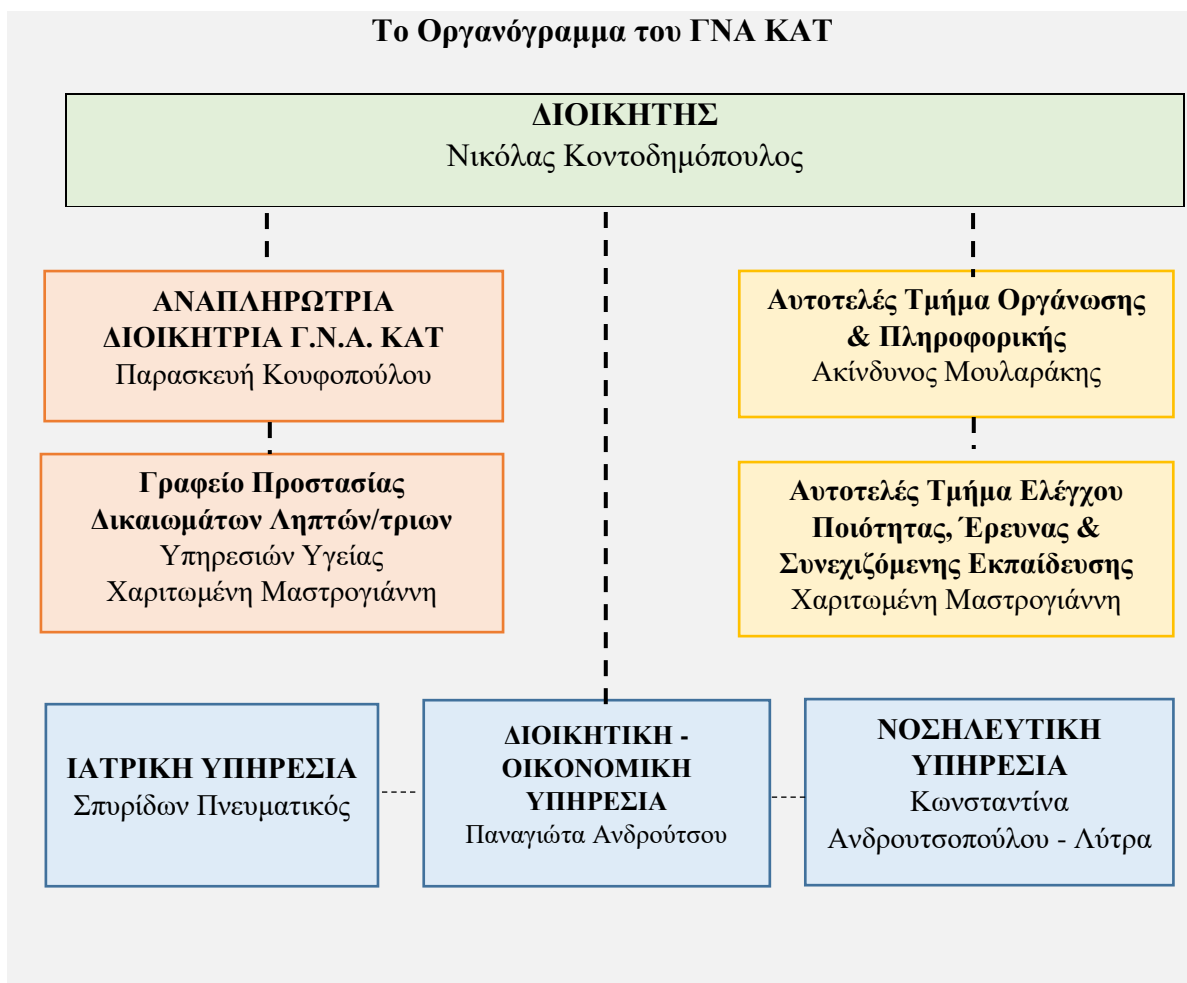
Η παρούσα διπλωματική εργασία πραγματοποιήθηκε στο Γενικό Νοσοκομείο Αττικής Κ.Α.Τ. Το ΓΝΑ ΚΑΤ είναι ένα γενικό νοσοκομείο του ΕΣΥ, το οποίο υπάγεται στον έλεγχο και στην εποπτεία του Διοικητή της 1ης Υγειονομικής Περιφέρειας Αττικής. Αποτελώντας ΝΠΔΔ, με κύρια κατεύθυνση στην ορθοπεδική και την τραυματολογία και έχοντας διασύνδεση με το ΕΚΑ, αποτελεί το μεγαλύτερο κέντρο αποκατάστασης τραύματος στα Βαλκάνια (<http://www.kat-hosp.gr/>).

Ως βασικότερο σκοπό του έχει την παροχή Πρωτοβάθμιας, Δευτεροβάθμιας και Τριτοβάθμιας φροντίδας υγείας στον πληθυσμό ευθύνης της 1^{ης} ΥΠΕ Αττικής, καθώς και σε ασθενείς που παραπέμπονται από άλλες ΥΠΕ σύμφωνα με το [ΦΕΚ 3485/31-12-2012](#). Λειτουργεί σε 24ωρη βάση, 365 μέρες το χρόνο με δέσμες, στελεχώνεται από εξειδικευμένους ιατρούς και νοσηλευτές, αλλά και από ένα οργανωμένο διοικητικό προσωπικό, όπως αυτό παρουσιάζεται στο σχήμα 3, οι οποίοι συνεργάζονται στενά

μεταξύ τους προσφέροντας στους ασθενείς υψηλού επιπέδου ιατρονοσηλευτικές υπηρεσίες. Επίσης, παρέχει τη δυνατότητα συνεχούς εκπαίδευσης και επιμόρφωσης ιατρών, νοσηλευτών και άλλων επαγγελματιών υγείας. Προωθεί την ανάπτυξη και την προαγωγή της έρευνας, καθώς και την συνεργασία με ποικίλα νοσηλευτικά ιδρύματα και άλλες μονάδες της υγειονομικής περιφέρειας. Τέλος, η εφαρμογή σύγχρονων μεθόδων περίθαλψης διευκολύνουν τους στρατηγικούς στόχους, που τίθενται από το Υπουργείο Υγείας, την 1η ΥΠΕ Αττικής και το Ενιαίο Συλλογικό Όργανο Διοίκησης του νοσοκομείου και σε συνδυασμό με την λειτουργία του Κ.Ε.Κ, αποσκοπούν στη συνεχή ανάπτυξη και αναβάθμιση των υπηρεσιών υγείας, αλλά και στην παροχή ποιοτικής φροντίδας στους ασθενείς (Λάππα και συν.,2018). Στο νοσοκομείο ΓΝΑ ΚΑΤ λειτουργούν τέσσερις κυρίως τομείς, ο Χειρουργικός Α΄, ο Χειρουργικός Β΄, ο Παθολογικός και ο Εργαστηριακός. Τα τμήματα που υπάγονται σε κάθε έναν από τους τομείς, καθώς και άλλα τμήματα, αναγράφονται αναλυτικά στον πίνακα 1, ο οποίος προέρχεται από την επίσημη ιστοσελίδα του Νοσοκομείου ΓΝΑ-ΚΑΤ (<http://www.kat-hosp.gr/>). Επιπλέον, στο νοσοκομείο είναι συγκροτημένα και λειτουργούν θεσμοθετημένα τα εξής όργανα και επιτροπές :

- ✓ Το Επιστημονικό Συμβούλιο
- ✓ Οι Τομείς Ιατρικής Υπηρεσίας
- ✓ Η Νοσηλευτική Επιτροπή
- ✓ Η Επιτροπή Χειρουργείου
- ✓ Το Ογκολογικό Συμβούλιο
- ✓ Η Επιτροπή Φαρμακείου, η οποία παρακολουθεί την τήρηση των θεραπευτικών πρωτοκόλλων και εκδίδει οδηγίες για συγκράτηση της δαπάνης σε φάρμακα ευρείας χρήσης.
- ✓ Η Επιτροπή Ενδονοσοκομειακών Λοιμώξεων, από την οποία εκδίδονται όλες οι οδηγίες για την αντιμετώπιση της μικροβιακής αντοχής.
- ✓ Το Τμήμα Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης
- ✓ Η Επιτροπή Εσωτερικού Ελέγχου
- ✓ Η Επιτροπή Διαχείρισης Αποβλήτων Υγειονομικής Μονάδας
- ✓ Η Ομάδα Εκτίμησης & Ελέγχου της Εφημερίας (ΟΕ3)

Σχήμα 3 : Το Οργανόγραμμα του ΓΝΑ ΚΑΤ



(Πηγή : <http://www.kat-hosp.gr/organogramma-kat/>)

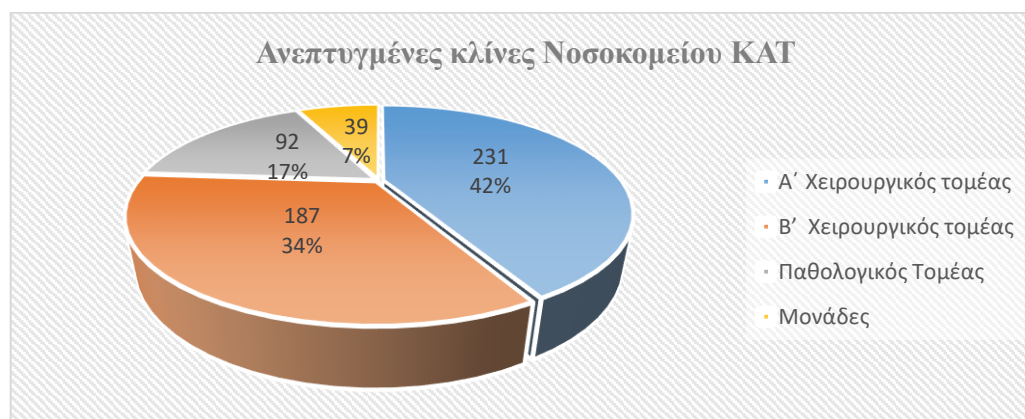
Πίνακας 1 : Οι Τομείς και τα Τμήματα του ΓΝΑ ΚΑΤ

Α' Χειρουργικός Τομέας	Β' Χειρουργικός τομέας
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Πανεπιστημιακή ορθοπαιδική κλινική ▪ 6 κλινικές ορθοπαιδικής χειρουργικής & Τραυματιολογίας ▪ Εξειδικευμένα ορθοπεδικά τμήματα: ✓ Χεριού-μικροχειρουργικής άνω άκρου ✓ Σκολίωσης & σπονδυλικής στήλης ✓ Αθλητικών κακώσεων ✓ Παιδοορθοπαιδικής 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Γενικές χειρουργικές κλινικές (2) ▪ Νευροχειρουργική κλινική ▪ Κλινική πλαστικής χειρουργικής & μονάδα εγκαυμάτων ▪ Κλινική στοματικής & Γναθοπροσωπικής χειρουργικής ▪ Αγγειοχειρουργική κλινική ▪ Θωρακοχειρουργική κλινική ▪ Ουρολογικό ιατρείο ▪ Οδοντιατρείο
Διατομεακά	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Α' ΜΕΘ / Β' ΜΕΘ / ΤΕΠ ▪ Αναισθησιολογικό ▪ Ιατροδικαστής 	Παθολογικός τομέας
Τμήματα	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παθολογική κλινική ▪ Καρδιολογική κλινική ▪ Νευρολογική κλινική ▪ Κλινική Φυσικής & Ιατρικής Αποκατάστασης ▪ Παιδιατρικό ιατρείο ▪ Δερματολογικό ιατρείο ▪ Οφθαλμιατρείο
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Παραϊατρικού προσωπικού ▪ Κλινικής διατροφής ▪ Κοινωνικής εργασίας ▪ Επόπτρια Δημόσιας Υγείας ▪ Ψυχολόγοι 	
Εργαστηριακός τομέας	Λοιποί
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Μικροβιολογικό ▪ Αιματολογικό ▪ Βιοχημικό ▪ Παθολογοανατομικό ▪ Κυτταρολογικό ▪ Αιμοδοσία ▪ Ακτινοδιαγνωστικό ▪ Φαρμακείο 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Επόπτες δημόσιας υγείας ▪ Ψυχολόγοι

(Πηγή : <http://www.kat-hosp.gr/ipiresies/iatriki-ypiresia/>)

Σύμφωνα με τα στοιχεία του νοσοκομείου, τα οποία αναρτώνται στην πλατφόρμα της επιχειρηματικής ευφυΐας (BI) του Υπουργείου Υγείας, το νοσοκομείο ΚΑΤ, όπως παρουσιάζεται και στο γράφημα 1, διαθέτει 549 ανεπτυγμένες κλίνες, απασχολώντας συνολικά 1.285 εργαζομένους (Λάππα και συν.,2018).

Γράφημα 1: Οι ανεπτυγμένες κλίνες του Νοσοκομείου ΚΑΤ



(Πηγή: <http://www.kat-hosp.gr/anakoinwseis/apologismos-stoxothesia/>)

Με βάση το γράφημα 2, το έτος 2017 από το γενικό σύνολο 220.803 επισκέψεων στο νοσοκομείο, στο τμήμα επειγόντων αντιστοιχούν σε το 43% (95.954), σε σύγκριση με το 46% (101.401) των επισκέψεων που πραγματοποιήθηκαν στα Τακτικά Εξωτερικά Ιατρεία (ΤΕΙ) και το 11% (23.448) στα απογευματινά ιατρεία (Λάππα και συν.,2018).

Γράφημα 2 : Εξωτερικοί Ασθενείς του νοσοκομείου ΓΝΑ ΚΑΤ το έτος 2017



(Πηγή: <http://www.kat-hosp.gr/anakoinwseis/apologismos-stoxothesia/>)

Όμως και στα άλλα έτη, 2015 και 2016, ο αριθμός επισκεψημότητας των εξωτερικών ασθενών στο νοσοκομείο είναι ιδιαίτερα υψηλός, όπως φανερώνεται και στο γράφημα 3.

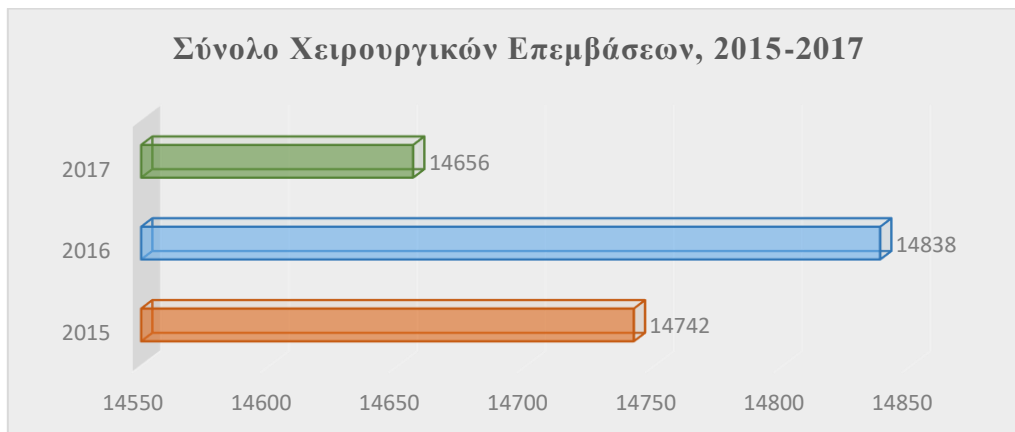
Γράφημα 3: Οι εξωτερικοί ασθενείς του Νοσοκομείου ΚΑΤ, 2015-2017



(Πηγή: <http://www.kat-hosp.gr/anakoinwseis/apologismos-stoxothesia/>)

Επίσης, ο συνολικός αριθμός των χειρουργικών επεμβάσεων που πραγματοποιήθηκαν στο νοσοκομείο το έτος 2017, σύμφωνα με το γράφημα 4, ανέρχεται σε 14.656, ενώ το 2016 ήταν 14.838 και το 2015 ήταν 14.742

Γράφημα 4 : Το σύνολο των χειρουργικών επεμβάσεων του Νοσοκομείου ΚΑΤ, τα έτη 2015-2017



(Πηγή: Γραφείο Λίστας Χειρουργείου, Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης & Πληροφορικής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <http://www.kat-hosp.gr/anakoinwseis/apologismos-stoxothesia/>)

Τέλος, στο γράφημα 5, στο οποίο απεικονίζονται οι χειρουργικές επεμβάσεις του νοσοκομείου χωρισμένες σε τακτικές και έκτακτες, παρατηρούμε πως το 2017 ο αριθμός των εκτατών χειρουργικών επεμβάσεων ανέρχεται σε 5.960 και των τακτικών σε 4.346, το έτος 2016 ο αριθμός ανέρχεται σε 5.830 και σε 4.411, αλλά και το έτος 2015 ανέρχεται σε 5.777 και σε 4.617 αντίστοιχα (Λάπα και συν.,2018).

Γράφημα 5: Οι τακτικές και έκτακτες χειρουργικές επεμβάσεις του Νοσοκομείου ΚΑΤ, 2015-2017



(Πηγή: Γραφείο Λίστας Χειρουργείου, Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης & Πληροφορικής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <http://www.kat-hosp.gr/anakoinwnseis/apologismos-stoxothesia/>)

6.1.1 Το Ιστορικό του Νοσοκομείου ΓΝΑ ΚΑΤ

Το Γενικό Νοσοκομείο Αττικής "ΚΑΤ" ιδρύθηκε αρχικά ως ένα στρατιωτικό νοσοκομείο, με την ονομασία "449 ΚΑΤ" στις 5-10-1949, σύμφωνα με την υπ' αριθμ. Α.Π. 12083/Α3/1- 1/7/49, με την διαταγή του ΓΕΣ (Στάθης,2009). Ως κέντρο του είχε το κτήριο της βίλας Καζούλη εγκατεστημένο στην Κηφισιά και σε άλλα 8 λυόμενα ξύλινα κτίσματα, τοποθετημένα δυτικά του οικοπέδου, που λειτουργούσαν ως θάλαμοι των στρατιωτικών ασθενών χωρητικότητας 20-40 ατόμων το καθένα. Επιπλέον, στον ίδιο χώρο είχαν εγκατασταθεί και οι διοικητικές υπηρεσίες (Χατζηδάκη,2005). Ο βασικότερος σκοπός δημιουργίας ενός τέτοιου νοσοκομείου αποτελούσε η νοσηλεία και η αποκατάσταση των στρατιωτικών, που τραυματίστηκαν στον εμφύλιο πόλεμο. Μετά το τέλος του εμφυλίου πολέμου, η τότε Βασίλισσα Φρειδερίκη με βάσει την υπ' αριθμό 3816/28.10.1951 συμβολαιογραφική πράξη δημιούργησε ένα νέο ίδρυμα, το επονομαζόμενο Ίδρυμα Αποκαταστάσεως Τραυματιών και Αναπήρων "ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ", έχοντας ως σκοπό την νοσηλεία και αποκατάσταση των τραυματισμένων πολιτών και όχι μόνο των στρατιωτικών. Έως το 1953 το ίδρυμα αυτό δεχόταν εξωτερικούς ασθενείς, τους πολίτες που χρειάζονταν Φυσικοθεραπεία και συνεργαζόταν με το "449" ΚΑΤ (Αμπλιανίτη και Σταματοπούλου, 2012). Όμως, τον Αύγουστο του 1953, με τον καταστροφικό σεισμό της Ζακύνθου, δέχθηκε τους πρώτους τραυματίες για νοσηλεία ως εσωτερικούς ασθενείς. (<http://www.kat-hosp.gr/nosokomeio-kat/istoriko/>)

Στις 1-2-1958, το "449 ΚΑΤ" λόγω της μείωσης του αριθμού των στρατιωτών έπαψε να λειτουργεί και το Ίδρυμα "Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" μετονομάστηκε σε Νοσοκομείο Ατυχημάτων και Αποκαταστάσεως Τραυματιών και Αναπήρων "Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" και οικοδομώντας το 1962 νέο κτήριο του νοσοκομείου αποτέλεσε ένα από τα πιο σημαντικά νοσοκομεία (Στάθης,2009). Το 1970, έγινε Οργανισμός Ιδιωτικού Δικαίου υπό την εποπτεία της Κυβέρνησης σύμφωνα με τον νομό (Ν. 572/1970). Την 1-1-1970 εγκαταστάθηκε στο Νοσοκομείο Πανεπιστημιακή Κλινική της Ιατρικής Σχολής του Πανεπιστημίου Αθηνών και ένα χρόνο μετά, το 1971 ιδρύθηκε και λειτούργησε μέσα στο Νοσοκομείο η Σχολή Βοηθών Νοσοκόμων Μονοετούς φοίτησης του ΚΑΤ (Αμπλιανίτη και Σταματοπούλου, 2012). Σύμφωνα με τις διατάξεις του Π.Δ. 304/5.8.83 «Για την υπαγωγή του Νοσοκομείου Ατυχημάτων και Αποκαταστάσεως Τραυματιών και Αναπήρων "Ο ΑΠΟΣΤΟΛΟΣ ΠΑΥΛΟΣ" στις

διατάξεις του Ν.Δ. 2592/53 (ΦΕΚ 108/Α/83)», το Νοσοκομείο αποτέλεσε πλέον ΝΠΔΔ που διέπεται από τις διατάξεις αυτού του Ν.Δ/τος, όπως τροποποιήθηκαν και συμπληρώθηκαν από τις διατάξεις του Ν.1397/83 περί Εθνικού Συστήματος Υγείας (ΦΕΚ 143/Α/83). Με το νέο οργανισμό, που εκδόθηκε με την Υπουργική Απόφαση Α3β/ο.κ. 21121 (ΦΕΚ 19/Β/15-1-87), το Νοσοκομείο ορίσθηκε ως Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο με κύρια κατεύθυνση την τραυματολογία και την ορθοπαιδική και μετονομάσθηκε σε Περιφερειακό Γενικό Νοσοκομείο Αττικής "ΚΑΤ", ονομασία η οποία υπάρχει έως σήμερα (Αμπλιανίτη και Σταματοπούλου, 2012). Τέλος, την περίοδο των Ολυμπιακών Αγώνων του 2004, κατασκευάστηκε και δημιουργήθηκε το ΤΕΠ, ένα νέο τμήμα αντιμετώπισης των εκτάκτων περιστατικών (<http://www.kat-hosp.gr/nosokomeio-kat/istoriko/>).

6.1.2 Το ΤΕΠ του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ

Το Τ.Ε.Π. βρίσκεται στον 1ο όροφο του Κεντρικού Κτιρίου, εφημερεύοντας κάθε μέρα 24 ώρες το 24ωρο, με 8ωρες βάρδιες, με διαφορετική εφημερία κάθε μέρα, δηλαδή με διαφορετική δέσμη, η οποία περιλαμβάνει την εφημερία συγκεκριμένων κλινικών (Α',Β',Γ') και κάθε τέσσερις μέρες έχει γενική εφημερία, όπου είναι η λεγόμενη Δ' δέσμη (<http://www.kat-hosp.gr/pliiofories-gia-ton-astheni/ekswterikosasthenis/tmima-epeiogontwn-peristatikwn/>).

Αποτελεί μία από τις πιο βασικές πύλες εισόδου του νοσοκομείου, καθώς αποτελεί τον συνδετικό κρίκο αναμεσα στην προνοσοκομειακή και ενδονοσοκομειακή φροντίδα των ασθενών. Μ' αυτόν τον τρόπο λειτουργεί ως ένα δίκτυ προστασίας του νοσοκομείου από άσκοπες εισαγωγές, στοχεύοντας στην γρηγορότερη εξυπηρέτηση των ασθενών μέσα σε λίγες ώρες (Λάππα και συν.,2018). Ο βασικός σκοπός του Τ.Ε.Π. είναι η παροχή υψηλού επιπέδου υγειονομικής περίθαλψης σε συνδυασμό με την ορθή διάγνωση και θεραπεία για την αντιμετώπιση οξέων περιστατικών και έκτακτων συμβάντων αναφορικά με:

- ✓ την υποδοχή
- ✓ την σταθεροποίηση
- ✓ τη διάσωση της ανθρώπινης ζωής
- ✓ την παροχή αναλγησίας

- ✓ τη διάγνωση ασθενειών και την έναρξη της θεραπείας
- ✓ τη διαλογή με βάση την βαρύτητα των προσερχόμενων ασθενών
- ✓ την θεραπευτική αντιμετώπιση και την έξοδο

Τέλος, το Ε.Κ.ΕΠ.Υ ενημερώνεται συνεχώς για την εικόνα της πλήρωσης των κλινών ή για την αυξημένη κίνηση στο Τ.Ε.Π, έτσι ώστε να κατευθύνει το Ε.Κ.Α.Β προς τους λιγότερο επιβαρυσμένους υγειονομικούς σχηματισμούς. Στον πίνακα 2 παρουσιάζονται τα τμήματα του ΤΕΠ του νοσοκομείου (Λάππα και συν.,2018).

Πίνακας 2 :Τα τμήματα του ΤΕΠ ΓΝΑ ΚΑΤ

Η χωροταξία του Τ.Ε.Π. περιλαμβάνει:
❖ Υποδοχή – Γραμματεία – Διαλογή
❖ Αίθουσα αναμονής – Χώρος ενημέρωσης συγγενών
❖ Μονάδα Αναζωογόνησης
❖ Εξεταστήρια – Αίθουσα γύψου
❖ Μικρό Χειρουργείο (ελάσσονος τραύματος)
❖ Μονάδα Βραχείας Νοσηλείας
❖ Χώρος απομόνωσης μολυσματικών ασθενών
❖ Ακτινολογικό Εργαστήριο
❖ Χώρος απολύμανσης εκτεθειμένου ατόμου
❖ Χώρος ανάπαυσης προσωπικού
❖ Γραφεία – Αποθήκες

(Πηγή: <http://www.kat-hosp.gr/pliροφοries-gia-ton-astheni/ekswterikos-asthenis/tmima-epeigontwn-peristatikwn/>)

Σύμφωνα με τα στοιχεία που διατηρούνται στο Τ.Ε.Π., το 10% του ημερήσιου συνόλου των επισκέψεων παραμένει για νοσηλεία, με το μέσο όρο των επεμβάσεων που πραγματοποιούνται στο μικρό Χειρουργείο του Τ.Ε.Π. να κυμαίνεται σε 440 μηνιαίως. Οι συνολικές επεμβάσεις που πραγματοποιήθηκαν στο Τ.Ε.Π, σύμφωνα με το γράφημα 6 το έτος 2017 ανέρχεται σε 4.350, το 2016 σε 4.597 και το 2015 σε 4.348.

Γράφημα 6: Οι χειρουργικές επεμβάσεις στο ΤΕΠ του ΓΝΑ ΚΑΤ, 2015-2016



(Πηγή: Γραφείο Λίστας Χειρουργείου, Αυτοτελές Τμήμα Οργάνωσης & Πληροφορικής Γ.Ν.Α. ΚΑΤ, <http://www.kat-hosp.gr/anakoinwnseis/apologismos-stoxothesia/>)

6.2 Η Μεθοδολογία της Ερευνά

Η παρούσα μελέτη αξιολογεί την ικανοποίηση των ασθενών από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας του ΤΕΠ του ΓΝΑ ΚΑΤ. Ο βασικότερος σκοπός της παρούσας ερευνάς είναι η δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου οργάνου μέτρησης της ικανοποίησης ασθενών. Επιπλέον, το ερευνητικό ενδιαφέρον της εστιάζεται τόσο στην ποιότητα της παρεχόμενης φροντίδας, όσο και στη σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής των ασθενών, που επισκέπτονται το τμήμα της νοσοκομειακής αυτής μονάδας. Έτσι λοιπόν, γίνεται προσπάθεια διερεύνησης των παραγόντων που επηρεάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών και σχετίζονται με την ικανοποίησή τους από τις υπηρεσίες υγείας που δέχτηκαν, καθώς και η ενεργός συμμετοχή του ασθενή στην αξιολόγηση και το σχεδιασμό των παρεχομένων υπηρεσιών του νοσοκομείου. Επιπλέον, παρέχεται η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τη γνώμη τους, αποσκοπώντας στην ανεύρεση λύσεων των προβλημάτων και των ελλείψεων που θα προκύψουν από την αξιολόγησή του τμήματος. Τέλος, διερευνάτε εάν η εφαρμογή του ΚΠΑ στις νοσοκομειακές μονάδες υγείας, για το αν θα μπορεί να οδηγήσει στην βελτίωση των υπηρεσιών υγείας, με σκοπό να επισημανθούν οι διαστάσεις της φροντίδας που υπολείπονται και απαιτούν βελτίωση, ώστε να ληφθούν υπ' όψιν και να διορθωθούν κατά τον μελλοντικό προγραμματισμό της Διοίκησης του νοσοκομείου. Είναι η πρώτη φορά που εφαρμόζεται ένα τέτοιο εργαλείο Διοίκησης Ολικής Ποιότητας στο νοσοκομείο ΓΝΑ ΚΑΤ.

Για την μελέτη των ανωτέρω ερευνητικών στόχων διεξήχθη έρευνα σε 628 ασθενείς συνολικά, που επισκέφτηκαν το ΤΕΠ του νοσοκομείου. Για την συλλογή των απαραίτητων στοιχείων χρησιμοποιήθηκαν τρία διαφορετικά ερωτηματολόγια, δυο ερωτηματολόγια για την ικανοποίηση των ασθενών και ένα ερωτηματολόγιο για τη ΣΥΠΖ. Το πρώτο ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε βασιζόμενο στο ερωτηματολόγιο του ΚΠΑ και συγκεκριμένα του υποκριτήριο 6.1, από το οποίο απλοποιήθηκαν τα ερωτήματα για γίνει πιο κατανοητό στους ασθενείς και να εξετάσει την ικανοποίησή τους. Το χρονικό διάστημα διανομής του συγκεκριμένου εργαλείου μέτρησης ήταν από Δεκέμβριος 2017 έως Ιανουάριος 2018, όπου διανεμήθηκαν 500 ερωτηματολόγια και απαντήθηκαν τα 318. Για τη βαθμολόγηση (0-100) των αποτελεσμάτων του ερωτηματολογίου αυτού, ακολουθήθηκε ο απλός τρόπος βαθμολόγησης, όπως

υποδεικνύεται στον Οδηγό Εφαρμογής ΚΠΑ 2017 και παρουσιάζεται αναλυτικά στο κεφάλαιο 6.3.1 της παρούσας εργασίας. Το ερωτηματολόγιο αυτό αποτέλεσε ένα πιλοτήριο εργαλείο, που έδωσε το έναυσμα για την δημιουργία ενός νέου εργαλείου αξιολόγησης της ικανοποίησης των ασθενών, του δεύτερου ερωτηματολογίου ικανοποίησης των ασθενών του ΤΕΠ.

Το δεύτερο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών του ΤΕΠ δημιουργήθηκε με βάση, κατά κύριο λόγο ελληνικές δημοσιευμένες μελέτες ικανοποίησης ασθενών (Αλετράς και συν., 2009; Πολύζος και συν., 2005), αλλά και σε άλλες διεθνής μελέτες (Gonzalez et al., 2005; Hendriks et al., 2001). Ο σκοπός της δημιουργίας του είναι η περαιτέρω κάλυψη της ικανοποίησης για όλους τους τομείς του ΤΕΠ, αλλά και προσπάθεια ελέγχου ύπαρξης διαχρονικής αύξησης της ικανοποίησης των ασθενών που επισκέπτονται το συγκεκριμένο τμήμα του νοσοκομείου. Το ερωτηματολόγιο αυτό συνοδευόταν από ένα τρίτο ερωτηματολόγιο, το ερωτηματολόγιο της ΣΥΠΙΖ, EQ-5D-5L, μεταφρασμένο στην ελληνική γλώσσα (Yfantopoulos J & Yfantopoulos P, 2013), ώστε να ελεγχθεί η ποιότητα ζωής των ατόμων που επισκέπτονται το ΤΕΠ του ΓΝΑ ΚΑΤ, αλλά και να ελεγχθεί η πιθανή ύπαρξη σχέσης ικανοποίησης με τη σχετιζόμενη ποιότητα ζωής τους. Για τους λόγους αυτούς λοιπόν, πραγματοποιήθηκε διανομή πεντακοσίων (500) ερωτηματολογίων, από τον μήνα Ιούνιο έως τον μήνα Ιούλιο του 2018, από τα οποία απαντήθηκαν τα 310. Για την βαθμολόγηση του παρόντος ερωτηματολογίου χρησιμοποιήθηκε ο αλγόριθμος με βάση το Βρετανικό πληθυσμό, σύμφωνα με τις οδηγίες του εγχειρίδιου χρήσης του EQ5D και με τον περιορισμό, ότι δεν υπάρχει αντίστοιχος αλγόριθμος, ο οποίος να αναφέρεται στον Ελληνικό πληθυσμό (Van Hout B, Janssen MF, et al. 2012).

Και τα δυο ερωτηματολόγια χρησιμοποίησαν απλές κατανοητές ερωτήσεις για να μπορούν να γίνουν αντιληπτές από όλους τους ασθενείς. Επειδή η χρήση ερωτηματολογίου αποτελεί το καλύτερο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών και γενικότερα των καταναλωτών, πρέπει να είναι σχεδιασμένα αξιόπιστα με απλές ερωτήσεις και πολλές απαντήσεις (Μουμτζόγλου, 2001; Πολύζος και συν., 2005).

Ο αριθμός των ερωτηματολογίων που συλλέχθηκαν και για τα τρία ερωτηματολόγια είναι ικανοποιητικός, αφού σύμφωνα με τον Seibert, τα 400 ερωτηματολόγια δίνουν

αξιόπιστες απαντήσεις, αλλά και ο Cunningham υποστηρίζει, πως και τα 50-100 προσφέρουν επαρκείς πληροφορίες (Πολύζος και συν.2005; Picker Institute Europe, 2002). Η μέθοδος που χρησιμοποιήθηκε για την συλλογή των ερωτηματολογίων και τις δυο φορές ήταν η προσωπική συνέντευξη με τους ασθενείς (face to face). Αναλυτικότερα, ο ασθενής εισήχθη στο νοσοκομείο για να υποβληθεί σε μια εξέταση ανάλογα με το πρόβλημα υγείας του. Μετά το τέλος της εξέτασης συμπλήρωνε τα ερωτηματολόγια. Με τον τρόπο αυτό ο ασθενής αξιολόγησε την ποιότητα των υπηρεσιών που έλαβε κατά τη διάρκεια της νοσηλείας του.

Η επιλογή του δείγματος έγινε με τυχαίο τρόπο, βασισμένο όμως στην προθυμία του ασθενούς να συμπληρώσει τα ερωτηματολόγια, διότι σε κάποιες περιπτώσεις υπήρχε άρνηση, καθώς η συμπλήρωση ερωτηματολογίων ικανοποίησης δεν αποτελεί σύνηθες φαινόμενο για την Ελλάδα. Επίσης, σε άλλες περιπτώσεις ήταν αδύνατη η επικοινωνία με τον ασθενή λόγω του σοβαρού προβλήματος υγείας που αντιμετώπιζε, γι' αυτό και σε κάποιες ελάχιστες περιπτώσεις συμπληρωνόταν από τους συνοδούς των ασθενών.

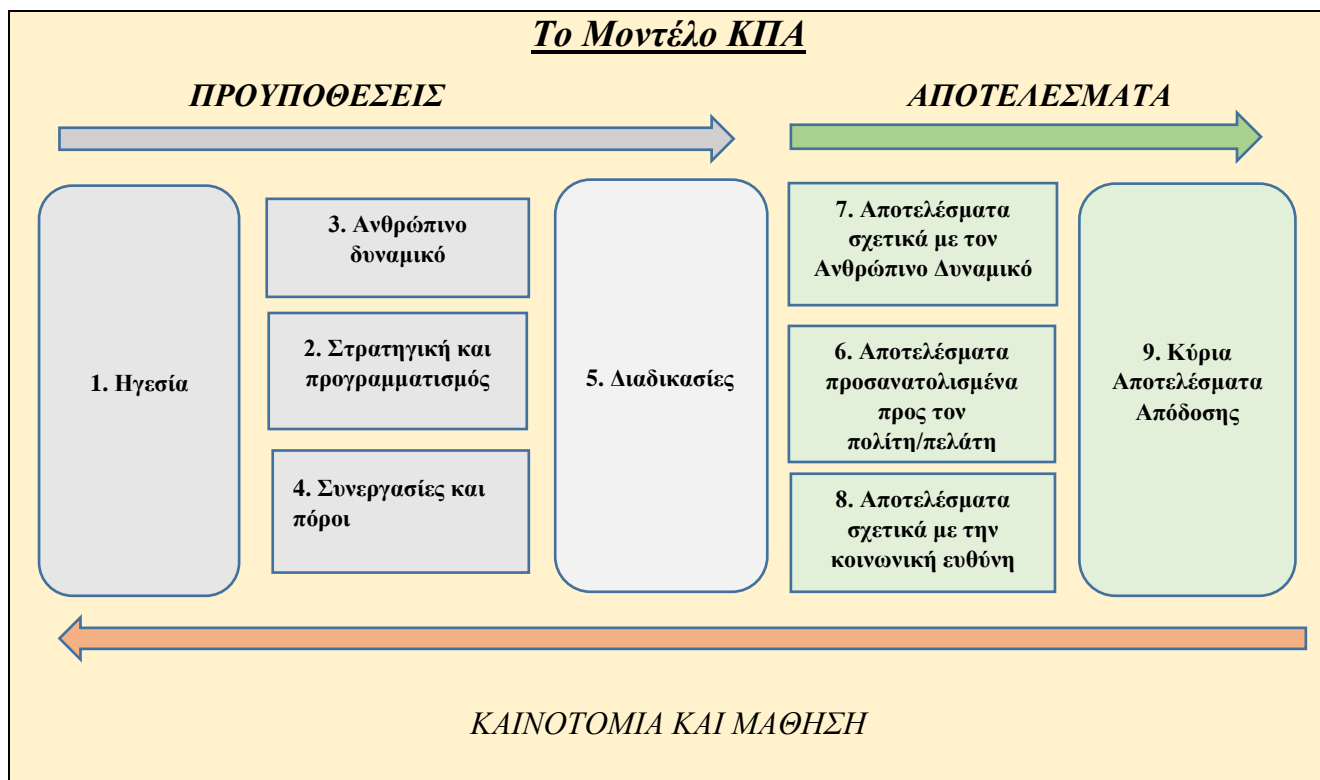
Τέλος, για την πραγματοποίηση της παρούσας έρευνας στο ΤΕΠ του νοσοκομείου ΓΝΑ ΚΑΤ, παραχωρήθηκε άδεια από Διοικητή του νοσοκομείου, αλλά και από τον Διευθυντή του ΤΕΠ.

6.3 Τα εργαλεία μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών του ΤΕΠ ΓΝΑ ΚΑΤ

6.3.1 Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ)

Το ΚΠΑ αποτελεί ένα εργαλείο Διοίκησης Ολική Ποιότητας, το οποίο δημιουργήθηκε από τον ίδιο τον δημόσιο τομέα, εμπνευσμένο από το Πρότυπο Αριστείας του Ευρωπαϊκού Ιδρύματος (EFQM), αποτελεί ένα εργαλείο μέτρησης των ποιοτικών αποτελεσμάτων και στοχεύει στη βελτίωση της αποδοτικότητας των Δημόσιων οργανισμών, ως προς την οργάνωση, τους πελάτες και την κοινωνία. Το ΚΠΑ είναι ένα εύκολο εργαλείο που παρέχετε δωρεάν σε όλους του οργανισμούς του δημοσίου τομέα (ΚΠΑ,2013). Το Μοντέλο του ΚΠΑ παρουσιάζεται στο σχεδιάγραμμα 4. Η Διεύθυνση Ποιότητας και Αποδοτικότητας του Υπουργείου Εσωτερικών Δημόσιας Διοίκησης και Αποκέντρωσης το 2007, μετέφρασε την αναθεωρημένη έκδοσή του ΚΠΑ στα ελληνικά ,εκδίδοντας τον Οδηγό Εφαρμογής του ΚΠΑ, ενώ παράλληλα το Εθνικό Κέντρο Δημόσιας Διοίκησης διοργάνωνε εκπαιδευτικά σεμινάρια προωθώντας τη γνώση του ΚΠΑ στη ελληνική Δημόσια Διοίκηση, ενθαρρύνοντας τις δημόσιες υπηρεσίες να το θέσουν σε εφαρμογή. Τέλος, με την δημιουργία του Εθνικού Βραβείου Ποιότητας των Δημόσιων Υπηρεσιών, δόθηκε ένα κίνητρο παραπάνω στις δημόσιες υπηρεσίες να το χρησιμοποιήσουν. Για πρώτη φορά το 2007 απονεμήθηκε ένα τέτοιο βραβείο, αποτελώντας μέχρι σήμερα έναν από τους σημαντικότερους στόχους πολλών δημόσιων υπηρεσιών (Τσολάκη, 2011).

Σχεδιάγραμμα 4 :Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΠΑ)



(Πηγή: Οδηγός εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, 2013)

Ο βασικός σκοπός του ΚΠΑ είναι να εισάγει στις δημοσιές διοικήσεις τις αρχές της ΔΟΠ, αλλά και την κουλτούρα της αριστείας, ώστε να οδηγήσει μέσω της χρήσης της αυτοαξιολόγησης σε έναν ολοκληρωμένο κύκλο ποιότητας του Προγραμματισμού, της Εκτέλεσης, του Ελέγχου και της Ανάδρασης. Επίσης, διευκολύνει την αυτοαξιολόγηση ενός δημόσιου οργανισμού, ώστε να αποτυπωθεί ο τρόπος η υφιστάμενη κατάσταση, καθώς και οι δράσεις για την βελτίωσή της. Τέλος, μπορεί να αποτελέσει τον συνδετικό κρίκο μεταξύ των διαφορετικών μοντέλων που χρησιμοποιούνται στη διοίκηση ποιότητας διευκολύνοντας τη συγκριτική μάθηση μεταξύ των οργανώσεων του δημοσίου τομέα (Οδηγός εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, 2017).

Η μεθοδολογία του ΚΑΠ περιλαμβάνει εννέα κριτήρια και είκοσι οκτώ υποκριτήρια με τα ανάλογα παραδείγματα, τις κατευθυντήριες αρχές για την λειτουργία της αυτοαξιολόγησης, αλλά και τον τρόπο οργάνωσης της σχετικής ομάδας. Επίσης, περιλαμβάνει τις οδηγίες για τη διαμόρφωση έργων και διοικητικών βελτιώσεων μέσω του ΚΠΑ και τέλος περιλαμβάνει και το

γλωσσάριο, με το οποίο γίνονται κατανοητοί όλοι οι οροί που χρησιμοποιεί για την αποφυγή παρερμηνειών (Οδηγός εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, 2017).

Το ερωτηματολόγιο που έχει κατασκευαστεί για την εφαρμογή του ΚΠΑ, έχει σχεδιαστεί με τέτοιο τρόπο, ώστε να είναι κατανοητό και να μπορέσει να βοηθήσει τις Δημόσιες Οργανώσεις που το εφαρμόζουν. Η σειρά των ερωτήσεων είναι από τις γενικότερες στις ειδικότερες, ενώ σε κάποιες ερωτήσεις με δυσνόητο περιεχόμενο, έχουν διατυπωθεί αναλυτικότερα στο τέλος της κάθε ενότητας, ώστε να μην επηρεάσει το σύνολο των ερωτήσεων ή τη ροή συμπλήρωσης του ερωτηματολογίου, καθώς και για να εξασφαλιστεί μια λογική δομή στο ερωτηματολόγιο, ώστε ο ασθενής να μπορέσει να διατυπώσει ορθά την άποψη του με τρόπο αβίαστο (Οδηγός εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, 2017).

Η βαθμολόγηση κάθε κριτηρίου και υποκριτηρίου του προτύπου ΚΠΑ βασίζονται στον «Κύκλο Ποιότητας PDCA», χρησιμοποιώντας τον απλό τρόπο (C.A.F. classical scoring) και τον αναλυτικό, παραμετροποιημένο τρόπο (C.A.F. fine tuned scoring), που είναι κατάλληλος για οργανισμούς που επιθυμούν μια λεπτομερέστερη ανάλυση της διαδικασίας αξιολόγησης. Απαραίτητη προϋπόθεση για την βαθμολογία είναι παράθεση σχετικού υλικού τεκμηρίωσης.

Για τη βαθμολόγηση των Κριτηρίων 1 έως 5, επιλέγεται για κάθε περίπτωση του επιπέδου του «Κύκλου Ποιότητας PDCA» στο οποίο αντιστοιχεί το υπό βαθμολόγηση υποκριτηρίου και δίνεται ο βαθμός στην κλίμακα 0-100. Η επιλογή του κατάλληλου επιπέδου έχει προσθετικό χαρακτήρα. Δηλαδή απαραίτητη προϋπόθεση για την επιλογή του επιπέδου είναι η εκπλήρωση όλων των προϋποθέσεων των κατώτερων επιπέδων από αυτό. Στα κριτήρια των προϋποθέσεων η φάση PDCA πραγματοποιείται μόνο όταν υπάρχουν συγκριτικές δραστηριότητες στο πλαίσιο της προσπάθειας οργανωτικής βελτίωσης της Δημόσιας Οργάνωσης (Οδηγός εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, 2017).

Για τη βαθμολόγηση των Κριτηρίων των Αποτελεσμάτων (6-9) αποφασίζεται ο βαθμός κάθε παραδείγματος ή αποτελέσματος μέτρησης ή Δείκτη Μέτρησης στην κλίμακα 0 έως 100, η οποία διαιρείται σε 6 βαθμίδες. Η βαθμολογία αποφασίζεται με βάση τις τάσεις επιδόσεων του Δημόσιου Οργανισμού, που καταδεικνύουν οι διάφορες μετρήσεις αποτελεσματικότητας, αποδοτικότητας, ικανοποίησης πολιτών και υπαλλήλων κ.α., καθώς και τον βαθμό επίτευξης των στόχων του Οργανισμού. Για κάθε επίπεδο λαμβάνεται υπόψη η τάση, είτε ο βαθμός

επίτευξης των στόχων, είτε και τα δύο (Οδηγός εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, 2017).

Κάθε ερώτηση του κάθε υποκριτηρίου βαθμολογείται με έναν συγκεκριμένο βαθμό της ακόλουθης κλίμακας:

- Βαθμός από 0-10 της κλίμακας δηλώνει την απουσία οποιασδήποτε ικανοποίησης, την πλήρη ανεπάρκεια και αποτελεσματικότητα της δραστηριότητας. Αντιστοιχεί στο «Καθόλου = 0».
- Από 11-30 δηλώνει την ελάχιστη ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα για το χαμηλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας της. Αντιστοιχεί στο «Πολύ Λίγο = 1».
- Από 31-50 δηλώνει τη σχετική ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το μέτριο επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας της. Αντιστοιχεί στο «Λίγο = 2».
- Από 51-70 δηλώνει την ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας της. Αντιστοιχεί στο «Πολύ = 3».
- Από 71-90 δηλώνει τον υψηλό βαθμό ικανοποίησης για κάποια δραστηριότητα και το πολύ καλό επίπεδο επάρκειας και αποτελεσματικότητας της. Αντιστοιχεί στο «Πάρα Πολύ = 4».
- Από 91-100 δηλώνει την απόλυτη ικανοποίηση για κάποια δραστηριότητα και το άριστο πεδίο επάρκειας και αποτελεσματικότητας της. Αντιστοιχεί στο «Απόλυτα = 5».

Επομένως, το πρώτο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε στην παρούσα μελέτη αποτελεί απλοποιημένη μορφή του ερωτηματολόγιο του ΚΠΑ και συγκεκριμένα στο υποκριτήριο 6.1, όπως αυτό παρουσιάζεται στον πίνακα 3, για χρήση στο ΤΕΠ. Έτσι λοιπόν, το πρώτο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης αποτελείται από 19 ερωτήσεις, τις οποίες καλείται να απαντήσει ο ασθενής. Οι ερωτήσεις, οι οποίες παρουσιάζονται αναλυτικά στον πίνακα 4, αφορούν εντυπώσεις από την ιατρική φροντίδα, την νοσηλευτική φροντίδα και γενικές εντυπώσεις από το ΤΕΠ του νοσοκομείου. Στην αρχή του ερωτηματολογίου περιλαμβάνονται και ερωτήσεις για τα δημογραφικά στοιχεία, όπως είναι το φύλο, η ηλικία, το επίπεδο

εκπαίδευσης, η υπηκοότητα, καθώς και ο τρόπος προσέλευσης στο νοσοκομείο, ο τόπος συμβάντος και η αίτια επισκεψιμότητας. Στην συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας, εσωτερικής συνέπειας με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha, όπου προέκυψαν τρεις αθροιστικές κλίμακες, που παρουσιάζονται στον πίνακα 5. Οι αθροιστικές κλίμακες που δημιουργήθηκαν αφορούν την αρχικά την «ικανοποίηση από τις υποδομές», στην οποία περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 13,16,17,4, έπειτα την «ικανοποίηση από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα», όπου περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 6-11 και τέλος την «ικανοποίηση από την λειτουργία» με τις ερωτήσεις 1,2,3,5,6,14,15. Η κλίμακα που χρησιμοποιήθηκε για την βαθμολόγηση, είναι η ίδια μ' αυτή που χρησιμοποιείται στο ερωτηματολόγιο του ΚΠΑ (Οδηγός εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, 2017).

Πίνακας 3: Το Υποκριτήριο 6.1 του ΚΠΑ

Α/Α ΕΡΩΤΗΣΗ	Απάντηση						
	Καθόλου	0	1	2	3	4	5
	Πολύ λίγο	1					
	Λίγο	2					
	Πολύ	3					
	Πάρα Πολύ	4					
	Απόλυτα	5					
	0	1	2	3	4	5	
1. Σε ποιο βαθμό κρίνετε τη μεταχείριση των υποθέσεων των πολιτών από τη Δημοσιά Οργάνωση φιλική και δίκαιη;							
	0	1	2	3	4	5	
2. Σε ποιο βαθμό κρίνετε τη δραστηριότητα της Δημόσιας Οργάνωσης ευέλικτη στην αντιμετώπιση μεμονωμένων προβλημάτων;							
	0	1	2	3	4	5	
3. Σε ποιο βαθμό είστε ικανοποιημένη από τις προληπτικές ενέργειες της Δημόσιας Οργάνωσης για να ανταποκριθεί στις ανάγκες των πολιτών με τους οποίους συναλλάσσεται;							
	0	1	2	3	4	5	
4. Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι η συμμετοχή των πολιτών στον σχεδιασμό της διαδικασίας παροχής υπηρεσιών συμβάλλει στην ποιοτική αναβάθμισή τους; (π.χ. λαμβάνονται υπόψη οι ανάγκες του;)							
	0	1	2	3	4	5	
5. Σε ποιο βαθμό θεωρείται εύκολη την πρόσβαση τους στους χώρους στέγασης της Δημόσιας Οργάνωσης; (με τα ΜΜΜ, χώροι στάθμευσης, χώροι αναμονής των πελατών, ειδικές προβλέψεις Α.Μ.Ε.Α)							
	0	1	2	3	4	5	
6. Σε ποιο βαθμό είναι εύκολη η πρόσβαση των πολιτών στις υπηρεσίες που του παρέχονται; (πχ παρέχονται υπηρεσίες μιας στάσης ή παρέχονται υπηρεσίες με ηλεκτρονικές μεθόδους ηλεκτρονικής εξυπηρέτησης μέσω του διαδικτύου)							
	0	1	2	3	4	5	
7. Σε ποιο βαθμό κρίνονται ως ποιοτικές, επίκαιρες και έγκυρες οι πληροφορίες που παρέχει η δημόσια οργάνωση (με κάθε διαθέσιμο μέσω) στους πολίτες για διοικητικές υποθέσεις που τους αφορούν.							
	0	1	2	3	4	5	
8. Σε ποιο βαθμό κρίνετε αξιόπιστες τις συμβουλές που παρέχει η δημόσια οργάνωση προς τους πολίτες, στο πλαίσιο της διαδικασίας διεκπεραίωσης υποθέσεων που τους αφορούν;							
	0	1	2	3	4	5	
9. Σε ποιο βαθμό ανταποκρίνεται η οργάνωση στην παροχή υπηρεσιών σύμφωνα με τις εκάστοτε διαφορετικές ανάγκες των πολιτών σε σχέση με το φύλο, την ηλικία κτλ.;							
	0	1	2	3	4	5	
10. Σε ποιο βαθμό διενεργούνται έρευνες γνώμης των πολιτών/πελατών για την οργάνωση και τις παρεχόμενες από αυτή υπηρεσίες;							

(Πηγή: Οδηγός Εφαρμογής ΚΠΑ, 2017)

Πίνακας 4 : Περιγραφή των ερωτήσεων του 1^{ου} ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών

Στοιχείο	Περιγραφή Ερωτήσεων
1	Υποδοχή
2	Συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής
3	Παροχή απαραίτητων πληροφοριών
4	Η ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα επείγοντα
5	Ο χρόνος αναμονής στο σαλόνι υποδοχής μέχρι την εξέτασή σας
6	Συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων (ενημέρωση, ευγένεια, κατανόηση)
7	Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών)
8	Συμπεριφορά ιατρών (ευγένεια, σεβασμός, υποστήριξη) κατά τη διάρκεια της εξέτασης
9	Ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με το πρόβλημα σας
10	Ενημέρωση για τον επανέλεγχο εξέτασής σας
11	Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα)
12	Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)
13	Σε ποιο βαθμό κρίνετε αποτελεσματική την οργάνωση και τη διαχείριση του επείγοντος
14	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι το προσωπικό ανταποκρίθηκε επαρκώς
15	Σε ποιο βαθμό θα επιλέγατε να επισκεφθείτε ξανά τα επείγοντα, θα συστήνατε το νοσοκομείο ΚΑΤ στους φίλους σας
16	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε την καθαριότητα των χώρων των επειγόντων ικανοποιητική(αίθουσες, τουαλέτες, διάδρομοι, σαλόνι υποδοχής, είσοδοι κ.ά.)
17	Σε ποιο βαθμό θεωρείται ικανοποιητική την κτιριακή υποδομή στέγασης των επειγόντων
18	Σε ποιο βαθμό η προσβασιμότητα προς το νοσοκομείο σας καθυστέρησε (κυκλοφορία, μακρινή απόσταση)
19	Σε ποιο βαθμό γνωρίζατε ότι το νοσοκομείο εφημερεύει για όλα τα περιστατικά

Πίνακας 5: Αθροιστικές κλίμακες 1^{ου} ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών

ΣΤΟΙΧΕΙΟ		ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ	
Ικανοποίηση από τις υποδομές			
13	Σε ποιο βαθμό κρίνετε αποτελεσματική την οργάνωση και τη διαχείριση του επείγοντος		
16	Σε ποιο βαθμό θεωρείτε την καθαριότητα των χώρων των επειγόντων ικανοποιητική (αίθουσες, τουαλέτες, διάδρομοι, σαλόνι υποδοχής, είσοδοι κ.ά.)		
17	Σε ποιο βαθμό θεωρείται ικανοποιητική την κτιριακή υποδομή στέγασης των επειγόντων		
4	Η ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα επείγοντα		
Ικανοποίηση από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα			
6	Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών)		
7	Συμπεριφορά ιατρών (ευγένεια, σεβασμός, υποστήριξη) κατά τη διάρκεια της εξέτασης		
8	Ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με το πρόβλημα σας		
9	Ενημέρωση για τον επανέλεγχο εξέτασής σας		
10	Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα)		
11	Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)		
Ικανοποίηση από την λειτουργία			
1	Υποδοχή		
2	Συμπεριφορά του προσωπικού υποδοχής		
3	Παροχή απαραίτητων πληροφοριών		
5	Ο χρόνος αναμονής στο σαλόνι υποδοχής μέχρι την εξέτασή σας		
6	Συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων (ενημέρωση, ευγένεια, κατανόηση)		
14	Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι το προσωπικό ανταποκρίθηκε επαρκώς		
15	Σε ποιο βαθμό θα επιλέγατε να επισκεφθείτε ξανά τα επείγοντα, θα συστήνατε το νοσοκομείο ΚΑΤ στους φίλους σας		

6.3.2 Το Δεύτερο Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών

Η δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου οργάνου μέτρησης ικανοποίησης ασθενών του ΤΕΠ, αποτελούσε έναν από τους βασικότερους σκοπούς της παρούσας ερευνάς. Το παρόν ερωτηματολόγιο δημιουργήθηκε μετά από μια ενδελεχώς βιβλιογραφική ανασκόπηση και προέλεγχο.

Το ερωτηματολόγιο αποτελείται από 31 ερωτήσεις κλειστού τύπου, βασισμένο σε κλειστές ερωτήσεις τύπου Likert. Στις κλίμακες τύπου Likert, ο ερευνητής θέτει έναν αριθμό δηλώσεων στη θέση των ερωτήσεων για τα χαρακτηριστικά διαφόρων υπηρεσιών (Σταθακόπουλος, 2005). Αυτές οι δηλώσεις μπορεί να είναι είτε θετικές, είτε αρνητικές. Κάθε πρόταση διαβαθμίζεται σε κλίμακες από την απόλυτη συμφωνία έως την απόλυτη διαφωνία. Η πεντάβαθμη κλίμακα έντασης είναι το συμφωνώ απόλυτα=1, συμφωνώ=2, είμαι ουδέτερος=3, διαφωνώ=4 και το διαφωνώ απόλυτα=5 (Σταθακόπουλος, 2005). Τα πλεονεκτήματα των κλιμάκων του τύπου Likert είναι ότι εξοικονομούν χώρο, είναι ομοιόμορφα, συμπληρώνονται γρήγορα και είναι εύκολες στην απομνημόνευση, με αποτέλεσμα ο ερωτώμενος να πρέπει μόνο να συγκεντρωθεί στις προτάσεις που ακούει ή διαβάσει. Επίσης, οι θετικά διατυπωμένες δηλώσεις εναλλάσσονται με τις αρνητικά και έτσι αποφεύγεται ο κίνδυνος θετικής μεροληψίας. Τέλος, οι κλίμακες αυτές συνήθως θεωρούνται ως «κλίμακες διαστήματος» (interval scales) και συνεπώς μπορούν να λάβουν αριθμητικές τιμές (Krowinski & Steiber, 1996).

Οι ερωτήσεις, τις οποίες περιλαμβάνει το ερωτηματολόγιο αυτό, αφορούν τον τρόπο προσέλευσης στο νοσοκομείο, την υποδοχή του ασθενούς, το νοσηλευτικό προσωπικό, το ιατρικό προσωπικό, τον χρόνο και το χώρο αναμονής, τις εργαστηριακές εξετάσεις και τη συνολική ικανοποίηση, οι οποίες παρουσιάζονται στον πίνακα 6 (Krowinski & Steiber, 1996; Willis, 2004). Επίσης, εμπεριείχε και κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία (φύλο, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο, υπηκοότητα, επαγγελματική κατάσταση, αίτια επισκέψεως στο ΤΕΠ, συχνότητα επισκέψεων στο νοσοκομείο, σε ιατρικές εξετάσεις, καθώς και την ύπαρξη άλλων προβλημάτων υγείας). Επιπλέον, περιλαμβάνει στοιχεία όπως ο τύπος της εφημερίας, η κλινική που εφημερεύει και η κατηγορία που ανήκει το περιστατικό. Στην συνέχεια, πραγματοποιήθηκε έλεγχος αξιοπιστίας, εσωτερικής συνέπειας με τη χρήση του συντελεστή Cronbach's alpha, απ'

όπου προέκυψαν πέντε αθροιστικές κλίμακες σύμφωνα με τον πίνακα 7. Οι αθροιστικές κλίμακες που δημιουργήθηκαν αφορούν στην «πρόσβαση και υποδοχή» και περιλαμβάνουν τις ερωτήσεις 3-7,9,10, τους «χώροι και υποδομές» με τις ερωτήσεις 11-14, 25, την «ιατρική φροντίδα» με τις ερωτήσεις 17-20, τη «γενική ικανοποίηση» με τις ερωτήσεις 21,22,29,30,31 και τέλος τις «εργαστηριακές εξετάσεις», όπου περιλαμβάνονται οι ερωτήσεις 24,26,27.

Πίνακας 6 : Περιγραφή των ερωτήσεων του 2ου ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών

ΣΤΟΙΧΕΙΟ	ΠΕΡΙΓΡΑΦΗ
1	Μέσον προσέλευσης στο νοσοκομείο
2	Εύκολη πρόσβαση στο νοσοκομείο
3	Εύκολη εύρεση θέσης παρκαρίσματος σε περίπτωση έλευσης με Ι/Χ
4	Διευκόλυνση εξωτερικής σηματοδότησης για την ανεύρεση του ΤΕΠ
5	Ευγενική υποδοχή στο νοσοκομείο
6	Επαρκής πληροφόρηση από την υποδοχή
7	Διευκόλυνση της ύπαρξης πινακίδων στα επείγοντα
8	Χρόνος αναμονής στα επείγοντα
9	Υπερβολικός ο χρόνος αναμονής
10	Διευκόλυνση της ύπαρξης φετινού σηματοδότη
11	Καθαρή αίθουσα αναμονής
12	Στενόχωρη αίθουσα αναμονής
13	Εύκολη εύρεση καθίσματος
14	Δυσάρεστη θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής
15	Επίσκεψη στις τουαλέτες ΝΑΙ/ΟΧΙ
16	Καθαρές τουαλέτες
17	Ικανοποιητική ποιότητα ιατρικής φροντίδας
18	Ευγενικό και εξυπηρετικό ιατρικό προσωπικό
19	Επαρκείς οδηγίες από τον γιατρό
20	Ύπαρξη εμπιστοσύνης στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής
21	Έμπειρο και ικανό νοσηλευτικό προσωπικό
22	Ευγενικό και πρόθυμο νοσηλευτικό προσωπικό
23	Υποβολή σε εργαστηριακές εξετάσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ
24	Επαρκής και κατανοητή σηματοδότηση για την ανεύρεση των εργαστήριων
25	Άβολοι/στενόχωροι χώροι εξέτασης
26	Εύκολος και ανώδυνος τρόπος διεξαγωγής εργαστηριακών εξετάσεων
27	Πρόθυμο βοηθητικό προσωπικό εργαστήριων
28	Συνολική αξιολόγηση νοσοκομείου
29	Ευχαριστημένη από την συνολική εικόνα επίσκεψη στο νοσοκομείου
30	Επιλογή του ιδίου νοσοκομείου την επόμενη φορά
31	Πρόταση σε φίλους και συγγενείς να επισκεφτούν το νοσοκομείο

Πίνακας 7 : Αθροιστικός πίνακας των ερωτήσεων του 2^{ου} ερωτηματολογίου ικανοποίησης ασθενών

ΣΤΟΙΧΕΙΟ ΑΘΡΟΙΣΤΙΚΕΣ ΚΛΙΜΑΚΕΣ	
Πρόσβαση/Υποδοχή	
3	Εύκολη εύρεση θέσης παρκαρίσματος σε περίπτωση έλευσης με Ι/Χ
4	Διευκόλυνση εξωτερικής σηματοδότησης για την ανεύρεση του ΤΕΠ
5	Ευγενική υποδοχή στο νοσοκομείο
6	Επαρκής πληροφόρηση από την υποδοχή
7	Διευκόλυνση της ύπαρξης πινακίδων στα επείγοντα
9	Υπερβολικός ο χρόνος αναμονής
10	Διευκόλυνση της ύπαρξης φετινού σηματοδότη
Ιατρική Φροντίδα	
17	Ικανοποιητική ποιότητα ιατρικής φροντίδας
18	Ευγενικό και εξυπηρετικό ιατρικό προσωπικό
19	Επαρκείς οδηγίες από τον γιατρό
20	Ύπαρξη εμπιστοσύνης στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής
Χώροι/Υποδομές	
11	Καθαρή αίθουσα αναμονής
12	Στενόχωρη αίθουσα αναμονής
13	Εύκολη εύρεση καθίσματος
14	Δυσάρεστη θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής
25	Άβολοι/στενόχωροι χώροι εξέτασης
Εργαστηριακές εξετάσεις	
24	Επαρκής και κατανοητή σηματοδότηση για την ανεύρεση των εργαστήριων
26	Εύκολος και ανώδυνος τρόπος διεξαγωγής εργαστηριακών εξετάσεων
27	Πρόθυμο βοηθητικό προσωπικό εργαστήριων
Γενική Ικανοποίηση	
21	Έμπειρο και ικανό νοσηλευτικό προσωπικό
22	Ευγενικό και πρόθυμο νοσηλευτικό προσωπικό
23	Υποβολή σε εργαστηριακές εξετάσεις ΝΑΙ/ΟΧΙ
29	Ευχαριστημένη από την συνολική εικόνα επίσκεψη στο νοσοκομείο
30	Επιλογή του ιδίου νοσοκομείου την επόμενη φορά
31	Πρόταση σε φίλους και συγγενείς να επισκεφτούν το νοσοκομείο

6.3.3 Το εργαλείο μέτρησης της Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητας Ζωής (EQ-5D-5L)

Υπάρχουν πολλά ειδικά ερωτηματολόγια για τον υπολογισμό της ΣΥΠΖ (Williams, 1995; Υφαντόπουλος, 2007), τα οποία στοχεύουν στο γενικό επίπεδο υγείας του ατόμου ή στις περιπτώσεις τις οποίες εξετάζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών που πάσχουν από συγκεκριμένες ασθένειες (Drummond et al., 1987; Sloan, 1996; Υφαντόπουλος, 2007). Όλα αυτά τα ερωτηματολόγια έχουν ένα κοινό θεωρητικό πλαίσιο, σύμφωνα με το οποίο βασικός δείκτης είναι η μέτρηση της βιολογικής λειτουργικότητας, αλλά όχι επαρκής για την αξιολόγηση της υγείας (Υφαντόπουλος, 2007).

Το 1987 μια ομάδα ερευνητών (EUROQOL-GROUP) δημιούργησαν ένα πολυδιάστατο εργαλείο μέτρησης της ποιότητας ζωής για την υγεία. Εφαρμόστηκε αρχικά, σε χώρες όπως η Αγγλία, Σουηδία και Ολλανδία πιλοτικά, καταλήγοντας σε τιμές εκεί όπου αυτές οι χώρες παρουσίαζαν ομοιότητες μεταξύ τους. Από το 1987 και έπειτα καταγράφηκαν πληθώρα εμπειρικών και θεωρητικών μελετών που επικύρωναν την αξιοπιστία και την εγκυρότητα του εργαλείου αυτού (Brooks, 1996 ; Brooks et al., 2003, Sapin et al., 2004, Conner-Spady et al., 2004, Busschbach et al. 2003).

Το πενταδιάστατο ερωτηματολόγιο (EQ-5D) EuroQol είναι ένα ευρέως διαδεδομένο και χρησιμοποιούμενο εργαλείο, μεταφρασμένο σε περισσότερες από 150 γλώσσες, αξιολογεί την υγεία με βάσει τις προτιμήσεις του ατόμου γι' αυτήν (Brooks and the EuroQol Group, 1996; Fitzpatrick et al., 1998; Haywood et al., 2005). Η αρχική έκδοση του EQ-5D (EQ-5D-3L) αποτελείται από το περιγραφικό σύστημα (descriptive system) και την οπτική αναλογική κλίμακα (Visual Analogue Scale, VAS) (Brooks, 1996 ; Brooks et al., 2003). Το περιγραφικό σύστημα (descriptive) καταγράφει την κατάσταση της υγείας (health profile) των ασθενών, ενώ η οπτική αναλογική κλίμακα αποτυπώνει την βαθμολόγηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς από τον ίδιο τον ασθενή (Rabin & Charro, 2001). Είναι ένα εργαλείο το οποίο αποτελείται από πέντε διαστάσεις, την κινητικότητα, την αυτοεξυπηρέτηση, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο/δυσφορία και το άγχος/κατάθλιψη, χρησιμοποιώντας για την βαθμολόγηση μια κλίμακα 3 επιπέδων για κάθε διάσταση. Τα τρία επίπεδα είναι το «δεν έχω κανένα πρόβλημα», το «έχω μέτρια προβλήματα» και το «είμαι ανίκανος» (Rabin & Charro, 2001). Οι τρεις αυτές διαστάσεις του ερωτηματολογίου EQ-5D-3L, με τα τρία επίπεδα πιθανών απαντήσεων, για την κάθε μια ερώτηση, δημιουργούν 243 διαφορετικές

καταστάσεις υγείας (health profiles), οι οποίες κωδικοποιούνται με τρία ψηφία ακολουθίας. Τα ψηφία αυτά είναι το 1, το 2 και το 3 των απαντήσεων. Οι καταστάσεις υγείας, μπορούν να διαμορφωθούν σε 245, αν προσθίων δύο ακόμη καταστάσεις, ο θάνατος και το κώμα, όμως δεν μπορούν να συμπεριληφθούν, δεν δύναται η δυνατότητα να αυτοπροσδιορίζονται από τους ίδιους τους ασθενείς (Rabin & Charro, 2001). Η οπτική αναλογική κλίμακα είναι μια εκατοντάβαθμη ψυχομετρική κλίμακα 20 εκατοστών, για την άμεση βαθμολόγηση της κατάστασης υγείας του ασθενούς από τον ίδιο τον ασθενή, βαδισμένο επομένως στις υποκειμενική άποψη της κατάστασης του ατόμου, όπου το 0 αντιπροσωπεύει τη χειρότερη δυνατή κατάσταση υγείας και το 100 στην καλύτερη δυνατή κατάσταση υγείας (Υφαντόπουλος, 2007; Whynes et al., 2008). Ο ερωτώμενος καλείται να σημειώσει μια κάθετη γραμμή προς το σημείο της κλίμακας που θεωρεί ότι βαθμολογεί τη σημερινή κατάσταση της υγείας του ή να συμπληρώσει τον αριθμό στο αντίστοιχο κουτάκι που υπάρχει διπλά στην κλίμακα αυτή (EuroQol, 1990; Rabin et al., 2011).

Το ζήτημα της προσαρμογής του EQ-5D στην Ελληνική γλώσσα και κουλτούρα, απασχόλησε τον Υφαντόπουλο (2001), ενώ η εγκυροποίηση έγινε αργότερα από τον Κοντοδημόπουλο και συν. (2008). Τα αποτελέσματα της ερευνητικής εργασίας του Υφαντόπουλου έδειξαν ότι η μετάφραση του EuroQol στην Ελληνική γλώσσα είναι κατανοητή και μπορεί να δοκιμαστεί σε μεγαλύτερο δείγμα ανθρώπων, επιτρέποντας με αυτό τον τρόπο την διερεύνηση της εγκυρότητας και της αξιοπιστίας του ερωτηματολογίου στην Ελλάδα (Yfantopoulos, 2001; Kontodimopoulos, 2008).

Έτσι λοιπόν, αποδεδειγμένα το ερωτηματολόγιο EQ-5D παρουσιάζει πληθώρα δυνατοτήτων. Αρχικά μπορεί να συγκρίνει καταστάσεις υγείας μεταξύ ομάδων, αλλά και να επιτρέψει την πραγματοποίηση διαδοχικών συγκρίσεων. Επιπλέον, ιδιαίτερα χρήσιμο αποδεικνύεται το EQ-5D index, το οποίο προκύπτει από τις απαντήσεις των ιδίων των ασθενών. Επιπλέον, το ερωτηματολόγιο EQ-5D, είναι ένα ιδικά σχεδιασμένο εργαλείο, το οποίο συμπληρώνει αλλά εργαλεία μέτρησης της ΠΖ, τα οποία είναι το SF-36, το SIP και το NHP. Τέλος, EQ-5D είναι ένα γενικό εργαλείο μέτρησης της ΠΖ και έχει χρησιμοποιηθεί στις περισσότερες Ευρωπαϊκές, αλλά και σε άλλες χώρες. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα την συλλογή πλούτου δεδομένων από διάφορους ερευνητές σε πληθώρα ερευνών για την υγεία (Peinado et al., 2010, Berg et al., 2010).

Εκτός όμως από τα πλεονεκτήματα, παρουσίασε και κάποια μειονεκτήματα. Μελετώντας λοιπόν, τα μειονεκτήματά του παρατηρούνται ελλείψεις σε σχέση με άλλα εργαλεία χρήσης και σε ευαισθησία. Το EuroQoL Group υποστηρίζει χρειάζεται ο συνδυασμός και άλλων εργαλείων μαζί με το EQ-5D, πιο αναλυτικών για να μπορεί να βγει ένα σαφές αποτέλεσμα. Επιπλέον, άλλο ένα μειονέκτημα που παρουσιάζει, είναι το φαινόμενο δαπέδου (floor effect) και οροφής (ceiling effect). Παρ' όλα αυτά, είναι αποδεδειγμένα ένα αρκετά σύντομο εργαλείο στη συμπλήρωσή του, ευκολονόητο και η ικανότητά του να γενικεύει την αποτίμηση των καταστάσεων υγείας, είναι υψηλή χωρίς να επηρεάζεται από τις διαστρωματώσεις του πληθυσμού (Rabin & Charro, 2001). Η μεγαλύτερη αδυναμία του όμως, είναι ότι σχεδιαστικά, οι μέθοδοι αυτές αντανακλούν στη λειτουργικότητα και στη γενική υγεία, με αποτέλεσμα να επηρεάζονται έντονα από δημογραφικά χαρακτηριστικά και συννοσηρότητες (Johnson & Pickard, 2000).

Μετά από αρκετά χρόνια έρευνας και πειραματισμού με πιλοτικές μελέτες για την αντιμετώπιση αυτών των μειονεκτημάτων, ο όμιλος EuroQoL το 2009 εισάγει μια νέα έκδοση το EQ-5D πέντε (5) επιπέδων (EQ-5D-5L), στοχεύοντας στην βελτίωση της ευαισθησίας του οργάνου, της ικανότητας διάκρισης και να μειωθούν οι επιπτώσεις σε σύγκριση με το EQ-5D-3L. Το ερωτηματολόγιο του EQ-5D-5L αποτελείται από το περιγραφικό σύστημα EQ-5D και την οπτική αναλογική κλίμακα EQ (EQ VAS). Το EQ-5D-5L διαφέρει από το EQ-5D-3L στον αριθμό των επιπέδων των αντιληπτών προβλημάτων ανά διάσταση, άλλαξε δηλαδή από 3 σε 5, αποσκοπώντας στη βελτίωση της ευαισθησίας του εργαλείου, ώστε να μειωθούν τα φαινόμενα οροφής και να αυξηθεί η διακριτική ισχύ (Wang et al., 2017; Augustovski et al.; 2016, Devlin et al., 2017). Επιπλέον, οι οδηγίες για το EQ VAS απλοποιήθηκαν διευκολύνοντας την ολοκλήρωση της εργασίας και κάνοντας την βαθμολόγηση ευκολότερη (Craig et al., 2014; Brussoni et al., 2013).

Το περιγραφικό σύστημα αποτελείται από πέντε διαστάσεις την κινητικότητα, την αυτο-φροντίδα, τις συνήθειες δραστηριότητες, τον πόνο / δυσφορία και το άγχος / κατάθλιψη. Κάθε διάσταση έχει πέντε (5) επίπεδα: χωρίς προβλήματα, μικρά προβλήματα, μέτρια προβλήματα, σοβαρά προβλήματα και ακραία προβλήματα. Ο ασθενής που θα συμπλήρωσε το ερωτηματολόγιο καλείται να δηλώσει την κατάσταση της υγείας του σημειώνοντας το πλαίσιο δίπλα στην σε καθεμία από τις πέντε

διαστάσεις. Η απόφαση αυτή οδηγεί σε ένα μονοψήφιο αριθμό που εκφράζει το επιλεγμένο επίπεδο για αυτήν τη διάσταση. Τα ψηφία για τις πέντε διαστάσεις μπορούν να συνδυαστούν σε έναν πενταψηφιοψήφιο αριθμό που περιγράφει την κατάσταση υγείας του ασθενούς. Όπως και στην προηγούμενη έκδοση, ομοίως και στην ανανεωμένη, κάθε απάντηση κωδικοποιείται με ένα αριθμό από το 1 έως το 5. Συνυπολογιζόμενο το σύνολο των απαντήσεων και στις πέντε (5) διαστάσεις, προκύπτει ένα πενταψήφιο αποτέλεσμα, όπου το 11111 δηλώνει τη βέλτιστη υγεία και το 55555 τη χειρίστη υγεία. Αξιοσημείωτο είναι, το γεγονός ότι με το ανανεωμένο αυτό ερωτηματολόγιο, οι 5 αυτές διαστάσεις, με τα 5 επίπεδα πιθανών απαντήσεων για την κάθε μια ερώτηση, δημιουργούν από 243 σε 3125 διαφορετικές καταστάσεις υγείας, δίνοντας περισσότερα περιθώρια ανάλυσης (Van Reenen & Janssen, 2015; Augustovski et al, 2016).

Το EQ VAS στο EQ-5D-5L, όπως και στο EQ-5D-3L, καταγράφει την αυτο-αξιολογούμενη υγεία του ασθενούς σε κάθετη οπτική αναλογική κλίμακα, όπου τα τελικά σημεία φέρουν την ένδειξη «Η καλύτερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε» και «Η χειρότερη υγεία που μπορείτε να φανταστείτε». Το VAS μπορεί να χρησιμοποιηθεί ως ποσοτικό μέτρο της έκβασης της υγείας που αντανακλά την κρίση του ασθενούς. Ο ασθενής καλείται να συμπληρώσει τον αριθμό από το θερμόμετρο στο πλαίσιο που υπάρχει διπλά σ' αυτό (Yfantopoulos & Chantzaras, 2017). Στην παρούσα μελέτη, για να προσδιοριστεί ο δείκτης EQ-5D index, χρησιμοποιήθηκε ένας αλγόριθμος με βάση το Βρετανικό πληθυσμό σύμφωνα με τις οδηγίες του εγχειρίδιου χρήσης του EQ5D και με τον περιορισμό, ότι δεν υπάρχει αντίστοιχος αλγόριθμος, ο οποίος να αναφέρεται στον Ελληνικό πληθυσμό (van Hout B, Janssen MF, et al. 2012).

Αρκετές μελέτες στην Ευρώπη, στις ΗΠΑ και στον Καναδάς έχουν δείξει τις βελτιωμένες ψυχομετρικές ιδιότητες του 5L σε σύγκριση με το 3L (Pickard et al, 2007; Janssen et al., 2008). Στην Ελλάδα το EQ-5D-5L μεταφράστηκε και επικυρώθηκε από τον Υφαντόπουλο Ιωάννη (Υφαντόπουλος Ι & ΙΙ, 2013). Επιπλέον, ο Υφαντόπουλος και Χαντζάρας το 2017 εφάρμοσαν ανάλογη αξιολόγηση στη ΣΥΠΖ συγκρίνοντας τα δυο αυτά εργαλεία μεταξύ τους σε ελληνικό πληθυσμό. Τα αποτελέσματα της μελέτης τους αυτής έδειξαν ότι το σύστημα EQ-5D-5L είναι προτιμότερο από το EQ-5D-3L κατά τη μέτρηση του HRQoL σε μεσήλικες και ηλικιωμένους πληθυσμούς. Το EQ-5D-5L επέδειξε μια πολύ καλύτερη απόδοση μέτρησης (Yfantopoulos &

Chantzaras, 2017). Όμως, απαιτείται ακόμη περισσότερη έρευνα για την αξιολόγηση των ψυχομετρικών ιδιοτήτων του νέου συστήματος EQ-5D-5L και σε άλλες ομάδες που δεν έχουν διερευνηθεί μέχρι στιγμής (Yfantopoulos, 2015; Yfantopoulos & Chantzaras, 2017).

6.4 Στατιστική Ανάλυση

Οι κατηγορικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως απόλυτες (n) και σχετικές (%) συχνότητες, ενώ οι ποσοτικές μεταβλητές παρουσιάζονται ως μέση τιμή, τυπική απόκλιση, διάμεσος, ελάχιστη τιμή και μέγιστη τιμή. Ο έλεγχος των Kolmogorov-Smirnov και τα διαγράμματα κανονικότητας χρησιμοποιήθηκαν για τον έλεγχο της κανονικής κατανομής των ποσοτικών μεταβλητών.

Οι ανεξάρτητες μεταβλητές ήταν τα δημογραφικά και κλινικά χαρακτηριστικά, ενώ οι εξαρτημένες μεταβλητές ήταν οι βαθμολογίες ικανοποίησης.

Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας διχοτόμου μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο έλεγχος t (student's t-test). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθούσε την κανονική κατανομή και μιας κατηγορικής μεταβλητής με >2 κατηγορίες χρησιμοποιήθηκε η ανάλυση διασποράς (analysis of variance). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ δυο ποσοτικών μεταβλητών που ακολουθούν την κανονική κατανομή χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Pearson (Pearson's correlation coefficient). Για τη διερεύνηση της ύπαρξης σχέσης μεταξύ μιας ποσοτικής μεταβλητής που ακολουθεί την κανονική κατανομή και μιας διατάξιμης μεταβλητής χρησιμοποιήθηκε ο συντελεστής συσχέτισης του Spearman (Spearman's correlation coefficient).

Στην περίπτωση που >2 ανεξάρτητες μεταβλητές προέκυψαν στατιστικά σημαντικές στο επίπεδο του 0,2 ($p < 0,2$) στη διμεταβλητή ανάλυση, εφαρμόστηκε πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση (multivariate linear regression) με εξαρτημένη μεταβλητή τις βαθμολογίες άγχους. Το επίπεδο σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,2 με βάση την αντίστοιχη βιβλιογραφία για την πραγματοποίηση πολυμεταβλητών παλινδρομήσεων

(Hosmer & Lemeshow, 2001). Στην περίπτωση αυτή, εφαρμόστηκε η μέθοδος της πολλαπλής γραμμικής παλινδρόμησης με την προς τα πίσω διαγραφή των μεταβλητών (backward stepwise linear regression). Αναφορικά με την πολλαπλή γραμμική παλινδρόμηση, παρουσιάζονται οι συντελεστές b (coefficients' beta), τα αντίστοιχα 95% διαστήματα εμπιστοσύνης και οι τιμές p .

Το αμφίπλευρο επίπεδο στατιστικής σημαντικότητας ορίστηκε ίσο με 0,05. Η ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με το IBM SPSS 21.0 (Statistical Package for Social Sciences).

Κεφάλαιο 7 : Τα Αποτελέσματα της Ερευνάς

7.1 Το πρώτο Ερωτηματολόγιο Ικανοποίησης Ασθενών (Κ.Π.Α)

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 318 ασθενείς που επισκέφτηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ. Στον πίνακα 8 παρουσιάζονται τα χαρακτηριστικά των ασθενών. Το 50,8% ήταν άνδρες και το 49,2% ήταν γυναίκες. Το 55,6% ήταν ηλικίας 18-45 ετών και το 44,4% ήταν 46-65 ετών. Οι περισσότεροι ήταν Ελληνικής εθνικότητας (88,6%) και απόφοιτοι ΤΕΙ/ΑΕΙ (34,9%). Η συνηθέστερη αιτία επίσκεψης ήταν το ατύχημα (56,7%), ενώ το 93,6% των συμβάντων συνέβησαν στην Αθήνα και το 15,9% μεταφέρθηκαν με το ΕΚΑΒ.

Πίνακας 8. Χαρακτηριστικά των ασθενών.

Χαρακτηριστικό	N	%
Φύλο		
Άνδρες	161	50,8
Γυναίκες	156	49,2
Ηλικία		
18-45	175	55,6
46-65	140	44,4
Εθνικότητα		
Ελληνική	279	88,6
Άλλη	36	11,4
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Γυμνάσιο	104	33,0
Λύκειο	101	32,1
ΑΕΙ/ΤΕΙ	100	34,9
Αιτία επίσκεψης		
Ατύχημα	178	56,7
Ατύχημα & τραυματισμός (τροχαίο)	40	12,7
Ατύχημα & τραυματισμός (εργατικό)	16	5,1
Έντονος πόνος στο στήθος	12	3,8
Έντονος πόνος στην κοιλιά	9	2,9
Άλλο	59	18,8
Τόπος συμβάντος		
Αττική	292	93,6
Εκτός Αττικής	20	6,4
Τρόπος μεταφοράς		
ΕΚΑΒ	50	15,9
Άλλο	264	84,1

Στον πίνακα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Το 83% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την υποδοχή, ενώ το 17% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 84,8% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά του προσωπικού, ενώ το 15,2% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 85,5% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την παροχή πληροφοριών, αντίθετα όμως το 14,5% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 79,8% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα επείγοντα, ενώ το 20,2% δήλωσαν καθόλου/ πολύ λίγο/ λίγο ικανοποιημένοι. Το 28% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με τον χρόνο αναμονής, ενώ το 72% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 83,3% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με τη συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων, ενώ το 16,7% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι.

Στον πίνακα 10 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική φροντίδα στο ΤΕΠ. Το 92,3% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την ποιότητα ιατρικής φροντίδας, ενώ το 7,7% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 91,6% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά ιατρών, ενώ το 8,4% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 87,1% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την ενημέρωση από τους γιατρούς, ενώ το 12,9% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 87% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την ενημέρωση για τον επανέλεγχο εξέτασης, ενώ το 13% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι.

Στον πίνακα 11 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την νοσηλευτική φροντίδα στο ΤΕΠ. Το 91,4% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας, ενώ το 9,6% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 91% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την συμπεριφορά των νοσηλευτών, ενώ το 9% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι.

Στον πίνακα 12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις εντυπώσεις από το ΤΕΠ. Το 84,9% των ασθενών δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την οργάνωση και τη διαχείριση του επείγοντος, ενώ το 15,1%

δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 90,4% δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με τον βαθμό ανταπόκρισης του προσωπικού, ενώ το 9,6% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 90,4% των ασθενών δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ότι θα επέλεγαν να επισκεφθούν ξανά τα επείγοντα, ενώ το 9,6% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο. Το 87,9% των ασθενών δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την καθαριότητα, ενώ όμως το 12,1% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 78,3% των ασθενών δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ικανοποιημένοι με την κτιριακή υποδομή, ενώ το 21,7% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο ικανοποιημένοι. Το 32,5% των ασθενών δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ότι η προσβασιμότητα προς το νοσοκομείο τους καθυστέρησε, ενώ το 67,5% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο. Το 75,8% των ασθενών δήλωσαν πολύ/πάρα πολύ/απόλυτα ότι γνώριζαν ότι το νοσοκομείο εφημερεύει για όλα τα περιστατικά, ενώ το 24,2% δήλωσαν καθόλου/πολύ λίγο/λίγο.

Πίνακας 9. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Καθόλου		Πολύ λίγο		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Υποδοχή	10	3,3	8	2,6	34	11,1	75	24,6	146	47,9	32	10,5
Συμπεριφορά του προσωπικού που σας υποδέχτηκε	8	2,6	3	1,0	36	11,6	70	22,6	161	51,9	32	10,3
Παροχή πληροφοριών για το που ακριβώς θα πάτε, σε πιο εξεταστήριο και τι να κάνετε πριν την εξέταση σας	6	1,9	4	1,3	35	11,3	62	19,9	148	47,6	56	18
Ύπαρξη πινακίδων που διευκολύνουν την κίνηση στα επείγοντα	12	3,9	11	3,6	39	12,7	53	17,3	101	32,9	91	29,6
Χρόνος αναμονής στο σαλόνι υποδοχής μέχρι την εξέτασή σας	76	24,5	78	25,2	69	22,3	44	14,2	23	7,4	20	6,5
Συμπεριφορά διοικητικών υπαλλήλων (ενημέρωση, ευγένεια, κατανόηση)	10	3,2	3	1	39	12,5	62	19,9	158	50,8	39	12,5

Πίνακας 10. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική φροντίδα στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Καθόλου		Πολύ λίγο		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών)	1	0,3	0	0	23	7,4	71	23	182	58,9	32	10,4
Συμπεριφορά ιατρών (ευγένεια, σεβασμός, υποστήριξη) κατά τη διάρκεια της εξέτασης	1	0,3	0	0	25	8,1	67	21,6	177	57,1	40	12,9
Ενημέρωση από τους γιατρούς σχετικά με το πρόβλημα σας	2	0,6	5	1,6	33	10,7	52	16,8	171	55,3	46	14,9
Ενημέρωση για τον επανέλεγχο εξέτασής σας	3	1	5	1,6	32	10,4	46	14,9	173	56	50	16,2

Πίνακας 11. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την νοσηλευτική φροντίδα στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Καθόλου		Πολύ λίγο		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ποιότητα νοσηλευτικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα)	1	0,3	6	1,9	23	7,4	88	28,5	165	53,4	26	8,4
Συμπεριφορά νοσηλευτών (ενημέρωση, ευγένεια, σεβασμός)	1	0,3	5	1,6	22	7,1	89	28,8	166	53,7	26	8,4

Πίνακας 12. Οι εντυπώσεις των ασθενών αναφορικά με το ΤΕΠ.

Ερώτηση	Καθόλου		Πολύ λίγο		Λίγο		Πολύ		Πάρα πολύ		Απόλυτα	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Σε ποιο βαθμό κρίνετε αποτελεσματική την οργάνωση και τη διαχείριση του επείγοντος	10	3,2	7	2,2	31	9,7	71	22,6	163	51,9	31	9,7
Σε ποιο βαθμό κρίνετε ότι το προσωπικό ανταποκρίθηκε επαρκώς	4	1,3	6	1,9	20	6,4	94	30,2	149	47,9	38	12,2
Σε ποιο βαθμό θα επιλέγατε να επισκεφθείτε ξανά τα επείγοντα, θα συστήνατε το νοσοκομείο ΚΑΤ στους φίλους σας	9	2,9	5	1,6	16	5,1	47	14,9	105	33,3	133	42,2
Σε ποιο βαθμό θεωρείτε την καθαριότητα των χώρων των επειγόντων ικανοποιητική	5	1,6	4	1,3	29	9,2	62	19,7	145	46	70	22,2
Σε ποιο βαθμό θεωρείται ικανοποιητική την κτιριακή υποδομή στέγασης των επειγόντων	4	1,3	10	3,2	53	17,2	72	23,3	147	47,6	23	7,4
Σε ποιο βαθμό η προσβασιμότητα προς το νοσοκομείο σας καθυστέρησε (κυκλοφορία, μακρινή απόσταση)	65	20,7	74	23,6	73	23,2	34	10,8	52	16,6	16	5,1
Σε ποιο βαθμό γνωρίζατε ότι το νοσοκομείο εφημερεύει για όλα τα περιστατικά	52	16,5	15	4,8	9	2,9	46	14,6	61	19,4	132	41,9

Δημιουργήθηκαν τρεις βαθμολογίες ικανοποίησης και τα περιγραφικά τους αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 13. Οι βαθμολογίες λαμβάνουν τιμές από 0 έως 100, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Όλες οι βαθμολογίες ικανοποίησης ήταν πάνω από τη μέση τιμή του 50, γεγονός που δηλώνει αυξημένη ικανοποίηση. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση αφορούσε την ιατρονοσηλευτική φροντίδα και ακολούθως τη λειτουργία και τις υποδομές.

Πίνακας 13. Βαθμολογίες ικανοποίησης

Βαθμολογία	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Cronbach's alpha
Ικανοποίηση από τη λειτουργία	75,9	14,2	80,9	23,8	100	0,871
Ικανοποίηση από την ιατρονοσηλευτική φροντίδα	78,1	12,7	83,3	27,8	100	0,943
Ικανοποίηση από τις υποδομές	75,6	15,4	83,3	16,7	100	0,827

Στον πίνακα 14 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία λειτουργίας.

Πίνακας 14. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία λειτουργίας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,9 ^α
Άνδρες	75,9	14,0	
Γυναίκες	76,1	14,7	
Ηλικία			0,1^α
18-45	74,7	14,8	
46-65	77,5	13,6	
Εθνικότητα			0,6 ^α
Ελληνική	75,7	14,3	
Άλλη	77,2	14,7	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,03 ^β	0,6 ^β
Τόπος συμβάντος			0,8 ^α
Αττική	76,0	14,5	
Εκτός Αττικής	76,9	12,6	
Τρόπος μεταφοράς			0,2^α
ΕΚΑΒ	73,1	16,0	
Άλλο	76,5	14,0	

^α έλεγχος t

^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας λειτουργίας και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 15.

Πίνακας 15. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία λειτουργίας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία 46-65 ετών σε σχέση με ηλικία 18-45 ετών	3,6	0,2 έως 7	0,039

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν ότι οι ασθενείς ηλικίας 46-65 ετών ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με την λειτουργία σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας 18-45 ετών. Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας λειτουργίας, καθώς ο συντελεστής R^2 ήταν 2%.

Στον πίνακα 16 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Πίνακας 16. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 ^α
Άνδρες	77,3	13,2	
Γυναίκες	78,6	12,3	
Ηλικία			0,04^α
18-45	76,6	12,6	
46-65	79,6	12,8	
Εθνικότητα			0,3 ^α
Ελληνική	77,7	12,5	
Άλλη	80,0	14,3	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,0 ^β	0,9 ^β
Τόπος συμβάντος			0,1^α
Αττική	77,8	12,7	
Εκτός Αττικής	82,4	11,6	
Τρόπος μεταφοράς			0,1^α
ΕΚΑΒ	75,4	14,8	
Άλλο	78,4	12,3	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ιατρονοσηλευτικής φροντίδας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 17.

Πίνακας 17. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ιατρονοσηλευτικής φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ηλικία 46-65 ετών σε σχέση με ηλικία 18-45 ετών	3,6	0,6 έως 6,5	0,019
Μεταφορά με άλλο μέσο σε σχέση με μεταφορά με το ΕΚΑΒ	4,3	0,3 έως 8,3	0,036

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτει ότι οι ασθενείς ηλικίας 46-65 ετών ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με την λειτουργία σε σχέση με τους ασθενείς ηλικίας 18-45 ετών. Οι ασθενείς που μεταφέρθηκαν με άλλο μέσο ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με την λειτουργία σε σχέση με τους ασθενείς που μεταφέρθηκαν με ΕΚΑΒ. Και τέλος, οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ιατρονοσηλευτικής φροντίδας, καθώς ο συντελεστής R^2 ήταν 2%.

Στον πίνακα 18 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία υποδομών.

Πίνακας 18. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία υποδομών.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,2^α
Άνδρες	74,7	15,4	
Γυναίκες	76,8	15,0	
Ηλικία			0,7^α
18-45	75,5	16,5	
46-65	76,1	13,6	
Εθνικότητα			0,5^α
Ελληνική	75,5	15,0	
Άλλη	77,6	17,1	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,02 ^β	0,6^β
Τόπος συμβάντος			0,7^α
Αττική	75,9	15,4	
Εκτός Αττικής	74,5	14,0	
Τρόπος μεταφοράς			0,01^α
ΕΚΑΒ	70,6	14,8	
Άλλο	76,6	15,2	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Spearman

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας υποδομών και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 19.

Πίνακας 19. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία υποδομών.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Μεταφορά με άλλο μέσο σε σχέση με μεταφορά με το ΕΚΑΒ	6,1	1,3 έως 10,8	0,013

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν αρχικά ότι οι ασθενείς που μεταφέρθηκαν με άλλο μέσο ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με τις υποδομές σε σχέση με τους ασθενείς που μεταφέρθηκαν με ΕΚΑΒ. Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας υποδομών, καθώς ο συντελεστής R^2 ήταν 2%.

7.2 Το δευτερο ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών

7.2.1. Δημογραφικά χαρακτηριστικά

Ο μελετώμενος πληθυσμός περιλάμβανε 310 ασθενείς που επισκέφτηκαν το τμήμα επειγόντων περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Αττικής ΚΑΤ. Στον πίνακα 20 παρουσιάζονται τα δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Το 51% ήταν γυναίκες και το 49% ήταν άνδρες μέσης ηλικίας 49,3 ετών. Οι περισσότεροι ήταν Ελληνικής εθνικότητας (83,5%), απόφοιτοι λυκείου (32,3%) και υπάλληλοι (41,3%).

Πίνακας 20. Δημογραφικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Χαρακτηριστικό	N	%
Φύλο		
Άνδρες	152	49,0
Γυναίκες	158	51,0
Ηλικία		
	49,3 ^α	18,9 ^β
Εθνικότητα		
Ελληνική	259	83,5
Άλλη	51	16,5
Εκπαιδευτικό επίπεδο		
Κανένα	14	4,5
Δημοτικό σχολείο	42	13,5
Γυμνάσιο	63	20,3
Λύκειο	100	32,3
ΙΕΚ	24	7,7
ΤΕΙ	31	10,0
ΑΕΙ	31	10,0
Μεταπτυχιακό δίπλωμα	5	1,6
Επάγγελμα		
Ιδιωτικός υπάλληλος	101	32,6
Δημόσιος υπάλληλος	27	8,7
Ελεύθερος επαγγελματίας	43	13,9
Άνεργος	52	16,8
Φοιτητής	19	6,1
Συνταξιούχος	57	18,4
Μαθητής	11	3,5

^α μέση τιμή ^β τυπική απόκλιση

7.2.2. Κλινικά χαρακτηριστικά

Στον πίνακα 21 παρουσιάζονται τα κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών. Οι συχνότερες αιτίες επίσκεψης ήταν ατύχημα (59,4%), έντονος πόνος στο στήθος (12,9%) και τροχαίο ατύχημα και τραυματισμός (7,7%). Ο συχνότερος τύπος εφημερίας ήταν ο Δ (60,3%), καθώς στην εφημερία Δ εφημερεύουν όλα τα τμήματα του νοσοκομείου, το νοσοκομείο έχει γενική εφημερία ενώ οι συχνότερες κατηγορίες συμβάντος ήταν ορθοπαιδικό (41,9%), ορθοπαιδικό και τραύμα (23,9%) και παθολογικό (22,3%). Οι περισσότεροι είχαν επισκεφτεί ξανά το ΤΕΠ του ΚΑΤ (82,6%), πραγματοποιούσαν προληπτικές εξετάσεις (84,1%) και είχαν νοσηλευτεί στο παρελθόν σε νοσοκομείο (62,5%). Το 51% είχαν κάποιο πρόβλημα υγείας, με συχνότερα προβλήματα να είναι προβλήματα του καρδιαγγειακού συστήματος (41%), μεταβολικά νοσήματα (12,2%), νεοπλάσματα (10,3%), αυτοάνοσα νοσήματα (10,3%) και ψυχιατρικά νοσήματα (10,3%).

Πίνακας 21. Κλινικά χαρακτηριστικά των ασθενών.

Χαρακτηριστικό	N	%
Αιτία επίσκεψης		
Ατύχημα	184	59,4
Ατύχημα & τραυματισμός (τροχαίο)	24	7,7
Ατύχημα & τραυματισμός (εργατικό)	13	4,2
Έντονος πόνος στο στήθος	40	12,9
Έντονος πόνος στην κοιλιά	14	4,5
Άλλο	35	11,3
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ		
Ναι	256	82,6
Όχι	54	17,4
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		
1	102	36,4
2-3	164	58,6
4-5	11	3,9
>5	3	1,1
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων		
Ναι	260	84,1
Όχι	49	15,9
Αριθμός νοσηλείων σε νοσοκομείο		
0	116	37,5
1-3	170	55,0
4-6	22	7,1
7-9	1	0,3

Άλλο πρόβλημα υγείας		
Ναι	158	51,0
Όχι	152	49,0
Πρόβλημα υγείας		
Αυτοάνοσο	16	10,3
Ψυχιατρικό	16	10,3
Αναπνευστικό σύστημα	1	0,6
Κυκλοφορικό σύστημα	2	1,3
Καρδιαγγειακό σύστημα	64	41,0
Μυοσκελετικό σύστημα	8	5,1
Πεπτικό σύστημα	1	0,6
Νεοπλασμάτα	16	10,3
Αιματολογικό	4	2,6
Νευρολογικό	9	5,8
Μεταβολικό	19	12,2
Τύπος εφημερίας		
Α	2	0,6
Β	72	23,2
Γ	49	15,8
Δ	187	60,3
Κατηγορία συμβάντος		
Ορθοπαιδικό	130	41,9
Ορθοπαιδικό και τραύμα	74	23,9
Παθολογικό	69	22,3
Χειρουργικό	10	3,2
Πλαστική χειρουργική	15	4,8
Νευρολογικό	12	3,9

7.2.3. Άφιξη

Στον πίνακα 22 και στο γράφημα 7 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την άφιξη στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Οι περισσότεροι ασθενείς προσήλθαν με ιδιωτικό αυτοκίνητο (67,4%), ενώ το 18,1% των ασθενών προσήλθαν με το ΕΚΑΒ, το 11% με ταξί και το 3,5% με εναέρια διακομιδή.

Το 78,1% συμφώνησαν ότι η πρόσβαση στο νοσοκομείο ήταν εύκολη, ενώ το 20% διαφώνησαν. Το 49,4% συμφώνησαν ότι η εύρεση θέσης για παρκάρισμα ήταν εύκολη, ενώ το 24,2% διαφώνησαν. Το 65,5% συμφώνησαν ότι η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του νοσοκομείου για να βρεθεί το τμήμα επειγόντων διευκόλυνε σε μεγάλο βαθμό τους ασθενείς, ενώ το 8,3% διαφώνησαν.

7.2.4. Υποδοχή

Στον πίνακα 23 και στο γράφημα 8 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών. Το 96,1% συμφώνησαν ότι το προσωπικό στο ΤΕΠ ήταν ευγενικό και πρόθυμο να εξυπηρετήσει, ενώ το 1,9% διαφώνησαν. Το 93,5% συμφώνησαν ότι η παροχή πληροφοριών από το τμήμα διαλογής ασθενών ήταν επαρκής, ενώ το 5,5% διαφώνησαν. Το 95,8% συμφώνησαν ότι η ύπαρξη πινακίδων διευκολύνει την κίνηση, ενώ το 2,3% διαφώνησαν.

7.2.5. Χρόνος και χώρος αναμονής

Το 44,8% ανέμεναν <10 λεπτά μέχρι να εξεταστούν, το 35,2% ανέμεναν 30-60 λεπτά, το 18,4% ανέμεναν 10-30 λεπτά και το 1,6% ανέμεναν 1-2 ώρες. Στον πίνακα 23 και στο γράφημα 9 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τον χρόνο και τον χώρο στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Το 40,6% συμφώνησαν ότι ο χρόνος αναμονής ήταν υπερβολικός, ενώ το 58,1% διαφώνησαν. Το 93,9% συμφώνησαν ότι η ύπαρξη φωτεινού πίνακα σειράς προτεραιότητας και εξεταστηρίων στον χώρο αναμονής αποτελεί διευκόλυνση για τους ασθενείς, ενώ το 3,9% διαφώνησαν. Το 96,5% συμφώνησαν ότι η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή, ενώ το 1,6% διαφώνησαν. Το 9,4% συμφώνησαν ότι η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη,

ενώ το 89,7% διαφώνησαν. Το 94,8% συμφώνησαν ότι ήταν εύκολο να βρουν κάθισμα, ενώ το 0,9% διαφώνησαν. Το 7,1% συμφώνησαν ότι η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη, ενώ το 91,9% διαφώνησαν. Το 75,2% συμφώνησαν ότι οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες, ενώ το 9% διαφώνησαν.

7.2.6. Ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα

Στον πίνακα 24 και στο γράφημα 10 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Το 97,8% συμφώνησαν ότι η ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών) ήταν ικανοποιητική, ενώ το 1% διαφώνησαν. Το 95,8% συμφώνησαν ότι το ιατρικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της εξέτασης ήταν ευγενικό, εξυπηρετικό και πρόθυμο να απαντήσει στα ερωτήματα, ενώ το 1,9% διαφώνησαν. Το 95,8% συμφώνησαν ότι οι εξηγήσεις και οι οδηγίες που έλαβαν από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία ήταν επαρκείς, ενώ το 1,9% διαφώνησαν. Το 95,8% συμφώνησαν ότι έχουν εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής, ενώ το 1,9% διαφώνησαν. Το 90,9% συμφώνησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό φάνηκε έμπειρο και ικανό, ενώ το 8,1% διαφώνησαν. Το 90,9% συμφώνησαν ότι το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ευγενικό και πρόθυμο να βοηθήσει, ενώ το 8,1% διαφώνησαν.

7.2.7. Εργαστηριακές εξετάσεις

Το 94,8% των ασθενών υποβλήθηκαν σε εργαστηριακές εξετάσεις, ενώ το 5,2% δεν υποβλήθηκαν. Στον πίνακα 25 και στο γράφημα 11 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις στο τμήμα επειγόντων περιστατικών. Το 95,5% συμφώνησαν ότι η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του νοσοκομείου για τα εργαστήρια ήταν επαρκής/κατατοπιστική, ενώ το 0,6% διαφώνησαν. Το 15,5% συμφώνησαν ότι οι χώροι εξέτασης στα εργαστήρια ήταν στενόχωροι/άβολοι, ενώ το 80,4% διαφώνησαν. Το 95,5% συμφώνησαν ότι οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με εύκολο και ανώδυνο, ενώ το 0,6% διαφώνησαν. Το 92,3% συμφώνησαν ότι το βοηθητικό προσωπικό των εργαστηρίων ήταν πρόθυμο να εξυπηρετήσει, ενώ το 3,5% διαφώνησαν.

7.2.8. Συνολική αξιολόγηση

Η μέση βαθμολογία συνολικής αξιολόγησης του ΤΕΠ του νοσοκομείου ήταν 7,5/10, η τυπική απόκλιση ήταν 1,9, η διάμεσος ήταν 8, η ελάχιστη ήταν 2 και η μέγιστη ήταν 10. Στον πίνακα 27 και στο γράφημα 12 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ του νοσοκομείου. Το 88,4% συμφώνησαν ότι είναι ευχαριστημένοι συνολικά από το ΤΕΠ, ενώ το 11,3% διαφώνησαν. Το 89,7% συμφώνησαν ότι θα επέλεγαν ξανά το ίδιο νοσοκομείο, ενώ το 7,1% διαφώνησαν. Το 90% συμφώνησαν ότι θα σύστηναν το νοσοκομείο σε οικογένεια/φίλους, ενώ το 6,8% διαφώνησαν.

Πίνακας 22. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την άφιξη στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2. Η πρόσβαση στο νοσοκομείο ήταν εύκολη:	0	0	62	20,0	3	1,0	239	77,1	3	1,0	3	1,0
3. Η εύρεση θέσης για παρκάρισμα ήταν εύκολη:	1	0,3	74	23,9	1	0,3	153	49,4	0	0	81	26,1
4. Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του νοσοκομείου για να βρείτε το τμήμα επειγόντων σας διευκόλυνε:	2	0,6	24	7,7	0	0	203	65,5	0	0	81	26,1

Πίνακας 23. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
5. Το προσωπικό που σας υποδέχτηκε στο τμήμα των επειγόντων ήταν ευγενικό και πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:	0	0	6	1,9	1	0,3	288	92,9	10	3,2	5	1,6
6. Η παροχή πληροφοριών από το τμήμα διαλογής ασθενών, για το που ακριβώς θα πάτε, σε ποιο εξεταστήριο και τι να κάνετε πριν την εξέταση σας στα επείγοντα ήταν επαρκής :	0	0	17	5,5	1	0,3	280	90,3	10	3,2	2	0,6
7. Η ύπαρξη πινακίδων διευκολύνουν την κίνηση σας στα επείγοντα :	0	0	7	2,3	4	1,3	287	92,6	10	3,2	2	0,6

Πίνακας 24. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τον χρόνο και τον χώρο στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
9. Ο χρόνος αναμονής για εξέταση ήταν υπερβολικός:	34	11	146	47,1	4	1,3	121	39	5	1,6	0	0
10. Η ύπαρξη φωτεινού πίνακα σειράς προτεραιότητας και εξεταστηρίων στον χώρο αναμονής αποτελεί διευκόλυνση για τους ασθενείς:	7	2,3	5	1,6	4	1,3	284	91,6	7	2,3	3	1
11. Η αίθουσα αναμονής ήταν καθαρή:	0	0	5	1,6	3	1	295	95,2	4	1,3	3	1
12. Η αίθουσα αναμονής ήταν στενόχωρη:	31	10	247	79,7	0	0	29	9,4	0	0	3	1
13. Ήταν εύκολο να βρείτε κάθισμα για να περιμένετε:	1	0,3	2	0,6	2	0,6	288	92,9	6	1,9	11	3,5
14. Η θερμοκρασία στην αίθουσα αναμονής ήταν δυσάρεστη:	28	9	257	82,9	0	0	19	6,1	3	1,0	3	1
16. Οι τουαλέτες ήταν καθαρές και φροντισμένες:	0	0	28	9	1	0,3	226	72,9	7	2,3	48	15,5

Πίνακας 25. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
17. Η ποιότητα ιατρικής φροντίδας (εμπειρία, ικανότητα ιατρών) ήταν ικανοποιητική:	0	0	3	1	4	1,3	273	88,1	30	9,7	0	0
18. Το ιατρικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της εξέτασης ήταν ευγενικό, εξυπηρετικό και πρόθυμο να απαντήσει στα ερωτήματά σας:	0	0	6	1,9	6	1,9	245	79	52	16,8	1	0,3
19. Οι εξηγήσεις και οι οδηγίες από το γιατρό σε σχέση με τη θεραπεία ήταν επαρκείς :	0	0	6	1,9	7	2,3	245	79	52	16,8	0	0
20. Έχετε εμπιστοσύνη στην ορθότητα και καταλληλότητα της διάγνωσης και της θεραπευτικής αγωγής που σας είπε ο γιατρός:	0	0	6	1,9	7	2,3	245	79	52	16,8	0	0
21. Το νοσηλευτικό προσωπικό φάνηκε έμπειρο και ικανό:	0	0	25	8,1	3	1	245	79	37	11,9	0	0
22. Το νοσηλευτικό προσωπικό ήταν ευγενικό και πρόθυμο να βοηθήσει :	0	0	25	8,1	3	1	247	79,7	35	11,3	0	0

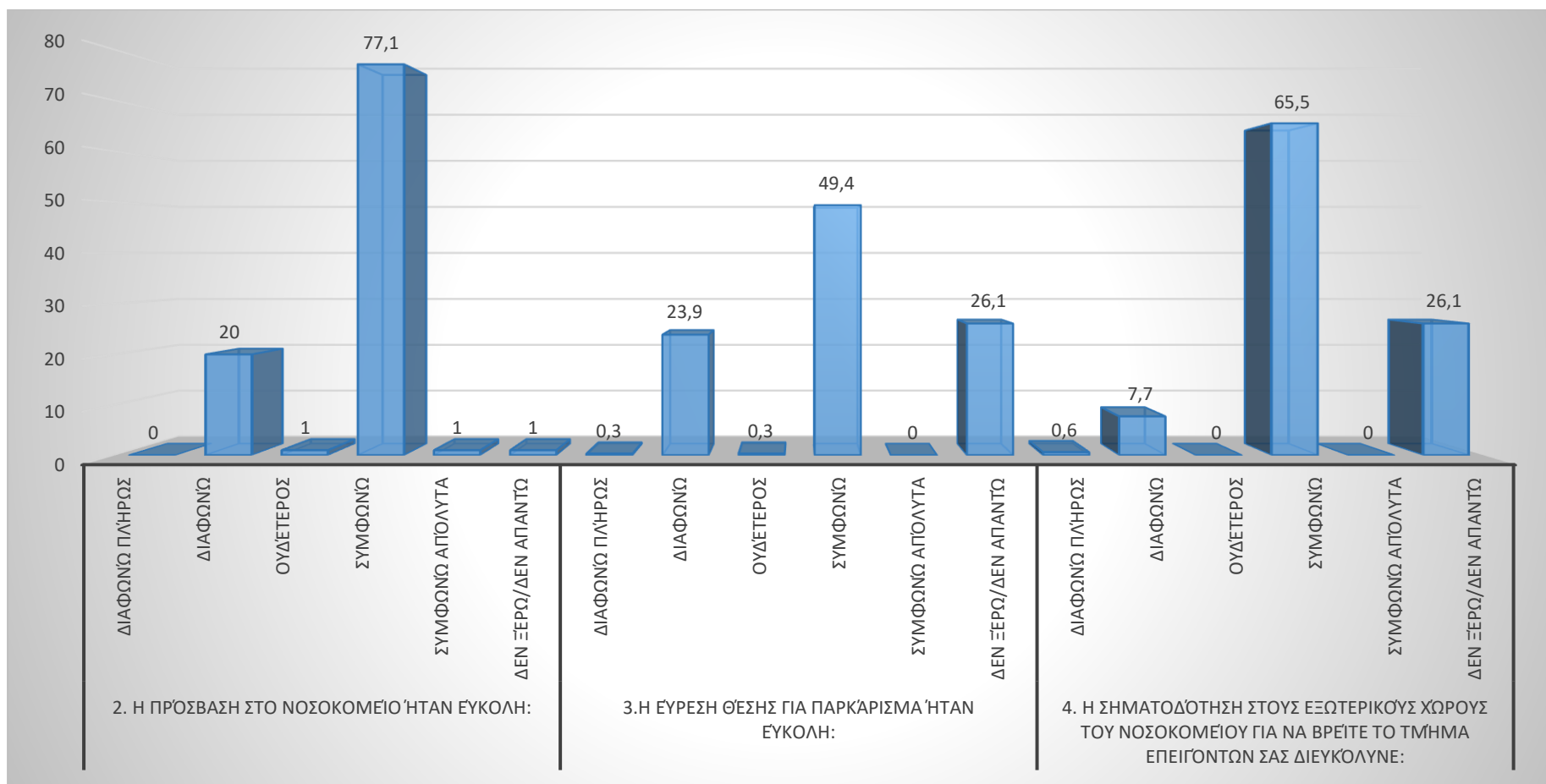
Πίνακας 26. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις στο ΤΕΠ.

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
24. Η σηματοδότηση στους εξωτερικούς χώρους του νοσοκομείου για τα εργαστήρια ήταν επαρκής / κατατοπιστική:	0	0	2	0,6	0	0	287	92,6	9	2,9	12	3,9
25. Οι χώροι εξέτασης στα εργαστήρια ήταν στενόχωροι / άβολοι:	20	6,5	229	73,9	1	0,3	48	15,5	0	0	12	3,9
26. Οι εργαστηριακές εξετάσεις πραγματοποιήθηκαν με εύκολο και ανώδυνο για σας τρόπο:	0	0	2	0,6	0	0	286	92,3	10	3,2	12	3,9
27. Το βοηθητικό προσωπικό των εργαστηρίων ήταν πρόθυμο να σας εξυπηρετήσει:	0	0	11	3,5	0	0	277	89,4	9	2,9	13	4,2

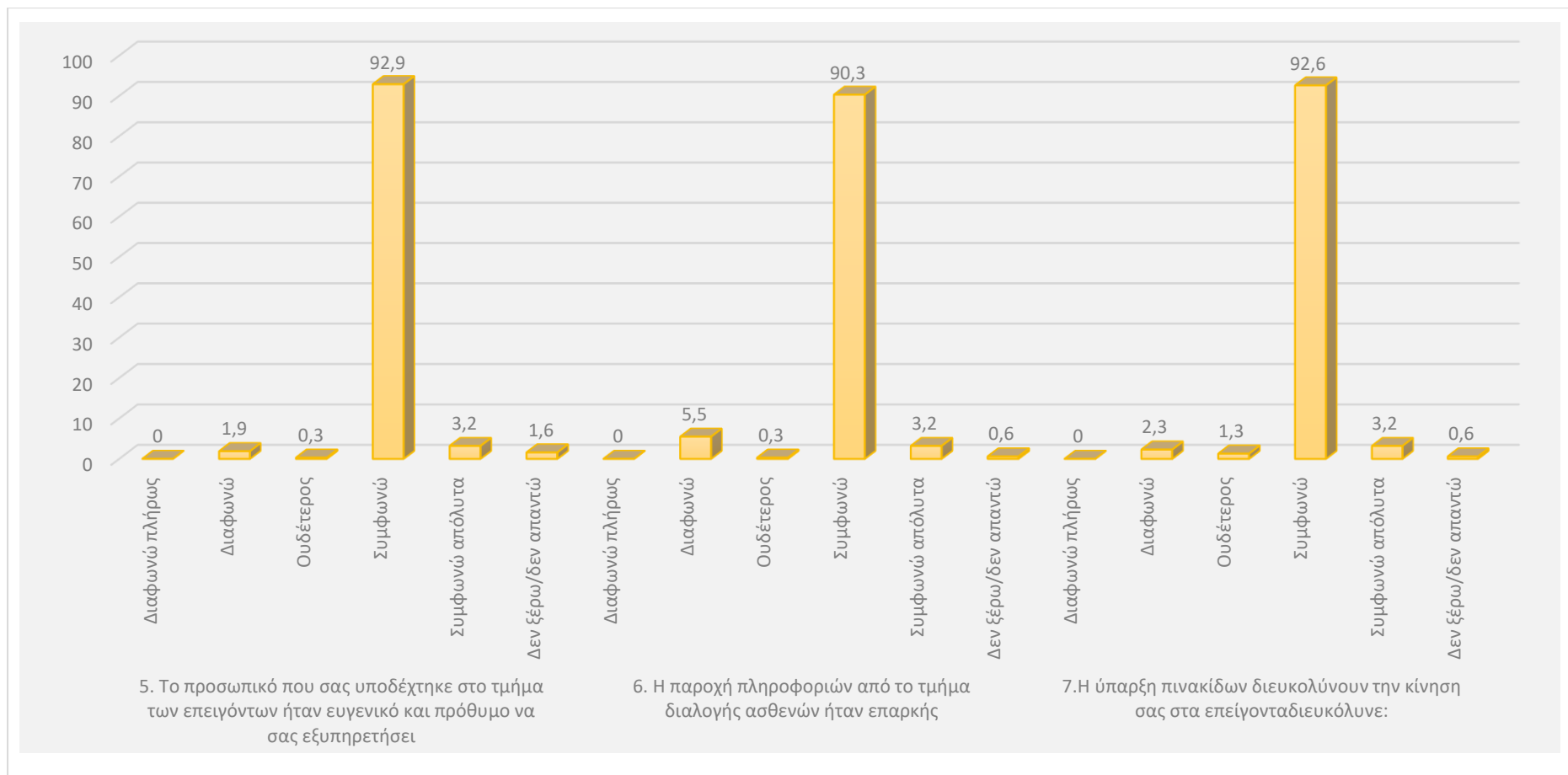
Πίνακας 27. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ.

Ερώτηση	Διαφωνώ πλήρως		Διαφωνώ		Ούτε συμφωνώ/ ούτε διαφωνώ		Συμφωνώ		Συμφωνώ απόλυτα		Δεν ξέρω/ δεν απαντώ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
29. Από την επίσκεψή σας συνολικά στο τμήμα επειγόντων περιστατικών του νοσοκομείου είστε ευχαριστημένος:	0	0	35	11,3	1	0,3	218	70,3	56	18,1	0	0
30. Θα επιλέγατε να έρθετε ξανά στο Νοσοκομείο μας:	0	0	22	7,1	10	3,2	171	55,2	107	34,5	0	0
31. Θα συστήνατε το Νοσοκομείο μας στους φίλους και στην οικογένειά σας:	0	0	21	6,8	10	3,2	172	55,5	107	34,5	0	0

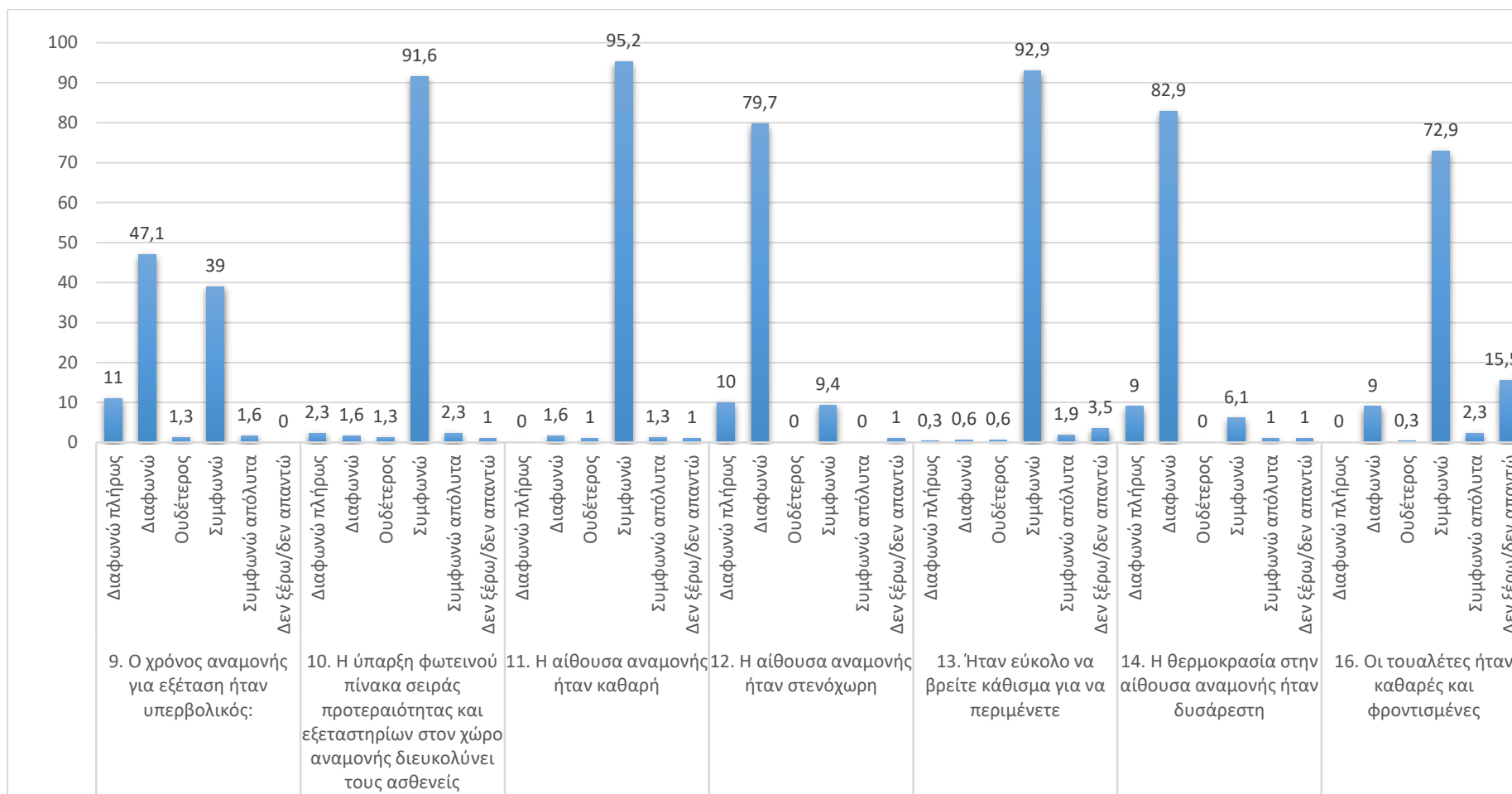
Γράφημα 7. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την άφιξη στο ΤΕΠ.



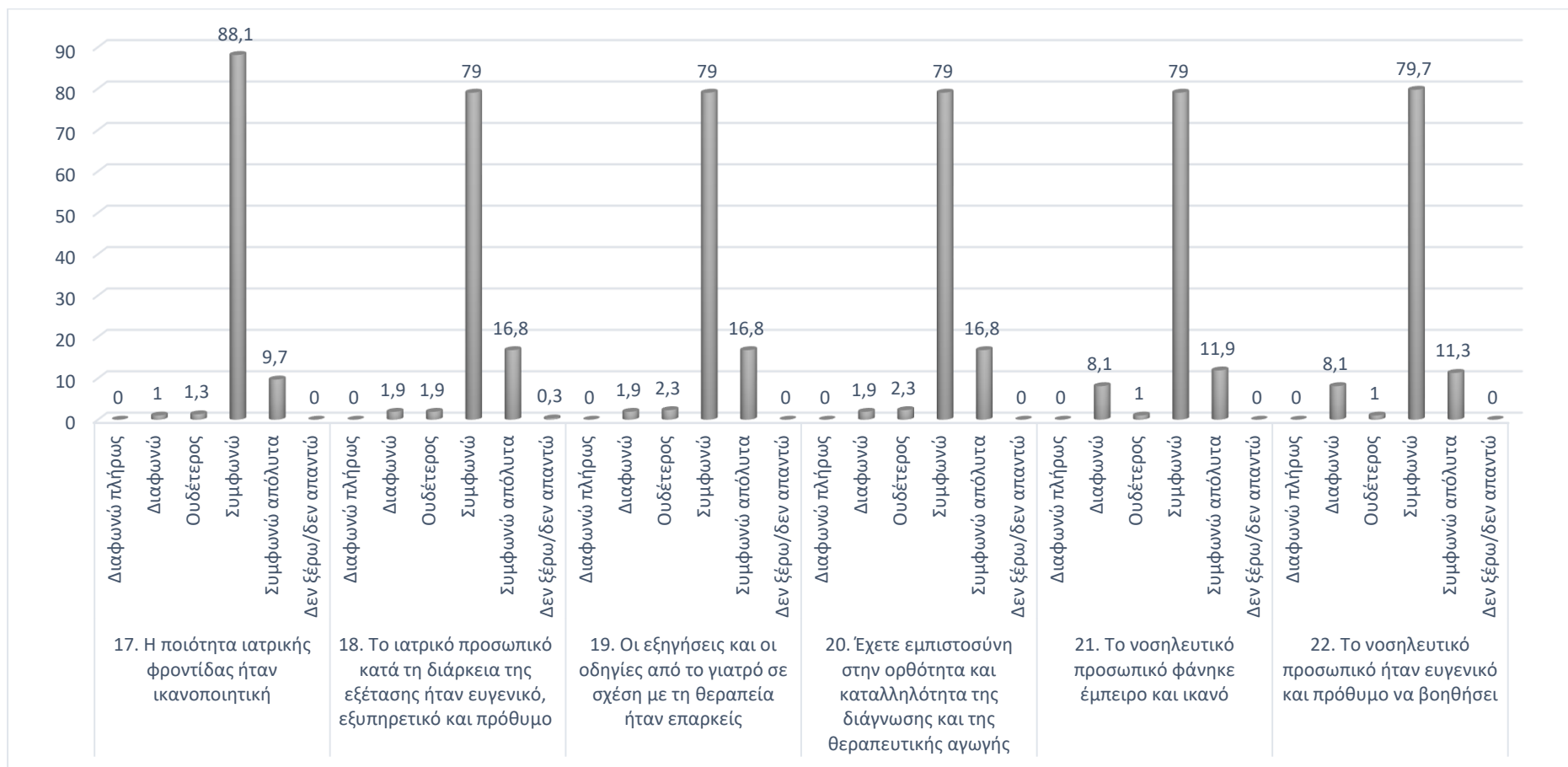
Γράφημα 8. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την υποδοχή στο ΤΕΠ.



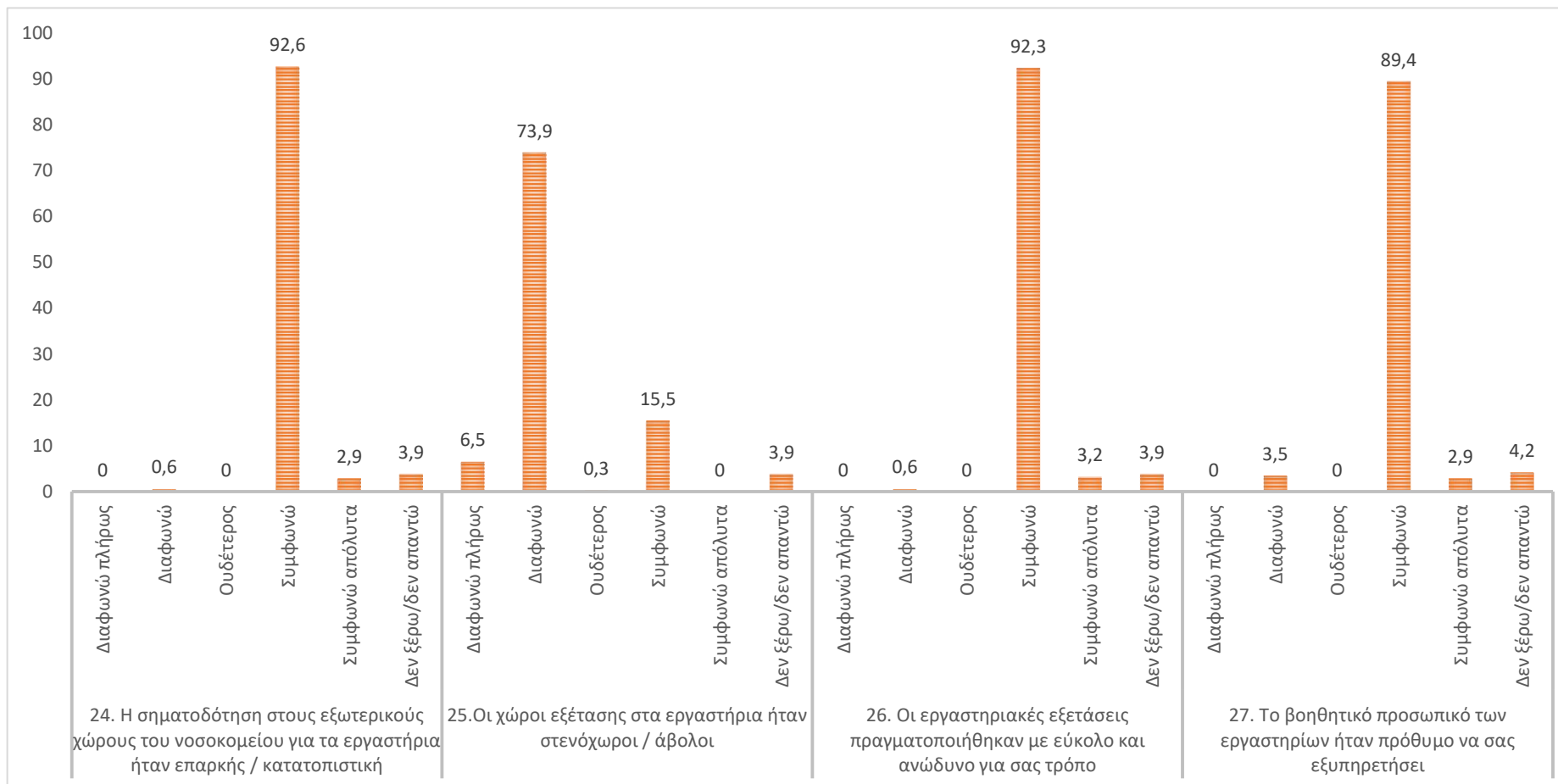
Γράφημα 9. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τον χρόνο και τον χώρο στο ΤΕΠ.



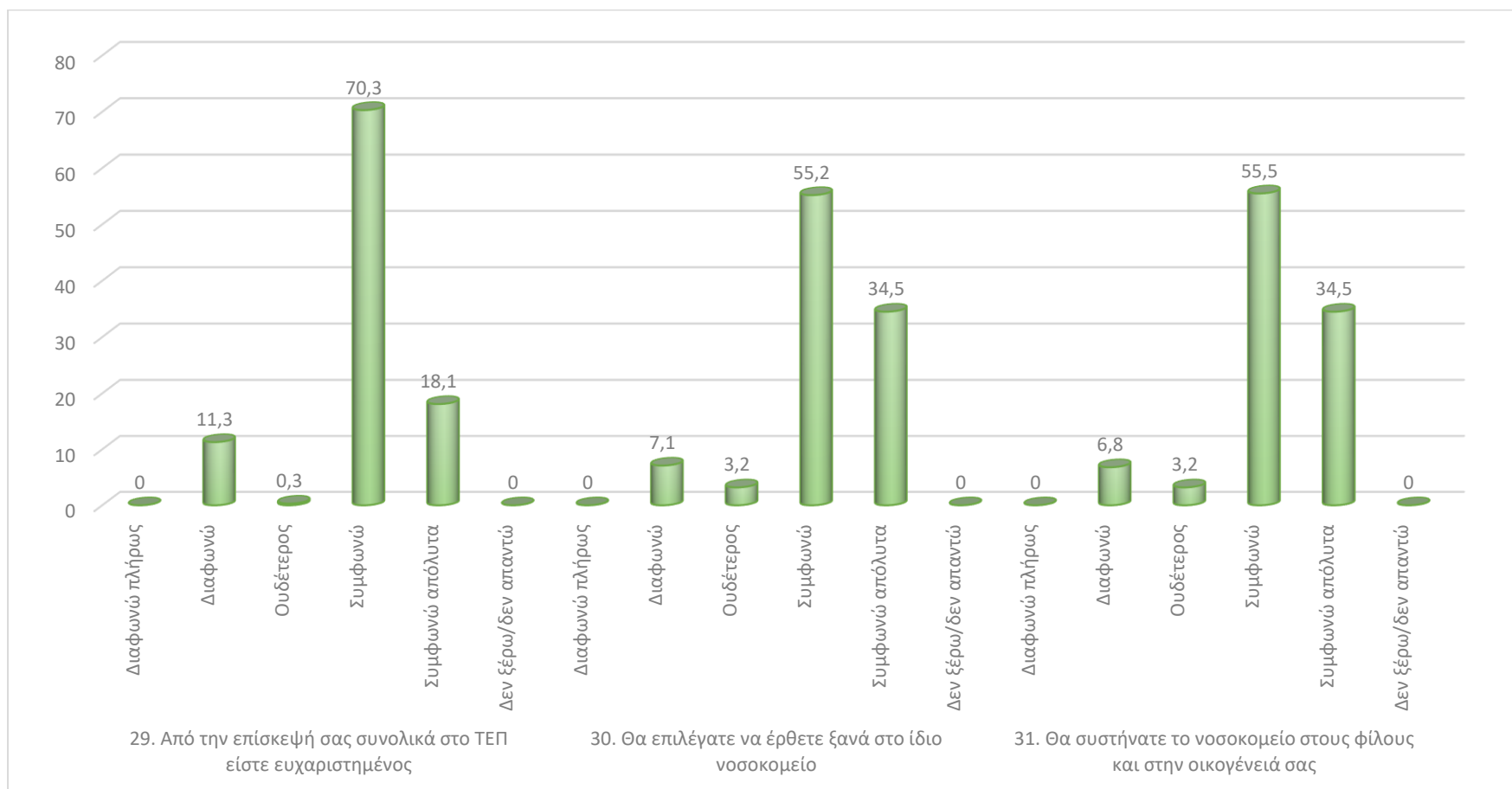
Γράφημα 10. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με την ιατρική και νοσηλευτική φροντίδα στο ΤΕΠ.



Γράφημα 11. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τις εργαστηριακές εξετάσεις στο ΤΕΠ.



Γράφημα 12. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με τη συνολική αξιολόγηση του ΤΕΠ.



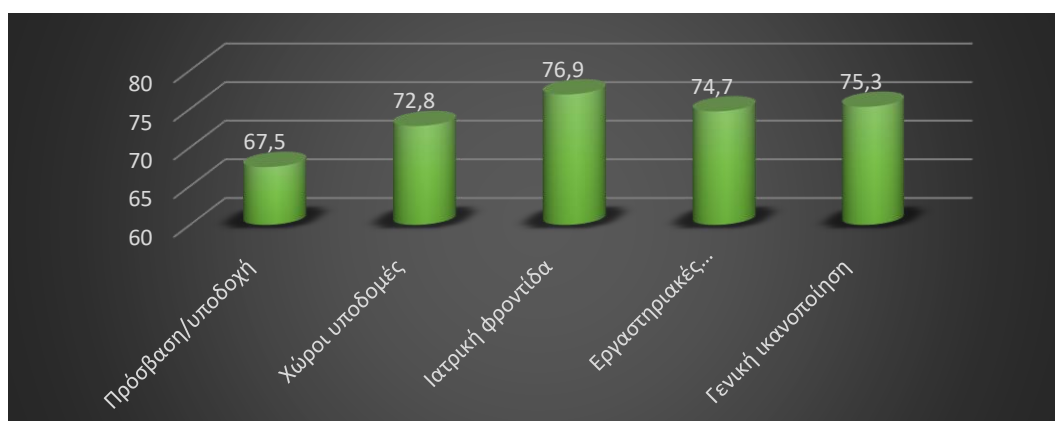
7.2.9. Βαθμολογίες ικανοποίησης

Δημιουργήθηκαν πέντε βαθμολογίες ικανοποίησης και τα περιγραφικά τους αποτελέσματα παρουσιάζονται στον πίνακα 28 και στο γράφημα 13. Οι βαθμολογίες λαμβάνουν τιμές από 0 έως 100, με τις μεγαλύτερες τιμές να δηλώνουν μεγαλύτερη ικανοποίηση. Όλες οι βαθμολογίες ικανοποίησης ήταν στο υψηλότερο μισό του 50, γεγονός που δηλώνει αυξημένη ικανοποίηση. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση αφορούσε την ιατρική φροντίδα και ακολούθως τη γενική ικανοποίηση, τις εργαστηριακές εξετάσεις, τους χώρους/υποδομές και την πρόσβαση/υποδοχή.

Πίνακας 28. Βαθμολογίες ικανοποίησης

Βαθμολογία	Ερωτήσεις	Μέση τιμή	Τυπική απόκλιση	Διάμεσος	Ελάχιστη τιμή	Μέγιστη τιμή	Cronbach's alpha
Πρόσβαση/υποδοχή	3,4,5,6,7,9,10	67,5	9,2	68	32,1	89,3	0,556
Χώροι/υποδομές	11,12,13,14,25	72,8	8,4	75	20	95	0,617
Ιατρική φροντίδα	17,18,19,20	76,9	11,6	75	25	100	0,943
Εργαστηριακές εξετάσεις	24,26,27	74,7	4,8	75	58,3	100	0,508
Γενική ικανοποίηση	21,22,29,30,31	75,3	17,2	75	25	100	0,927

Γράφημα 13. Μέσες βαθμολογίες ικανοποίησης.



7.3. Συσχετίσεις με τις βαθμολογίες ικανοποίησης

7.3.1. Βαθμολογία πρόσβασης/υποδοχής

Στον πίνακα 29 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία πρόσβασης/υποδοχής.

Πίνακας 29. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία πρόσβασης/υποδοχής.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,8 ^α
Ανδρες	67,4	9,5	
Γυναίκες	67,7	8,8	
Ηλικία		-0,12 ^β	0,07^β
Εθνικότητα			0,1^α
Ελληνική	67,1	9,1	
Άλλη	69,8	8,9	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,08 ^γ	0,3 ^γ
Επάγγελμα			0,3 ^α
Εργαζόμενοι	68,1	8,8	
Μη εργαζόμενοι	66,7	9,6	
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ			0,6 ^α
Ναι	67,7	8,8	
Όχι	66,7	10,6	
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		0,07 ^γ	0,4 ^γ
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων			0,9 ^α
Ναι	67,5	9,0	
Όχι	67,7	10,4	
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		-0,11 ^γ	0,1^γ
Άλλο πρόβλημα υγείας			0,04^α
Ναι	66,1	9,7	
Όχι	68,7	8,5	
Τύπος εφημερίας			<0,001^δ
Β	71,4	9,8	
Γ	67,9	8,3	
Δ	65,6	8,6	
Κατηγορία συμβάντος			0,09^δ
Ορθοπαιδικό	68,1	9,1	
Παθολογικό	67,3	9,3	
Άλλο	63,9	8,8	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson, ^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman, ^δ ανάλυση διασποράς.

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας πρόσβασης/υποδοχής και 6 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 30.

Πίνακας 30. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία πρόσβασης/υποδοχής.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Εφημερία Β σε σχέση με εφημερία Δ	5,5	2,9 έως 8,2	<0,001
Ηλικία	-0,07	-0,14 έως -0,01	0,029

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν ότι οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε εφημερία τύπου Β ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με την πρόσβαση/υποδοχή σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν σε εφημερία τύπου Δ. Επιπλέον, η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με μείωση της ικανοποίησης αναφορικά με την πρόσβαση/υποδοχή. Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 8% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας πρόσβασης/υποδοχής, καθώς ο συντελεστής R^2 ήταν 8%.

7.3.2. Βαθμολογία χώρων/υποδομών

Στον πίνακα 31 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία χώρων/υποδομών.

Πίνακας 31. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία χώρων/υποδομών.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,1^α
Άνδρες	73,7	7,0	
Γυναίκες	72,1	10,1	
Ηλικία		0,01 ^β	0,8 ^β
Εθνικότητα			0,4 ^α
Ελληνική	72,7	8,9	
Άλλη	73,9	8,1	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		-0,03 ^γ	0,5 ^γ
Επάγγελμα			0,8 ^α
Εργαζόμενοι	73,0	8,7	
Μη εργαζόμενοι	72,7	8,8	
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ			0,9 ^α
Ναι	72,9	8,6	
Όχι	73,1	9,4	
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		-0,05 ^γ	0,4 ^γ
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων	72,9	8,9	0,9 ^α
Ναι	72,9	8,0	
Όχι			
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		-0,04 ^γ	0,5 ^γ
Άλλο πρόβλημα υγείας	72,9	9,1	0,9 ^α
Ναι	72,9	8,5	
Όχι			
Τύπος εφημερίας			0,23 ^δ
Β	72,3	10,7	
Γ	71,7	9,0	
Δ	73,8	7,0	
Κατηγορία συμβάντος			<0,001^δ
Ορθοπαιδικό	73,7	6,0	
Παθολογικό	68,9	12,5	
Άλλο	75,1	11,6	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson, ^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας χώρων/υποδομών και 2 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 32.

Πίνακας 32. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία χώρων/υποδομών.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Άλλο συμβάν σε σχέση με παθολογικό	5,4	2,9 έως 7,9	<0,001
Άνδρες σε σχέση με γυναίκες	2,3	0,3 έως 7,0	0,025

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, οι ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για άλλο συμβάν ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με τους χώρους/υποδομές σε σχέση με τους ασθενείς που νοσηλεύτηκαν για παθολογικό συμβάν. Επίσης, οι άνδρες ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι όσον αφορά τους χώρους/υποδομές σε σχέση με τις γυναίκες. Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 7% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας χώρων/υποδομών, καθώς ο συντελεστής R^2 ήταν 7%.

7.3.3. Βαθμολογία ιατρικής φροντίδας

Στον πίνακα 33 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ιατρικής φροντίδας.

Πίνακας 33. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία ιατρικής φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,7 ^α
Άνδρες	77,6	9,7	
Γυναίκες	77,2	12,2	
Ηλικία		-0,07 ^β	0,2^β
Εθνικότητα			0,3 ^α
Ελληνική	77,7	11,0	
Άλλη	75,9	11,2	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,05 ^γ	0,4 ^γ
Επάγγελμα			0,6 ^α
Εργαζόμενοι	77,2	10,7	
Μη εργαζόμενοι	77,8	11,4	
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ			0,3 ^α
Ναι	77,1	10,0	
Όχι	78,8	14,8	
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		-0,01 ^γ	0,9 ^γ
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων			0,6 ^α
Ναι	77,6	11,4	
Όχι	76,8	9,1	
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		-0,07 ^γ	0,2^γ
Άλλο πρόβλημα υγείας			0,05^α
Ναι	76,2	11,5	
Όχι	78,7	10,4	
Τύπος εφημερίας			0,8 ^δ
Β	78,1	11,6	
Γ	76,9	7,9	
Δ	77,3	11,6	
Κατηγορία συμβάντος			0,7 ^δ
Ορθοπαιδικό	77,3	10,4	
Παθολογικό	78,3	10,8	
Άλλο	76,5	14,7	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson, ^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας ιατρικής φροντίδας και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 34.

Πίνακας 34. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία ιατρικής φροντίδας.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας σε σχέση με ασθενείς με πρόβλημα υγείας	2,5	0,01 έως 5,0	0,049

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν ότι οι ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά με την ιατρική φροντίδα σε σχέση με τους ασθενείς με πρόβλημα υγείας. Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας ιατρικής φροντίδας, καθώς ο συντελεστής R^2 ήταν 2%.

7.3.4. Βαθμολογία εργαστηριακών εξετάσεων

Στον πίνακα 35 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία εργαστηριακών εξετάσεων.

Πίνακας 35. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία εργαστηριακών εξετάσεων.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,08^α
Άνδρες	75,5	5,7	
Γυναίκες	74,5	4,9	
Ηλικία		0,08 ^β	0,17^β
Εθνικότητα			0,9 ^α
Ελληνική	75,0	5,3	
Άλλη	75,0	5,4	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,0 ^γ	0,9 ^γ
Επάγγελμα			0,05^α
Εργαζόμενοι	74,5	5,4	
Μη εργαζόμενοι	75,7	5,2	
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ			0,4 ^α
Ναι	74,9	5,3	
Όχι	75,6	5,3	
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		-0,01 ^γ	0,9 ^γ
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων	75,0	4,7	0,9 ^α
Ναι	75,0	7,6	
Όχι			
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		0,06 ^γ	0,3 ^γ
Άλλο πρόβλημα υγείας	75,4	5,0	0,24 ^α
Ναι	74,6	5,6	
Όχι			
Τύπος εφημερίας			0,5 ^δ
Β	74,4	5,6	
Γ	75,0	0,0	
Δ	75,3	5,9	
Κατηγορία συμβάντος			0,3 ^δ
Ορθοπαιδικό	74,7	4,4	
Παθολογικό	75,6	6,4	
Άλλο	75,7	7,5	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson, ^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας εργαστηριακών εξετάσεων και 3 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, στην οποία βρέθηκε ότι καμία ανεξάρτητη μεταβλητή δεν σχετίζονταν με τη βαθμολογία εργαστηριακών εξετάσεων .

7.3.5. Βαθμολογία γενικής ικανοποίησης

Στον πίνακα 36 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γενικής ικανοποίησης.

Πίνακας 36. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τη βαθμολογία γενικής ικανοποίησης.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,2 ^α
Άνδρες	77,2	14,4	
Γυναίκες	74,7	18,0	
Ηλικία		-0,01 ^β	0,9 ^β
Εθνικότητα			0,9 ^α
Ελληνική	75,9	16,3	
Άλλη	76,1	17,1	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,04 ^γ	0,5 ^γ
Επάγγελμα			0,9 ^α
Εργαζόμενοι	75,9	16,3	
Μη εργαζόμενοι	76,0	16,6	
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ			0,9 ^α
Ναι	75,9	15,1	
Όχι	76,2	21,4	
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		-0,08 ^γ	0,2^γ
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων			0,5 ^α
Ναι	76,2	16,4	
Όχι	74,6	16,6	
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		-0,14 ^γ	0,02^γ
Άλλο πρόβλημα υγείας			0,03^α
Ναι	73,9	16,7	
Όχι	77,9	15,9	
Τύπος εφημερίας			0,4 ^δ
Β	78,3	17,9	
Γ	75,6	15,6	
Δ	75,1	16,0	
Κατηγορία συμβάντος			0,7 ^δ
Ορθοπαιδικό	76,3	16,8	
Παθολογικό	75,9	11,9	
Άλλο	74,1	21,1	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson, ^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman, ^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ της βαθμολογίας γενικής ικανοποίησης και 4 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 37.

Πίνακας 37. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή τη βαθμολογία γενικής ικανοποίησης.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας σε σχέση με ασθενείς με πρόβλημα υγείας	4,4	0,9 έως 7,9	0,015

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν ότι ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας ήταν περισσότερο ικανοποιημένοι αναφορικά τους από την νοσοκομειακή μονάδα σε σχέση με τους ασθενείς με πρόβλημα υγείας. Η παραπάνω μεταβλητή ερμηνεύει το 2% της μεταβλητότητας της βαθμολογίας γενικής ικανοποίησης, καθώς ο συντελεστής R^2 ήταν 2%.

7.4 Ερωτηματολόγιο για την ΣΥΠΖ

Στον πίνακα 38 και στο γράφημα 14 παρουσιάζονται οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με το ερωτηματολόγιο για την υγεία.

Το 44,3% δεν είχε κανένα πρόβλημα κινητικότητας, ενώ το 55,7% είχε. Το 59% δεν είχε κανένα πρόβλημα αυτοεξυπηρέτησης, ενώ το 41% είχε. Το 37,7% δεν είχε κανένα πρόβλημα στις συνηθισμένες δραστηριότητες, ενώ το 62,3% είχε. Το 31,3% δεν είχε πόνο/δυσφορία, ενώ το 68,7% είχε. Το 9,4% δεν είχε κανένα άγχος/θλίψη, ενώ το 91,6% είχε.

Η μέση βαθμολογία του EQ-5D-5L-Index ήταν 0,47, η τυπική απόκλιση ήταν 0,35, η διάμεσος ήταν 0,54, η ελάχιστη τιμή ήταν -0,59 και η μέγιστη τιμή ήταν 1 (γράφημα 15, πίνακας 38).

Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου EQ-5D-5L ήταν 65,1, η τυπική απόκλιση ήταν 19,2, η διάμεσος ήταν 67,5, η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή ήταν 100 (γράφημα 16, πίνακας 38).

Πίνακας 38. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με το ερωτηματολόγιο για την υγεία.

	N	%
ΚΙΝΗΤΙΚΟΤΗΤΑ		
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο περπάτημα	137	44,3
Έχω μικρά προβλήματα στο περπάτημα	62	20,1
Έχω μέτρια προβλήματα στο περπάτημα	45	14,6
Έχω σοβαρά προβλήματα στο περπάτημα	54	17,5
Είμαι ανίκανος/η να περπατήσω	11	3,6
ΑΥΤΟΕΞΥΠΗΡΕΤΗΣΗ		
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να πλένομαι ή στο να ντύνομαι μόνος /η μου	183	59
Έχω μικρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	51	16,5
Έχω μέτρια προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	35	11,3
Έχω σοβαρά προβλήματα στο να πλένομαι ή να ντύνομαι	33	10,6
Είμαι ανίκανος/η να πλυθώ ή να ντυθώ	8	2,3
ΣΥΝΗΘΙΣΜΕΝΕΣ ΔΡΑΣΤΗΡΙΟΤΗΤΕΣ		
Δεν έχω κανένα πρόβλημα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	117	37,7
Έχω μικρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	59	19
Έχω μέτρια προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	64	20,6
Έχω σοβαρά προβλήματα στο να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	56	18,1
Είμαι ανίκανος/η να κάνω τις συνηθισμένες δραστηριότητές μου	14	4,5
ΠΟΝΟΣ / ΔΥΣΦΟΡΙΑ		
Δεν έχω καθόλου πόνο ή δυσφορία	97	31,3
Έχω μικρό πόνο ή δυσφορία	71	22,9
Έχω μέτριο πόνο ή δυσφορία	73	23,5
Έχω σοβαρό πόνο ή δυσφορία	57	18,4
Έχω υπερβολικό πόνο ή δυσφορία	12	3,9
ΑΓΧΟΣ / ΘΛΙΨΗ		
Δεν έχω άγχος ή θλίψη	29	9,4
Έχω μικρό άγχος ή θλίψη	22	7,1
Έχω μέτριο άγχος ή θλίψη	122	39,4
Έχω σοβαρό άγχος ή θλίψη	75	24,2
Έχω υπερβολικό άγχος ή θλίψη	62	20
EQ-5D-5L-Index	0,47 ^α	0,35 ^β
Θερμόμετρο EQ-5D-5L	65,1 ^α	19,2 ^β

^α μέση τιμή, ^β τυπική απόκλιση

7.4.1. Συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και ΣΥΠΖ

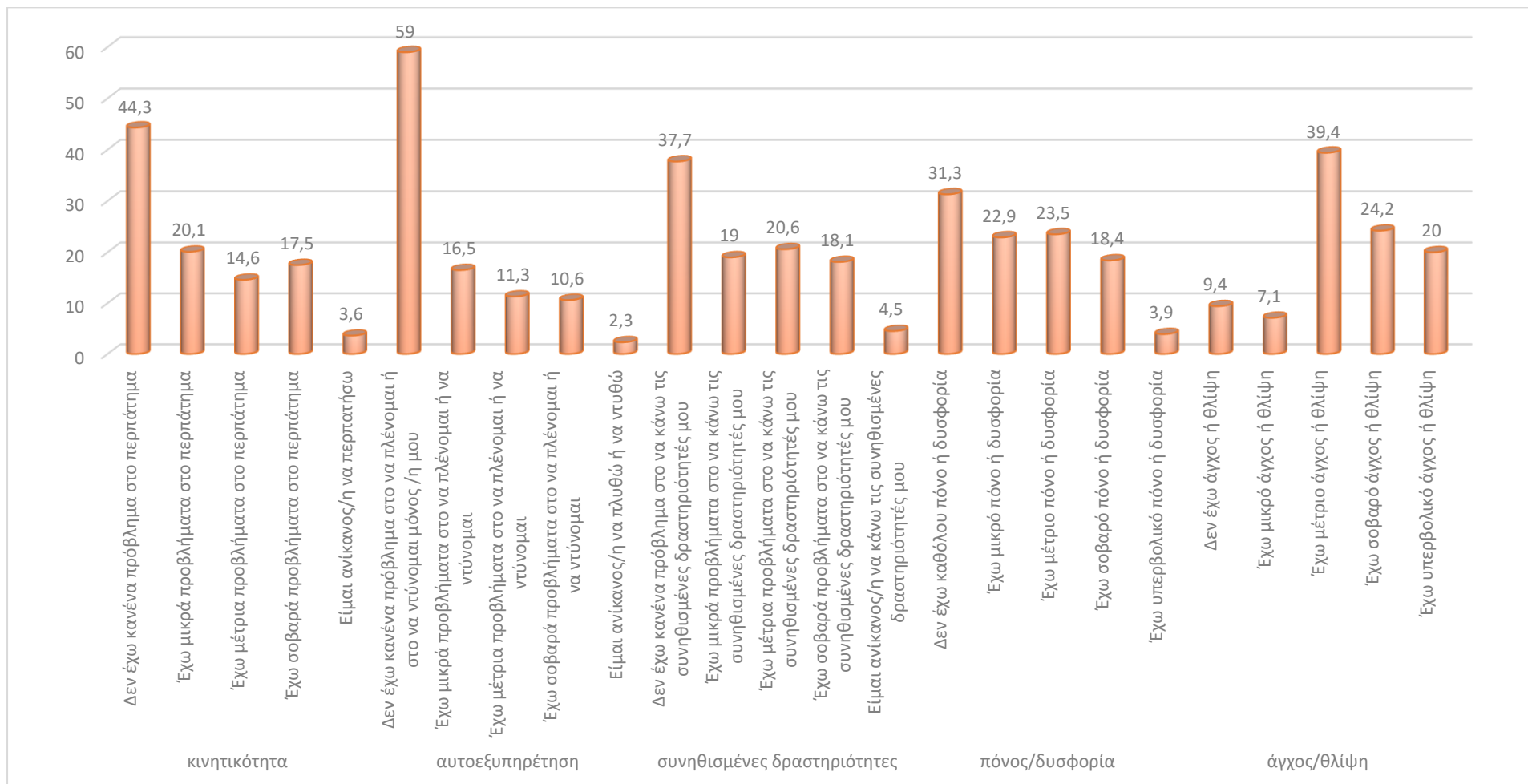
Στον πίνακα 39 παρουσιάζονται οι συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και βαθμολογίας του EQ-5D-5L-Index και του θερμομέτρου EQ-5D-5L.

Η μοναδική στατιστικά σημαντική σχέση που βρέθηκε αφορούσε τις εργαστηριακές εξετάσεις και την ΣΥΠΖ. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση της ικανοποίησης από τις εργαστηριακές εξετάσεις σχετιζόταν με χειρότερη ποιότητα ζωής.

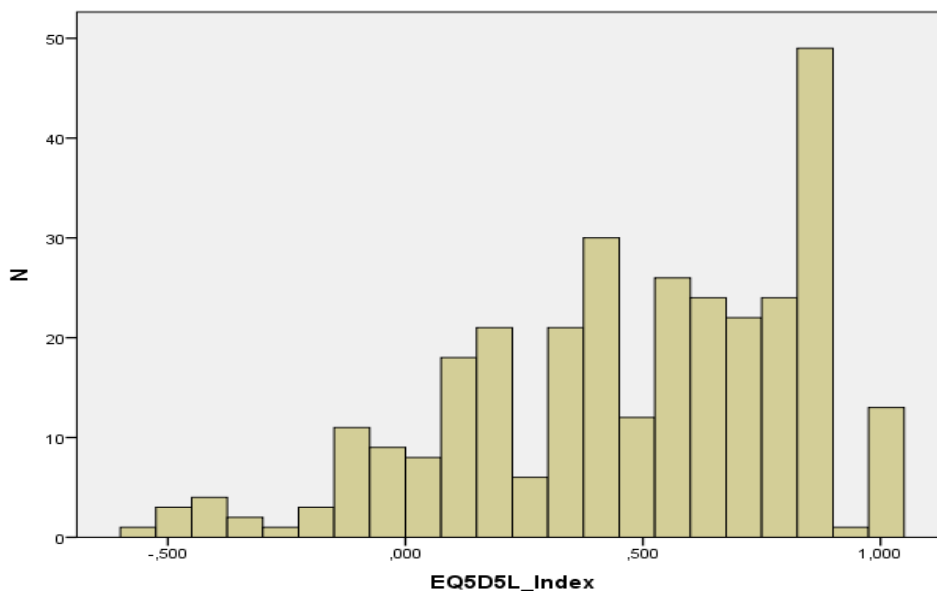
Πίνακας 39. Συσχετίσεις μεταξύ ικανοποίησης και βαθμολογίας του EQ-5D-5L-Index και του θερμομέτρου EQ-5D-5L.

Βαθμολογία	EQ-5D-5L-Index		Θερμόμετρο EQ-5D-5L	
	Συντελεστής συσχέτισης Spearman	Τιμή p	Συντελεστής συσχέτισης Pearson	Τιμή p
Πρόσβαση/υποδοχή	0,12	0,08	0,09	0,2
Χώροι/υποδομές	-0,02	0,8	0,00	0,9
Ιατρική φροντίδα	0,05	0,4	0,03	0,6
Εργαστηριακές εξετάσεις	-0,18	0,002	-0,17	0,004
Γενική ικανοποίηση	0,09	0,1	0,02	0,7

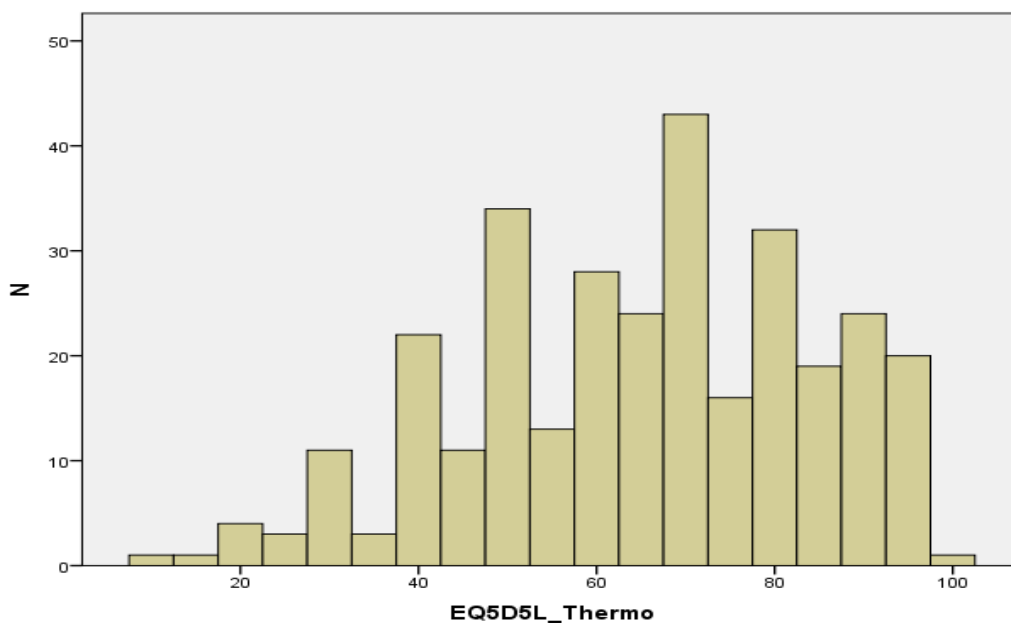
Γράφημα 14. Οι απαντήσεις των ασθενών αναφορικά με το ερωτηματολόγιο για την υγεία.



Γράφημα 15. Βαθμολογία του EQ-5D-5L-Index.



Γράφημα 16. Βαθμολογία του θερμομέτρου EQ-5D-5L.



Στον πίνακα 40 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον EQ-5D-5L-Index.

Πίνακας 40. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και τον EQ-5D-5L-Index.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,4 ^α
Άνδρες	0,49	0,38	
Γυναίκες	0,45	0,32	
Ηλικία		-0,51 ^β	<0,001 ^β
Εθνικότητα			0,6 ^α
Ελληνική	0,47	0,36	
Άλλη	0,49	0,29	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,29 ^γ	<0,001 ^γ
Επάγγελμα			<0,001 ^α
Εργαζόμενοι	0,56	0,28	
Μη εργαζόμενοι	0,35	0,39	
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ			0,005^α
Ναι	0,44	0,36	
Όχι	0,59	0,29	
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		-0,07 ^γ	0,3 ^γ
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων			0,9 ^α
Ναι	0,47	0,36	
Όχι	0,47	0,31	
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		-0,23 ^γ	<0,001 ^γ
Άλλο πρόβλημα υγείας			<0,001 ^α
Ναι	0,31	0,35	
Όχι	0,64	0,26	
Τύπος εφημερίας			0,003^δ
Β	0,58	0,29	
Γ	0,52	0,34	
Δ	0,42	0,37	
Κατηγορία συμβάντος			<0,001 ^δ
Ορθοπαιδικό	0,54	0,32	
Παθολογικό	0,29	0,39	
Άλλο	0,44	0,29	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson, ^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman,

^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ του EQ-5D-5L-Index και 8 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 41.

Πίνακας 41. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το EQ-5D-5L-Index.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας σε σχέση με ασθενείς με πρόβλημα υγείας	0,2	0,1 έως 0,3	<0,001
Ηλικία	-0,006	-0,008 έως -0,004	<0,001
Εργαζόμενοι σε σχέση με μη εργαζόμενους	0,09	0,02 έως 0,16	0,016
Εκπαιδευτικό επίπεδο	0,03	0,01 έως 0,05	0,013
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο	-0,07	-0,13 έως -0,01	0,024

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν αρχικά ότι οι ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας είχαν καλύτερη υγεία σε σχέση με τους ασθενείς με πρόβλημα υγείας. Οι εργαζόμενοι είχαν καλύτερη υγεία σε σχέση με τους μη εργαζόμενους και η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με χειρότερη υγεία. Επιπροσθέτως, η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετιζόταν με καλύτερη υγεία. Τέλος, η αύξηση του αριθμού νοσηλειών σε νοσοκομείο σχετιζόταν με χειρότερη υγεία. Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 37% της μεταβλητότητας του EQ-5D-5L-Index.

Στον πίνακα 42 παρουσιάζονται οι διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και του θερμομέτρου EQ-5D-5L.

Πίνακας 42. Διμεταβλητές συσχετίσεις ανάμεσα στις ανεξάρτητες μεταβλητές και του θερμομέτρου EQ-5D-5L.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Μέση βαθμολογία	Τυπική απόκλιση	Τιμή p
Φύλο			0,5^α
Ανδρες	65,9	20,2	
Γυναίκες	64,4	18,3	
Ηλικία		-0,53^β	<0,001^β
Εθνικότητα			0,9 ^α
Ελληνική	65,1	19,4	
Άλλη	65,2	18,6	
Εκπαιδευτικό επίπεδο		0,29 ^γ	<0,001^γ
Επάγγελμα			<0,001^α
Εργαζόμενοι	69,0	16,5	
Μη εργαζόμενοι	60,3	21,2	
Προηγούμενη επίσκεψη στο ΤΕΠ του ΚΑΤ			0,006^α
Ναι	63,8	19,4	
Όχι	71,6	17,3	
Αριθμός επισκέψεων το τελευταίο έτος		-0,15 ^γ	0,01^γ
Πραγματοποίηση προληπτικών εξετάσεων			0,4 ^α
Ναι	65,5	19,6	
Όχι	63,2	17,1	
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο		-0,28 ^γ	<0,001^γ
Άλλο πρόβλημα υγείας			<0,001^α
Ναι	55,9	18,1	
Όχι	74,7	15,3	
Τύπος εφημερίας			0,001^δ
Β	68,9	17,9	
Γ	72,6	17,2	
Δ	62,0	19,5	
Κατηγορία συμβάντος			<0,001^δ
Ορθοπαιδικό	69,1	18,2	
Παθολογικό	55,7	20,0	
Άλλο	60,9	16,2	

^α έλεγχος t, ^β συντελεστής συσχέτισης Pearson, ^γ συντελεστής συσχέτισης Spearman, ^δ ανάλυση διασποράς

Έπειτα από τη διμεταβλητή ανάλυση προέκυψε στατιστική σχέση στο επίπεδο του 0,20 ($p < 0,20$) μεταξύ του θερμομέτρου EQ-5D-5L και 9 ανεξάρτητων μεταβλητών. Για τον λόγο αυτόν, εφαρμόστηκε πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση, τα αποτελέσματα της οποίας παρουσιάζονται στον πίνακα 43.

Πίνακας 43. Πολυμεταβλητή γραμμική παλινδρόμηση με εξαρτημένη μεταβλητή το θερμοόμετρο EQ-5D-5L.

Ανεξάρτητη μεταβλητή	Συντελεστής b	95% διάστημα εμπιστοσύνης για τον b	Τιμή p
Ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας σε σχέση με ασθενείς με πρόβλημα υγείας	10,3	6,2 έως 14,4	<0,001
Ηλικία	-0,35	-0,46 έως -0,23	<0,001
Αριθμός νοσηλειών σε νοσοκομείο	-3,7	-6,9 έως -0,4	<0,001
Εκπαιδευτικό επίπεδο	1,6	0,4 έως 2,7	0,007

Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της πολυμεταβλητής γραμμικής παλινδρόμησης, προκύπτουν ότι ασθενείς χωρίς πρόβλημα υγείας είχαν καλύτερη υγεία σε σχέση με τους ασθενείς με πρόβλημα υγείας. Η αύξηση της ηλικίας σχετιζόταν με χειρότερη υγεία και η αύξηση του εκπαιδευτικού επιπέδου σχετιζόταν με καλύτερη υγεία. Τέλος, αύξηση του αριθμού νοσηλειών σε νοσοκομείο σχετιζόταν με χειρότερη υγεία. Οι παραπάνω μεταβλητές ερμηνεύουν το 37% της μεταβλητότητας του θερμομέτρου EQ-5D-5L.

Συζήτηση

Η αξιολόγηση της ικανοποίησης των ασθενών από την ποιότητα των παρεχομένων υπηρεσιών υγείας αποτελεί σημαντικό εργαλείο για την μέτρηση και βελτίωση της ποιότητας, όπως αποδείχτηκε και στην παρούσα μελέτη (Πολύζος και συν.,2005). Όπως παρατηρήθηκε από την βιβλιογραφική ανασκόπηση υπάρχει πληθώρα μελετών τόσο στην Ελλάδα όσο και στην υπόλοιπη Ευρώπη που έχουν ασχοληθεί με το θέμα αυτό. Στις ΗΠΑ, στον Καναδά, στο Ηνωμένο Βασίλειο, στην Αυστραλία και την Ιαπωνία παρατηρούνται πληθώρα ερευνών ικανοποίησης από την ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας, καθώς αποτελεί ένα πολυσύνθετο ζήτημα, για το πώς οι άνθρωποι βιώνουν και ερμηνεύουν την εμπειρία της ασθένειας, πώς εκτιμούν τη θεραπευτική αγωγή που τους χορηγείται, τα αποτελέσματά αυτής, αλλά και πώς όλα αυτά ασκούν επίδραση στην ποιότητας ζωής (Πολύζος και συν.,2005). Στην Ελλάδα παρατηρείται μεγάλο ερευνητικό ενδιαφέρον για τις μελέτες ικανοποίησης ιδιαίτερα σε νοσοκομεία όπως το Αττικόν, το Υγεία, το Ωνάσειο Καρδιοχειρουργικό Κέντρο, ο Ευαγγελισμός αλλά και σε πολλά δημόσια και ιδιωτικά νοσοκομεία (Πολύζος και συν.,2005). Η πρώτη δημοσιευμένη μελέτη ικανοποίησης ασθενών πραγματοποιήθηκε στην Ελλάδα το 1990 (Μερκούρης και συν.,1990).

Έτσι λοιπόν, η παρούσα μελέτη αποτελεί μια μέτρηση της ικανοποίησης ασθενών που πραγματοποιήθηκε στο μεγαλύτερο κέντρο αποκατάστασης τραύματος στα Βαλκάνια, στο ΓΝΑ ΚΑΤ. Σύμφωνα με τα αποτελέσματα της ερευνάς που διεξήχθητε στο ΤΕΠ του ΓΝΑ ΚΑΤ, οι υπηρεσίες του ΤΕΠ αφήνουν ικανοποιημένο το σύνολο των χρηστών των υπηρεσιών του όπως αποδείχτηκε και στα δυο ερωτηματολόγια που διανεμήθηκαν στις δυο αυτές χρονικές περιόδους. Η μεγαλύτερη ικανοποίηση αφορούσε την ιατρονοσηλευτική φροντίδα. Η «ιατρονοσηλευτική φροντίδα» επέρχεται πρώτη στις αξιολογήσεις των ερωτηθέντων, κι αυτό συναντάται σε όλες σχεδόν τις μελέτες ικανοποίησης ασθενών (Πολύζος και συν.,2005; Αλετράς και συν.,2009 ; Snell,1996 ; Steven & Douglas, 1988). Αυτό που διαφαίνεται να κυριαρχεί στην αντίληψη των ασθενών, ως κύριος παράγοντας, κατά τη διαδικασία της αξιολόγησης, είναι ο τρόπος με τον οποίο προσεγγίζονται από το ανθρώπινο δυναμικό του νοσοκομείου και ιδιαιτέρως από το ιατρονοσηλευτικό προσωπικό κατά τη διάρκεια της χρήσης των υπηρεσιών του νοσοκομείου, αλλά και η ποιότητα της φροντίδας και ενημέρωσης που λαμβάνουν για τα βασικά σημεία που αφορούν στο πρόβλημα της υγείας τους. Σύμφωνα

λοιπόν, με την μελέτη Steven και Douglas η επικοινωνία γιατρού και ασθενή είναι ένας από τους σημαντικότερους παράγοντες που επηρεάζουν την ικανοποίηση του ασθενούς. Τέλος, η έρευνα του Suki το 2011, υποστήριξε πως η εμπιστοσύνη του ασθενή στον γιατρό και η αφοσίωση σε αυτόν είναι σημαντικός παράγοντας της σχέσης με τον ασθενή και την ικανοποίησή του

Επίσης, η έρευνα των Παπαγιαννόπουλου και συν. (2008) έδειξε ότι οι χρήστες των υπηρεσιών υγείας δηλώνουν ικανοποιημένοι από την παροχή των υπηρεσιών, θέση που επιβεβαιώνεται από το γεγονός ότι, όταν οι ερωτώμενοι καλούνται να απαντήσουν στην ερώτηση εάν θα συνέστηναν το νοσοκομείο σε κάποιο δικό τους άνθρωπο με παρόμοιο πρόβλημα υγείας, στη συντριπτική τους πλειοψηφία απαντούν θετικά. Τέλος, η έρευνα των Crow et al (2002) έδειξε ότι ο βαθμός ικανοποίησης των ασθενών εξαρτάται άμεσα από το βαθμό στον οποίο επαληθεύονται οι προσδοκίες τους από την παροχή υπηρεσιών υγείας και αποτιμάται ως η διαφορά ανάμεσα σε αυτό που προσδοκούν και σε εκείνο που τελικά απολαμβάνουν. Αντίστοιχα, οι προσδοκίες των ασθενών επηρεάζονται από παλαιότερες εμπειρίες νοσηλείας σε νοσοκομείο, από την κατάσταση της υγείας τους, καθώς και από το φύλο, την ηλικία και το μορφωτικό τους επίπεδο.

Τα αποτελέσματα για την λειτουργία και τις υποδομές είναι υψηλότερα συγκριτικά με προηγούμενες ελληνικές μελέτες, όπως στην ερευνά Παπαγιαννοπούλου και συν. (2008) που βαθμολόγησαν κατά μέσον όρο τις υποδομές του νοσοκομείου με 2,44. Αυτό έγινε διότι η ερευνά πραγματοποιήθηκε σε τμήμα του νοσοκομείου που ανακαινίστηκε την περίοδο εκείνη κάνοντας μεγάλες αλλαγές στους χώρους και στις υποδομές του.

Η συσχέτιση των κοινωνικοδημογραφικών και κλινικών παραγόντων με την ικανοποίηση των ασθενών έδειξε ότι το φύλο δεν επιδρά στατιστικά σημαντικά στην εκτίμηση της ικανοποίησης, με τις γυναίκες ωστόσο, να δηλώνουν περισσότερο ικανοποιημένες όσον αφορά στις διαστάσεις «ιατρική- νοσηλευτική φροντίδα», αλλά να σημειώνουν χαμηλότερη τιμή συνολικής ικανοποίησης. Μερικές όμως μεταβλητές φαίνεται να συσχετίζονται με το βαθμό ικανοποίησης, όπως η ηλικία, οι ηλικιωμένοι τείνουν να καταγράφουν μεγαλύτερα επίπεδα ικανοποίησης, γεγονός που αποδίδεται στις χαμηλότερες προσδοκίες, το φύλο, οι γυναίκες είναι πιο ικανοποιημένες από τους άνδρες, το μορφωτικό επίπεδο, ασθενείς με χαμηλότερο μορφωτικό επίπεδο αναφέρουν υψηλότερα ποσοστά ικανοποίησης.

Το ερωτηματολόγιο του ΚΠΑ που διανεμήθηκε για πρώτη φορά στο συγκεκριμένο νοσοκομείο αποτέλεσε ένα σπουδαίο εργαλείο μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών το οποίο θα πρέπει να εφαρμόζεται συχνά σε όλες τις νοσοκομειακές μονάδες. Η ομάδα ΚΠΑ του νοσοκομείου ΚΑΤ μετά την ολοκλήρωση της μελέτης της κατέδειξε σημαντικά σημεία στα οποία υπερτερεί το νοσοκομείο αλλά και σε ποια χρειάζεται βελτίωση ειδικά στον τομέα του ΤΕΠ, ένας τομέας που δέχεται καθημερινά πληθώρα ασθενών. Το ΚΠΑ αποδείχτηκε ως ένα εξαιρετικά χρήσιμο εργαλείο ΔΟΠ, εκτίμησης των επιδόσεων ενός δημόσιου οργανισμού, που είναι εφαρμόσιμο στις υπηρεσίες υγείας και βεβαίως και στα νοσοκομεία της χώρας μας και παρέχει πολύ σημαντική πληροφορία για το επίπεδο που βρίσκεται ο εκάστοτε αξιολογούμενος οργανισμός. Με σκοπό να υπάρχει μια πιο συνολική εικόνα της εφαρμογής του στο χώρο της υγείας, καθίσταται αναγκαία και σκόπιμη η διεύρυνση της χρήσης του και η εφαρμογή του και σε άλλες υπηρεσίες υγείας, ώστε να αναπτυχθεί και η δυνατότητα που δίνει ως εργαλείο της σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ των αξιολογούμενων οργανισμών.

Σύμφωνα με την ανάλυση των αποτελεσμάτων της ερευνάς και λαμβάνοντας υπόψη και τις απόψεις των ασθενών διαπιστώθηκε η επιτακτική ανάγκη διανομής ερωτηματολογίων ικανοποίησης ασθενών σε τακτά χρονικά διαστήματα για την αποτύπωση της γνώμης των ασθενών για το Τ.Ε.Π. και τις παρεχόμενες από αυτό υπηρεσίες, καθώς αποτελεί μια καλή πρακτική ανάδειξης των τομέων στους οποίους λειτουργεί σωστά το νοσοκομείο, αλλά και την ανάδειξη των προβλημάτων που απαιτούν περαιτέρω βελτίωση. Έτσι λοιπόν, η δυνατότητα διαμόρφωσης ενός προγράμματος δράσεων βελτίωσης, με καθορισμένες προτεραιότητες, συνεχή παρακολούθηση (feedback) και αξιολόγηση, είναι πολύ σημαντική, καθώς διευκολύνει την μόνιμη χρήση εργαλείων Διοίκησης Ολικής Ποιότητας, στο νοσοκομείο (Λάππα και συν., 2018).

Η έρευνα αυτή συνέβαλλε αφενός στην αποτύπωση της οργανωτικής και λειτουργικής πραγματικότητας του φορέα και αφετέρου στο σχεδιασμό δράσεων βελτίωσης της καθημερινής λειτουργίας προς όφελος των εσωτερικών και εξωτερικών χρηστών των υπηρεσιών του Νοσοκομείου μας. Επομένως, θα ήταν χρήσιμη η διενέργεια ερευνών με τη διανομή και συμπλήρωση ερωτηματολογίων, ενισχύοντας μ' αυτόν τον τρόπο τον ρόλο του Τμήματος Ποιότητας, Έρευνας και Συνεχιζόμενης Εκπαίδευσης που υπάρχει στο νοσοκομείο, με τη δημιουργία μετρήσεων δεικτών για την αξιοποίηση προτάσεων βελτίωσης εκ μέρους των ασθενών.

Επιπλέον, απαραίτητη είναι η δημιουργία βάσης Δεδομένων για την Ηλεκτρονική καταχώρηση στοιχείων των ασθενών που προσέρχονται για εξέταση στην εφημερία, όπως βάση τροχαίων ατυχημάτων, σπάνιων νοσημάτων, εμφραγμάτων, βάση καταγραφής λοιμώξεων. Όσον αφορά την πρόσβαση στους χώρους φιλοξενίας των ιατρείων απαιτείται η αυτοματοποίηση των διοικητικών διαδικασιών διαχείρισης ασθενούς και η βελτίωση της προσβασιμότητας στις αίθουσες εξέτασης, αλλά και στον τρόπο εξέτασής τους για τα Άτομα με Ειδικές Ανάγκες (Λάππα και συν., 2018).

Επίσης, με σκοπό την συστηματική συγκέντρωση, ανάλυση και αποτίμηση ελέγχου των διαδικασιών λειτουργίας του Τ.Ε.Π., καθώς και την συστηματική καταχώρηση, τεκμηρίωση δεδομένων σχετικά με σημαντικές μεταβλητές (πολιτικό-νομικές, κοινωνικό-πολιτιστικές, περιβαλλοντικές, οικονομικές, τεχνολογικές και δημογραφικές εξελίξεις), προτείνεται η επέκταση του ήδη συστήματος ΗΔΙΚΑ με υποεφαρμογές αυτοματοποίησης των διαδικασιών διατμηματικών υπηρεσιών της λειτουργίας της εφημερίας, όπως δηλ. καταγραφής και ανάλυσης κλινικών δεδομένων/καρτέλα εξ. ασθενούς, έκδοσης δηλ. γνωμάτευσης, αποτίμηση ανάλυσης κόστους/υπηρεσίας/προσωπικό, έκδοση πεπραγμένων (Λάππα και συν., 2018).

Εκτιμάται ότι στον τομέα της οργάνωσης και προγραμματισμού της νοσηλείας θα ήταν χρήσιμο να βελτιωθεί ο χρόνος αναμονής σε καρέκλα ή καροτσάκι ειδικότερα σε μέρες εφημερίας του νοσοκομείου (Δ δέσμης), αφού το 40,6% συμφωνήσαν ότι ο χρόνος αναμονής τους σε Δ' δέσμη ήταν υπερβολικός. Μια πλήρης καταγραφή των αιτιών που προκαλούν την καθυστέρηση θα αποτελούσε ένα τρόπο αντιμετώπισης του παρόντος προβλήματος. Αν και το Τμήμα επειγόντων περιστατικών δέχεται καθημερινά τεράστιο αριθμό ασθενών έχει καταφέρει να ανταπεξέλθει με τον καλύτερο τρόπο και έχει μειώσει σημαντικά τον χρόνο αναμονής αλλά και διαλογής των περιστατικών εφαρμόζοντας την μέθοδο triage στον τομέα της διαλογής. Γενικά, η Δ' δέσμη στην οποία υπάρχει γενική εφημερία του νοσοκομείου παρουσιάζει μειωμένη ικανοποίηση των ασθενών σε σύγκριση με τις άλλες δέσμες όπως την Β' Δέσμη, κάτι το οποίο διαφαίνεται και στον πίνακα 30.

Ιδιαίτερη σημασία θα πρέπει να δοθεί στον τομέα της επικοινωνίας του ιατρονοσηλευτικού προσωπικού με τους ασθενείς, αλλά και της διαρκείας επιμόρφωσης του. Η ενημέρωση του ασθενή για την κατάσταση της υγείας του, η χορήγηση απαραίτητων πληροφοριών για τις ιατρικές διαδικασίες και η συζήτηση για τις ανησυχίες και φόβους των ασθενών, είναι πρακτικές που θα πρέπει να υιοθετηθούν από το σύνολο του ιατρικού και νοσηλευτικού

προσωπικού που θα πρέπει να θεωρεί πλέον τον ασθενή ως ενεργό και όχι παθητικό καταναλωτή των υπηρεσιών υγείας. Η σχέση με τον ασθενή θα πρέπει να στηρίζεται στη συνεργασία. Η δημιουργία επιμορφωτικών σεμιναρίων και προγραμμάτων συνεχιζόμενης εκπαίδευσης για όλο το προσωπικό είναι χρήσιμη, καθώς θα εμπλουτίσει τις ήδη υπάρχουσες γνώσεις τους και θα τους εφοδιάσει με όλες τις καινούριες λεπτομερείς και τις νέες ιδέες, αφού η τεχνολογία στον τομέα της συνεχώς εξελίσσεται και οι απαιτήσεις των ασθενών αυξάνονται.

Τέλος, αξίζει να αναφερθεί ότι το ερωτηματολόγιο EQ-5D-5L αποτελεί ένα χρήσιμο εργαλείο μέτρησης της Ποιότητας Ζωής που μπορεί να αποβεί χρήσιμο για την αναδείξει νέων θεραπευτικών αγωγών ή εξετάσεων. Η ενσωμάτωση ενός εργαλείου μέτρησης της ποιότητας Ζωής θα επιφέρει σημαντική βελτίωση στην αποθεραπεία των ασθενών σε βάθος χρόνου, αλλά στην γρήγορη αντιμετώπιση της ασθένειας του ασθενούς, καθώς παρέχει χρήσιμες πληροφορίες σχετικά με την ψυχοσωματική κατάσταση υγείας των ασθενών. Αποτελεί γνώμονα για την υιοθέτηση νέων μεθόδων και τεχνικών αντιμετώπισης με στόχο τη βελτίωση της ποιότητας ζωής και επιμήκυνσης της επιβίωσης των ασθενών.

Όσον αφορά το ερωτηματολόγιο υγείας το οποίο διανεμήθηκε η μέση βαθμολογία του EQ-5D-5L-Index ήταν 0,47, η τυπική απόκλιση ήταν 0,35, η διάμεσος ήταν 0,54, η ελάχιστη τιμή ήταν -0,59 και η μέγιστη τιμή ήταν 1. Η μέση βαθμολογία του θερμομέτρου EQ-5D-5L ήταν 65,1, η τυπική απόκλιση ήταν 19,2, η διάμεσος ήταν 67,5, η ελάχιστη τιμή ήταν 10 και η μέγιστη τιμή ήταν 100. Η μοναδική στατιστικά σημαντική σχέση που βρέθηκε, μεταξύ της ικανοποίησης και της ΣΥΠΖ, αφορούσε τις εργαστηριακές εξετάσεις και την ποιότητα υγείας. Πιο συγκεκριμένα, η αύξηση της ικανοποίησης από τις εργαστηριακές εξετάσεις σχετίζονταν με χειρότερη ποιότητα ζωής. Αυτό οφείλεται στο γεγονός ότι οι άνθρωποι που υποβάλλονται σε εργαστηριακές εξετάσεις δεν είναι καλά στην υγεία τους τόσο σωματικά όσο και ψυχολογικά. Αυτή η στατιστικά σημαντική σχέση πρέπει να διερευνηθεί περαιτέρω σε επόμενες μελέτες. Επιπλέον, παρατηρήθηκε ότι το 91.6% των ασθενών παρουσιάζει άγχος/θλίψη, όπως παρατηρείται και σε άλλες μελέτες (Yfantopoulos & Yfantopoulos, 2013; Kontodimopoulos et al., 2008; Yfantopoulos & Chantzaras, 2017) το ποσοστό αυτό είναι ιδιαίτερα αυξημένο τα τελευταία χρόνια εξαιτίας της οικονομικής κρίσης που έχει πλήξει την χώρα μας.

Κατά την διάρκεια διεξαγωγής της παρούσας έρευνας όπως παρατηρούνται σε πολλές μελέτες που χρησιμοποιούν τα εργαλεία μέτρησης των ερωτηματολογίων παρουσιάστηκαν κάποιοι

περιορισμοί. Καταρχήν, στο πρώτο ερωτηματολόγιο οι ερωτήσεις δεν κάλυπταν επαρκώς την αξιολόγηση όλων των τμημάτων του ΤΕΠ, γι' αυτό και δημιουργήθηκε ένα δεύτερο ερωτηματολόγιο, το οποίο πληρούσε τις προδιαγραφές αυτές.

Η αντιπροσωπευτικότητα του δείγματος ασθενών που συμπλήρωσαν τα ερωτηματολόγια δεν ήταν δυνατόν να διερευνηθεί περαιτέρω, επειδή δεν ήταν διαθέσιμα τα απαραίτητα κοινωνικοοικονομικά και δημογραφικά στοιχεία του στατιστικού πληθυσμού, ώστε να γίνουν οι απαραίτητες συγκρίσεις. Παραμένει λοιπόν το ενδεχόμενο μεροληψίας. Επιπλέον, ο χρόνος διεξαγωγής της πρώτης έρευνας και της δεύτερης για την ικανοποίηση των ασθενών ήταν με διαφορά 5 μηνών. Για την καλύτερη μελέτη ενδείκνυται μεγαλύτερος χρόνος ώστε η διαφορά των αποτελεσμάτων να ήταν πιο εμφανή. Αν υπήρχε μια ερευνά πριν την ανακαίνιση του νοσοκομείου ΓΝΑ ΚΑΤ του τμήματος του ΤΕΠ θα μπορούσε να γίνει μια σύγκριση των ευρημάτων με καλύτερα συγκρίσιμα αποτελέσματα. Επιπλέον, το δείγμα στο πρώτο ερωτηματολόγιο, όπως και στα αλλά δυο ήταν μεγάλο και παρουσίασε υψηλό ποσοστό ικανοποίησης σε όλα τα επίπεδα, διότι το 86,6% είχε ξανά επισκεφτεί το νοσοκομείο παλιότερα. Για να μπορούσαμε να εξετάσουμε την ικανοποίηση διαχρονικά θα έπρεπε να υπήρχαν συγκρίσιμα αποτελέσματα με άλλη μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο ΤΕΠ του ΓΝΑ ΚΑΤ, πριν τις αλλαγές που πραγματοποιήθηκαν στο νοσοκομείο. Τέλος, από όσο γνωρίζουμε, το ερωτηματολόγιο ικανοποίησης ασθενών του ΚΠΑ, όσο και το δεύτερο ερωτηματολόγιο χρησιμοποιείται για πρώτη φορά στο νοσοκομείο.

Επιπλέον, σκοπός της ερευνητικής προσπάθειας ήταν η δημιουργία ενός αξιόπιστου και έγκυρου οργάνου μέτρησης της ικανοποίησης εσωτερικών ασθενών. Σίγουρα θα πρέπει να συνεχιστεί η έρευνα (θα πρέπει να χρησιμοποιηθεί και σε άλλες μελέτες από πολλά ελληνικά νοσοκομεία, να ληφθούν μεγαλύτερα δείγματα), ώστε να τεκμηριωθεί περαιτέρω η αξιοπιστία και η εγκυρότητα του δημιουργηθέντος οργάνου μέτρησης της ικανοποίησης των ασθενών για το ΤΕΠ.

Τέλος, αξίζει να σημειωθεί ότι στο πλαίσιο της διερεύνησης της συσχέτισης των δύο υπό μελέτη παραμέτρων, «ικανοποίηση ασθενών» και «ΣΥΠΖ» παραμένει πάντοτε το δίλημμα της αιτιατής σχέσης μεταξύ των δυο αυτών εννοιών, με άλλα λόγια αν η ικανοποίηση συμβάλλει στην καλή υγεία ή το αντίστροφο. Το ερώτημα αυτό θα πρέπει να αποτελέσει αντικείμενο περαιτέρω έρευνας ώστε να εξεταστεί από όλες τις παραμέτρους. Έτσι, θα πρέπει να πραγματοποιηθούν και άλλες μελέτες (π.χ. έρευνες με δείγματα ασθενών άλλων

νοσοκομείων σε αντίστοιχα τμήματα ή μελέτες που θα χρησιμοποιούν άλλες μεθόδους ανάλυσης), ώστε να προκύψουν τα πλέον ασφαλή συμπεράσματα.

Συμπεράσματα

Ο τομέας των υπηρεσιών υγείας είναι ένας σύνθετος τομέας. Η ποιότητα των παρεχόμενων υπηρεσιών εξαρτάται από παράγοντες όπως η αποδοτικότητα και η ισότητα. Κατά τη διάρκεια της οικονομικής κρίσης στη χώρα μας δόθηκε ιδιαίτερη έμφαση στην αποδοτικότητα του υγειονομικού συστήματος με την συγκράτηση των δαπανών και προσπάθεια διασφάλισης της ποιότητας στις υπηρεσίες υγείας. Η μελέτη και η εφαρμογή των δεικτών αποδοτικότητας των διαθέσιμων πόρων σε συνδυασμό με οικονομικούς, κοινωνικούς και πολιτιστικούς παράγοντες, μπορούν να συμβάλλουν στην βελτίωση των παρεχόμενων υπηρεσιών υγείας.

Η ποιότητα αποτελεί σήμερα το βασικό κριτήριο κάθε καταναλωτικής και επιχειρηματικής συμπεριφοράς για όλα τα αγαθά που διατίθενται στην αγορά, πολύ δε περισσότερο αυτό ισχύει για τις υπηρεσίες υγείας. Στόχος πλέον της νοσοκομειακής μονάδας υγείας δεν είναι μόνο η αντιμετώπιση μιας συγκεκριμένης ασθένειας αλλά η διατήρηση της καλής υγείας μέσω της παροχής ποιότητας ζωής.

Η ικανοποίηση του ασθενή από τη χρήση των υπηρεσιών υγείας χρησιμοποιείται ως ένα επιπλέον κριτήριο αξιολόγησης της ποιότητας της παρεχόμενης φροντίδας υγείας. Τα τελευταία χρόνια ιδιαίτερο ενδιαφέρον υπάρχει για την ικανοποίηση του ασθενή σχετικά με το αποτέλεσμα της υγειονομικής φροντίδας. Και από τα δυο ερωτηματολόγια ικανοποίησης ασθενών που διανεμήθηκαν κατά τις δυο αυτές χρονικές περιόδους, η ικανοποίηση των ασθενών από τις υπηρεσίες υγείας του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών είναι ένα σπουδαίο ζήτημα που απασχολεί τόσο τους ασθενείς όσο και τους επαγγελματίες υγείας. Η ικανοποίηση διαφέρει από ασθενή σε ασθενή αφού επηρεάζεται από πολλούς παράγοντες, όπως είναι το ιατρικό, νοσηλευτικό και διοικητικό προσωπικό. Μέσω των ερωτηματολογίων ικανοποίησης δόθηκε η δυνατότητα στους ασθενείς να εκφράσουν τις απόψεις τους σχετικά με την παρεχόμενη φροντίδα από το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών, αλλά και εντοπίστηκαν προβλήματα και ελλείψεις που θα πρέπει να ληφθούν υπόψιν από τη Διοίκηση του νοσοκομείου ώστε να βελτιωθούν.

Βιβλιογραφία

Ελληνική βιβλιογραφία

- Αγγελόπουλος, Μ. Χάρης, 1994, Η βελτίωση της ποιότητας στον τομέα της υγείας: παρανοήσεις και εξηγήσεις, Πρακτικά συνεδρίου: εφαρμογή της διαχείρισης ολικής ποιότητας στον χώρο των υπηρεσιών υγείας, Νοσοκομείο ΑΧΕΠΑ Θεσσαλονίκη.
- Αγγουριδάκης, Π. Σμπυράκης, Ν., 2010, «Ανάπτυξη των Τ.Ε.Π. στην Ελλάδα», Ελληνική Εταιρεία Επείγουσας Ιατρικής, Αθήνα, Δεκέμβριος, σ.σ. 11-20 Ασκητοπούλου, Ε., 2009. Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση & Ανάπτυξη, σ.2-5,8-9,11-12,13-16,17-18,21-22.
- Αλετράς Β., Ματσαγγάνης, Μ., Νιάκας, Δ., 2002, Θέματα Οικονομικής και Χρηματοδοτικής Διαχείρισης Υπηρεσιών Υγείας, τόμος Α, Οικονομική και Χρηματοδοτική Διαχείριση Υπηρεσιών Υγείας, Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο, Πάτρα.
- Αλετράς Β.Ο., Μπασιούρη Φ.Ν., Κοντοδημόπουλος Ν., Ιωαννίδου Δ.Μ., Νιάκας Δ.Α, 2009, Ανάπτυξη ελληνικού ερωτηματολογίου ικανοποίησης νοσηλευθέντων ασθενών και έλεγχος των ψυχομετρικών ιδιοτήτων. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 26(1):79-89.
- Αμπλιανίτη Α., Σταματοπούλου, Σ., Η συμβολή των δομικών επιφανειών στο φυσικό φωτισμό των θαλάμων νοσηλείας, Διπλωματική Εργασία, Εθνικό Μετσόβιο Πολυτεχνείο, Τμήμα Πολικών Μηχανικών τομέας Δομοστατικής, Αθήνα 2012.
- Ασκητοπούλου, Ε, 2009, «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: Οργάνωση & Ανάπτυξη», Αθηνά, σ.σ. 2-5.
- Γείτονα Μ, Κυριόπουλος Γ. Ισότητα και αποδοτικότητα στην υγεία: Θεωρητική ανάλυση και εμπειρικές προσεγγίσεις, στο: Δόλγερας Α, Κυριόπουλος Γ, (επιμ.), Ισότητα, αποτελεσματικότητα και αποδοτικότητα στις υπηρεσίες υγείας, Θεμέλιο, Αθήνα 2000.

Γείτονα, Μ., Κάβουρα, Μ., Βανδώρου, Χ. & Κυριόπουλος, Γ., 2004, Οικονομική Αξιολόγηση και Ποιότητα Ζωής. Από: Οικονομική Αξιολόγηση της Τεχνολογίας Υγείας: Φαρμακοοικονομία και Λήψη Αποφάσεων. Βόλος: Πανεπιστημιακές Εκδόσεις Θεσσαλίας, σ.130-146.

Δερβιτσιώτης Ν. Κων., 1999, Διοίκηση Παραγωγής. Σύγχρονες Προσεγγίσεις. Αθήνα.

Δημητριάδης Σ.Γ. και Μιχιώτης Α.Ν., 2007, Διοίκηση Παραγωγικών Συστημάτων, Εκδόσεις Κριτική, Αθήνα.

Δημητρόπουλος, Ε., 1991. Εκπαιδευτική Αξιολόγηση, τ. 1, Εκδ. Γρηγόρη, Αθήνα.

Δημητρόπουλος, Χ., Ντάγανου. Μ. & Αλεξιάς Γ., 2008, ‘Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής Από τη Θεωρία στην Πράξη’, Info Respiratory and Internal Medicine, 49: σ. 31-41.

Δικαίος, Κ. και Χλέτσος, Μ., 1999, Υπηρεσίες Υγείας/ Νοσοκομείο Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις, τ. Β, Πάτρα: Ελληνικό Ανοικτό Πανεπιστήμιο.

Ζαβλανός, Μ., 2005, Η Ποιότητα στις Παρεχόμενες Υπηρεσίες και τα Προϊόντα . Αθήνα: Εκδόσεις Σταμούλη.

Κάκτος, 1993, Μεταφραστική ομάδα κάκτου. Αριστοτέλης Άπαντά- Ηθικά Νικομάχεια 1., Αθήνα, 7:51.

Κασσωτάκης, Μ., 2003, Αξιολόγηση του εκπαιδευτικού έργου και των εκπαιδευτικών. Η λέσχη των εκπαιδευτικών, 30, 3-8.

Κυριόπουλος, Γ., 2015, Υγεία: πολιτική και ρητορική, διαθέσιμο στην διεύθυνση <http://www.tovima.gr/opinions/article/?aid=715166>.

Λάμπρου Π., 2005, «Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών: οργάνωση και λειτουργία Mediforce, Αθήνα, Έκδοση Α´ σ.σ. 50-56.

Λάππα Ε., Ανδρούτσου Π., Αλαμάνος Ι., Τσόγκα Θ., Βαφία Ε., Δανέβα Ε., Μακρή Σ., Σταματοπούλου Ε., Λαζάρου Ι., 2018, Εφαρμογή Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών ΓΝΑ ΚΑΤ.

- Λογοθέτης, Ν.,1992,. Μάνατζμεντ Ολικής Ποιότητας . Αθήνα : Εκδόσεις Interbooks.
- Λιαρόπουλος, Λ. Λ., 2007. Οργάνωση Υπηρεσιών και Συστημάτων Υγείας, Α τόμος, εκδ. Βήτα, Αθήνα.
- Μαλλιάρου Μ., Σαράφης Π. & Ζυγά Σ.,2009, Ποιότητα παροχής φροντίδας στο Τμήμα Επειγόντων. Βήμα Ασκληπιού, 8: 25-4.
- Μερκούρης, Α., 1996, Η ικανοποίηση του αρρώστου. Κριτήριο ποιότητας νοσηλευτικών υπηρεσιών, Διδακτορική διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, mode/2up Αθήνα.
- Μουμτζόγλου Α., 2001, «Εννοιολογική και ιστορική προσέγγιση της ποιότητας, Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας», Συστήματα διασφάλισης ποιότητας Management ολικής ποιότητας(T(O)M), πρώτη έκδοση, εκδ. Management, Αθήνα.
- Μουζάς ΓΑ, Πάλλης ΑΓ. Η εκτίμηση της ποιότητας ζωής στις φλεγμονώδεις εντεροπάθειες, με ειδικά ερωτηματολόγια. Το παράδειγμα των χειρουργικών επεμβάσεων. Αρχ Ελλ Ιατρ 2001, 18:267–271.
- Μπουντούρης, Θ. Μητρόπουλος, Ι. Μπουντούρη, Μ. Μπουντούρης. Μπουντούρη, Ι. ,2003, «Το Τμήμα Επειγόντων Περιστατικών του Γενικού Νοσοκομείου Τρίπολης», Επιθεώρηση Υγείας, Τόμος 14, Τεύχος 83, Τρίπολη, Ιούλιος- Αύγουστος, σ.σ.20-26.
- Μπόχωρης, Γ., 2015, Διοίκηση Ολικής Ποιότητας, έκδοση 1^η, Πανεπιστήμιο Πειραιώς , σ.σ. 73-121,323-326.
- Ντζούφρα Β., Ξενάκη Δ. & Παντελή Α. ,2015, Η ικανοποίηση των ασθενών με την παρεχόμενη φροντίδα σε δημόσια νοσοκομεία. Τεχνολογικό Εκπαιδευτικό Ίδρυμα Δυτικής Ελλάδας, Σχολή Επαγγελματιών Υγείας και Πρόνοιας, Τμήμα Νοσηλευτικής.
- Παπαγιανοπούλου, Β., Πιερράκος, Γ., Σαρρής, Μ., Υφαντόπουλος, Γ., 2008, «Μέτρηση της ικανοποίησης από τις παρεχόμενες υπηρεσίες υγείας σε παιδιατρικό νοσοκομείο της Αττικής» Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(1), 73-82.

- Παπαδόπουλος Α., Οικονομάκης Ε., Κοντοδημόπουλος Ν., Φρυδάς Α., Νιάκας Δ., Εκτίμηση της σχετιζόμενης με την υγεία ποιότητας ζωής διαβητικών ασθενών τύπου 2, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής 2007, 24 (Συμπλ 1):66-74.
- Πετρίδου, Ε., 2011., Διοίκηση-Management -Μια εισαγωγική προσέγγιση. Θεσσαλονίκη : Εκδόσεις Σοφία .
- Πολύζος Ν, Μπαρτσώκας Δ, Πιερράκος Γ, Ασημακοπούλου Ι, Υφαντόπουλος Ι. Συγκριτική ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική. Αρχ Ελλ Ιατρ 2005, 22:284-295.
- Ραφτόπουλος Σ Β., «Εκτίμηση της ικανοποίησης των ηλικιωμένων ασθενών από την ποιότητα της παρεχόμενης υπηρεσίας», Διδακτορική Διατριβή, Εθνικό Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Σχολή Επιστημών Υγείας, Τμήμα Νοσηλευτικής, Αθήνα 2002.
- Σαρρής, Μ., 2001, Κοινωνιολογία της υγείας και ποιότητα ζωής. Εκδόσεις Παπαζήσης,: Αθήνα.
- Σαρρής, Μ., Σούλης, Σ. & Υφαντόπουλος, Γ, 2001, ‘Η θεωρία της κοινωνικής παραγωγής λειτουργιών’, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3), σ. 230-238.
- Σαρρής Μ., Γούλα Α. ,Σούλης Σ., 2008, Σχετιζόμενη με την Υγεία Ποιότητα Ζωής ασθενών μετα από μεταμόσχευση ήπατος, Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 25(3):334-340.
- Σιγάλας Ι., 1999, ‘Η ποιότητα στις υπηρεσίες υγείας, Εγχειρίδιο Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου ‘Υπηρεσίες Υγείας/Νοσοκομείο - Ιδιοτυπίες και Προκλήσεις’, Τόμος Δ, Εκδόσεις Ελληνικού Ανοικτού Πανεπιστημίου, Πάτρα.
- Σταθακόπουλος Β., 2005, Μέθοδοι Έρευνα Αγοράς. Εκδόσεις Σταμούλης, Αθήνα
- Στάθης Γ. , 2009, Ιστορία των Ελληνικών Νοσοκομείων, Εκδόσεις Mediforce, Αθήνα.
- Ταγαράς, Γ. Ν., 2001, Στατιστικός Έλεγχος Ποιότητας. Θεσσαλονίκη : Εκδόσεις ΖΗΤΗ.
- Τούντας Γ., 2000, Κοινωνία και Υγεία, Οδυσσέας, Αθήνα.

- Τούντας Γ., 2003, Η έννοια της ποιότητας στην ιατρική και τις υπηρεσίες υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 20(5):532-546.
- Τούντας, Γ., & Οικονόμου, Ν.Α., 2007, Οικονομικά της υγείας– Αξιολόγηση υπηρεσιών και συστημάτων υγείας, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, Τόμος 24, Τεύχος 1, σελ: 7-21.
- Τούντας Γ. και συνεργατών, 2007, «Η υγεία του Ελληνικού πληθυσμού». Κέντρο Μελετών Υπηρεσιών Υγείας Εργαστηρίου Υγιεινής και Επιδημιολογίας Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Αθήνα.
- Τσελέπη Χ., 2000, Ικανοποίηση των χρηστών Υπηρεσιών Υγείας, Κοινωνιολογική και ψυχολογική προσέγγιση των Νοσοκομείων/Υπηρεσιών υγείας, τομ. Α, 158-164, Ε.Α.Π., Πάτρα.
- Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης Γενική Διεύθυνση Μεταρρυθμιστικής Πολιτικής και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2013, Το Κοινό Πλαίσιο Αξιολόγησης (ΚΑΠ) Βελτιώνοντας τις δημοσιές οργανώσεις μέσω της αυτό-αξιολόγησης, Αθηνά 2015, Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υπουργείο Διοικητικής Ανασυγκρότησης Γενική Διεύθυνση Μεταρρυθμιστικής Πολιτικής και Ηλεκτρονικής Διακυβέρνησης, 2017, Οδηγός Εφαρμογής Κοινού Πλαισίου Αξιολόγησης, Ε έκδοση, Αθήνα 2017, Εθνικό Τυπογραφείο.
- Υφαντόπουλος, Ι., 1986, Κοινωνικό-οικονομική ανάπτυξη και πρωτοβάθμια Φροντίδα Υγείας, Ιατρική, 5, Αθήνα.
- Υφαντόπουλος, Γ. & Σαρρής Μ. (2001α) ‘Σχετιζόμενη με την υγεία ποιότητα ζωής: Μεθοδολογία μέτρησης: Ανασκόπηση, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 18 (3): σ. 118-229.
- Υφαντόπουλος Γ, Πιέρα Κοσ Γ, Ζάνα Κησ Β. Ποιότητα ζωής ασθενών με ηπατίτιδα C. Αρχ. Ελλ. Ιατρ. 2001, 18:288–296.
- Υφαντόπουλος, Ι., 2005, Συγκριτική Ανάλυση μελετών ικανοποίησης ασθενών σε νοσοκομεία στην Αττική, Αρχαία Ελληνικής Ιατρικής, 22 (3), 284-295.

Υφαντόπουλος Γ., 2006, Τα οικονομικά της υγείας. Θεωρία και πολιτική. Εκδόσεις Gutenberg- Δαρδάνος-Τυπωθήτω, Αθήνα.

Υφαντόπουλος Γ., 2007 Μέτρηση της ποιότητας ζωής και το ευρωπαϊκό υγειονομικό μμοντέλο. Αρχεία Ελληνικής Ιατρικής, 24(συμπ 1): 6-18.

Υφαντόπουλος Γ, 2008, Νικολαΐδου Κ. Η στατιστική στην κοινωνική έρευνα. Εκδόσεις Gutenberg-Δαρδάνος-Τυπωθήτω, Αθήνα.

ΦΕΚ 874/Β/06.03.2012 Αριθμ. Πρωτ.: Υ4δ/Γ.Π.οικ.22869 (2012). Εφημερίδα της Κυβερνήσεως, Οργάνωση και τρόπος λειτουργίας και στελέχωσης του Τμήματος Επειγόντων Περιστατικών (Τ.Ε.Π.) των νοσοκομείων του Ε.Σ.Υ.

Χολέβας Α., 2002, Εκσυγχρονισμός και Αναδιάρθρωση των Δημόσιων Νοσοκομείων στην Ελλάδα: Προοπτικές και Προκλήσεις στην επόμενη δεκαετία, 1^ο Συνέδριο HEALTH WORLD.

Χατζηδάκη Χ., 2005, Τα Νοσοκομεία στην Αθήνα & στον Πειραιά - Πορεία στο χρόνο: 30 χρόνια ΕΙΝΑΠ, Ε.Ι.Ν.Α.Π., Αθήνα.

Ξενογλώσση Βιβλιογραφία

Advanced Management Consultants, 2003 a, Η ποιότητα στην εξυπηρέτηση του χρήστη υπηρεσιών υγείας, Αθήνα: Εκδόσεις AMC.

Advanced Management Consultants , 2003 b, Βασικές Έννοιες και Αρχές Διοίκησης Ποιότητας. Το μοντέλο Αριστείας EFQM, Αθήνα: Εκδόσεις AMC.

Al-Assaf, A.F., 1996, Healthcare outcomes management and quality improvement, The Journal of the Royal Society for the Promotion of Health, 116 (4), 245-252.

Allardt E. On the relationship between objective and subjective indicators in the light of a comparative study. Comp Stud Sociol 1978, 1:203-215.

- Aletras V., Kontodimopoulos N., Zagouldoudis A. and Niakas D., 2007, “The short-term effect on technical and scale efficiency of establishing regional health systems and general management in Greek NHS hospitals,” *Health Policy*, 83, pp. 236-245.
- American Society for Quality, 2010, 11 6, ASQ: The global voice of quality.
- Anderson, L.A. & Zimmerman, M.A. ,1993, Patient and physician perceptions of their relationship and patient satisfaction: a study of chronic disease management, *Patient Education and Counseling*, 20, 27-36.
- Augustovski, F., Rey-Ares, L., Irazola, V., Garay, O., Gianneo, O., Fernandez, G., Morales, M., Gibbons, L., Ramos-Goni, JM. ,2016, An EQ-5D-5L value set based on Uruguayan population preferences, *Quality of Life Research*, 25(2): 323-333.
- Baumann C., Anne N Christine Rat, Georges Ownowycz, Didier Mainard, Christin Cuny, Francis Guillemin. Satisfaction with care after total hip or knee replacement predicts self-perceived health status after surgery. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2009, 10:150.
- Benjamin, C., Rence, Y. Robert, E. Zingmond, D. Liang, L., Han, W. Mc Creath, H. Asch, S., 2012, « Effect of Emergency Department Crowding on Outcomes of Admitted Patients», *American College of Emergency Physicians*, pp.2-6.
- Boerma, W.G.W., *Coordination and integration in European primary care*, εκδ. Open University Press, UK 2006.
- Brussoni, M., Kruse, S., Walker, K ,2013, Validity and reliability of the EQ-5D-3L™ among a paediatric injury population, *Health and Quality of Life Outcomes*, (11), <https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-15711> (1).
- Brook C. ,1999, Motivation for improvement in quality: personal and international perspective, *International Journal for Quality in Health Care*, 11(1) 1-3.
- Brooks R., Rabin R. E., De Charro Fth (Eds), 2003, “The measurement and valuation of health status using EQ-5D: a European perspective.” Kluwer Academic Publishers.

Brooks, R. & The EuroQol Group ,1996, EuroQol: The current state of play. Health Policy. 37. p. 53-72.

Brooks R. EuroQol: the current state of play. Health Policy 1996;37:53–72.

Berg, J., Lindgren, P., Nieuwlaat, R., 2010, Factors determining utility measured with the EQ-5D in patients with atrial fibrillation. Qual Life Res, 19(3): 381-90.

Crow R, Gage H, Hampson S και Hart J, 2002, The measurement of satisfaction with Healthcare: implications for patient from a systematic review of the literature. Healt Technological Assessment, 6(32):1-244.

Campbell FA, Ramey CT, Pungello EP, Sparling JJ, Miller-Johnson S, 2002, Adult Outcomes as a Function of an Early Childhood Educational Program: An Abecedarian Project Follow-Up; 6 : 42-57, doi: 10.1037 / a0026644.

Centers for Disease Control and Prevention., 2000, Measuring Healthy Days. Atlanta, Georgia: CDC, November.

Conner-Spaydy B., Cumming C., Nabholtz, J. M., Jacobs P., Stewart D., 2001, “Responsiveness of the EuroQol in breast cancer patients undergoing high dose chemotherapy.” Qual Life Res. 10(6), 479-86.

Craig, BM, Pickard, AS, Lubetkin, EI, 2014, Health problems are more common, but less severe when measured using newer EQ-5D, versions J. Clin. Epidemiol. 67(1), 93-99.

Costanza, R., Fisher, B., Ali, S., Beer, C., Bond, L., Boumans, R., 2008, An Integrative approach to quality of life measurement, research, and policy. SAPIENS. 1 (1):16-21.

Crosby, P. B., 1979, Quality is Free. New York: Penquin Books.

Crow R, Gage H, Hampson S, Hart J, Kimber A, Storey L et al. The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. Health Technol Assess 2002, 6:1–244.

Culyer, A., 2015, Efficiency, Equity and Equality in Health and Health Care, CHE Research Paper 120, University of York, pp: 1-14.

Devlin, N.J., Shah, K.K., Feng, Y., Mulhern, B., van Hout, B., 2017, Valuing health related quality of life: An EQ-ED-5L value set for England, Health Economics, 27(1): 7-22.

Deming W. E., 1982, Quality, Productivity, and Competitive Position, Massachusetts Institute of Technology, Center for Advanced Engineering Study.

Donabedian, A. ,1966, Assessment and measurement of quality assurance in healthcare. Milbank Memorial Fund Quarterly , p.p. 194-196.

Donabedian, A., 1980, The Definition of Quality and Approaches to its Assessment. Health Administration Press. : The University of Michigan.

Donabedian A. , 1988, The quality of care: how can it be assessed? Journal of the American Medical Association. 260 (12): 1743-1748.

Drummond, M., Stoddart, L., Torrance G. , 1987, Methods for the economic evaluation of health care programs. Oxford: Oxford University Press,.

European Public Administration Network (EUPAN), 2008, Quality Management in Public Administration of the EU Member States, Comparative Analysis.

EuroQol - A new facility for the measurement of health-related quality of life, Health Policy 16 (3), 199-208 (1990), [https://doi.org/10.1016/0168-8510\(90\)90421-9](https://doi.org/10.1016/0168-8510(90)90421-9).

Evans, J. R., & Dean, J. W. ,2000, Total quality: Management, organization and strategy. Cincinnati, Ohio: Sound Western .

Fayers, P. M. & Machin, D., 2006, Quality of life, analysis and interpretation. Θεσσαλονίκη: University Studio Press.

Feigenbaum, A.V. ,1986, Total Quality Control, McGraw-Hill, New York, NY.

- Fitzpatrick, R., Fletcher, A., Gore, S. ,1992, Quality of life measures in health care. I: Applications and issues in assessment. *British Medical Journal*, 305(6861): 1074-7.
- Fitzpatric R. ,(1991a), Surveys of patient satisfaction. I: important general considerations. *British Medical Journal*. 302: 887-889. 36. Fitzpatric R. (1991b) Surveys of patient satisfaction. III: important general considerations. *British Medical Journal*. 302: 1129-1132.
- Fox J. and Storms D. ,1981, A Different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social Science & Medicine. Pat A: Medical Sociology*. 15(5) pp 557-564.
- Gnardellis C. and Niakas D., 2005, “ Factors influencing inpatient satisfaction. An analysis based on the Greek National Health system, *Int. J. Healthcare Technology and Management*, 6(3): 307-17.
- Granger, CB., Alexander, JH., McMurray, JJV. ,2011, Apixaban versus warfarin in patients with atrial fibrillation. *N Engl J Med*; 365(11): 981-92.
- Garvin, D. A. ,1988, *Managing Quality*, The Free Press, New York.
- Gonzalez., Quintana J., Bilbao A. et al, 2005, Development and validation of an in-patient satisfaction questionnaire, *International Journal for Quality in Health Care*, 17(6):465-72.
- Guzman P , Sliepcevich E, Lacey E , Vitello M , Matten R, Noehlke P και Wright W ,1988, Tapping patient satisfaction: A strategy for quality assessment. *Patient Education and Counseling*, 12: 225-233.
- Hall J.A. & Dornan M.C. ,1990, Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. *Social Science and Medicine* 30: 811- 818. 41.
- Haywood, K.L., Garratt, A.M. & Fitzpatrick, R. ,2005, ‘Quality of life in older people: A structured review of generic self-assessed health instruments’, *Quality of Life Research*, 14: pp. 1651-1668.
- Hendriks,A.A., Oort, F.J., Vrieling, F.M.A.and Smets, E.M.A.,2002, Reliability and validity of the satisfaction with hospital care questionnaire. *International journal for quality in health care* **14**(6),471-482.

Hricik DE, Halbert RJ, Barr ML, Helderman JH, Matas AJ, Pirsch JD et al. Life satisfaction in renal transplant recipients: Preliminary results from the transplant learning center. *Am J Kidney Dis* 2001, 38:580–587.

Ishikawa, K., 1985, *What is total quality control?: the Japanese way* (Vol. 215). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall., pp 19- 24.

Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations, *Lexicon dictionary of health care terms, organizations, and acronyms for the era of reform*, Chicago, 2000.

Juran, J., & Gryna, F. ,1988, *Juran's Quality Control Handbook*. McGraw Hill.

Katz ST, Ford AB, Mosowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. *Studies of illness in the aged*. *JAMA* 1963, 185:914-919.

Karnofsky DA, Burchenal JH. *The clinical evaluation of chemotherapeutic agents*. In: McLeod (ed) *Cancer in Evaluation of Chemotherapeutic Agents*. Columbia University Press, New York, 1949.

Kontodimopoulos N, Pappa E, Niakas D, Yfantopoulos J, Dimitrakaki C, Tountas Y. *Validity of the Greek EuroQol (EQ-5D) instrument in a Greek general population*. *Value Health*. 2008 Dec; 11 (7): 1162-9.

Krowinski W., Steiber S. ,1996, *“Measuring and managing patient satisfaction.”* American Hospital Publishing, Illinois.

Lafel G, Blumental D. ,1989, *The case of using industrial Quality Management Science in Health Care Organization*. *Journal of the American Medical Association*, 262(20):2869–2873.

Lahana, E., Pappa, E. and Niakas, D. ,2011, *Do place of residence and ethnicity affect health services utilization? Evidence from Greece*. *Int. J. Equity Health* 10(1):1,.

Lang, HC, Chuang, L., Shun, SC, Hsieh, CL, Lan, CF, 2010, *Validation of EQ-5D in patients with cervical cancer in Taiwan*. *Supportive Care in Cancer* 18(10), 1279-1286.

- Ley P. ,1972, “Complaints made by hospital staff and patients: A review of the literature.” Bull Br. Psychol., 25,115–120.
- Liaropoulos L. Siskou O., Kaitelidou D., Theodorou M., Katostaras Th.,2008, Informal payments in public hospitals in Greece. Health Policy 87: 72-81.
- Malliarou, M, Pavlos, S., Kiriaki, S., Tatiana, S., Konstantinia, K., Eleni, M., & Eleni, T., 2011, Greek nurses’ attitudes towards death. Global Journal of Health Science, 3 (1), 224-230.
- Merkouris A., Andreadou A., Athini E., Hatzibalasi M., Rovithis M., Papastavrou E., 2013:“Assessment of patient satisfaction in public hospital in Cyprus: a descriptive study”.Health Science Journal.7(1):28-30.
- Mossialos E, Allin S, Davaki K.,2005, Analysing the Greek health system: a tale of fragmentation and inertia. Health Economics 14:151–68.
- Nakou, S.,2001, Measurement of quality of life in the health care field. Arch Hell Med; 18(3): 254-66.
- Nelson A., 1996, Measuring Performance and Improving Quality, Sterling Publications.
- Nies M.A. & McEwen M. ,2011, Community/Public Health Nursing: Promoting the Health of Populations, 5th Edition.
- Niska, R, Bhuiya, F. Xu, J. ,2007, « National Hospital Ambulatory Medical Care Survey: Emergency department summary», National Health Statistics Report, pp. 1-27.
- Ovretveit J., 2004,formulating a health quality improvement strategy for a developing country. International Journal of Health Care Quality Assurance. 17(7):368-376.
- Palmer, R.H., Donabedian, A. and Povar, G.J., 1991, Striving for Quality in Health Care: An Inquiry into Policy and Practice, Health Administration Press, Chicago, IL.
- Patrick, D.L. and Erickson, P. , 1993, Health status and health policy: Quality of life in health care evaluation and resource allocation. Oxford University Press, New York.

- Pascoe, G. ,1983, Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis . Evaluation and program planning , σσ. 185-210, 1983.
- Peinado, R., Arribas, F., Ormaetxe, JM., 2010, Variation in quality of life with type of atrial fibrillation. Rev Esp Cardiol; 63(12): 1402-3.
- Petersen M.B.H , 1988, Measuring patient satisfaction: Collecting useful data. Journal of Nursing Quality Assurance 2(3) 25-35.
- Pini A., Sarafis P., Malliarou M., Tsounis A., Igoumenidis M., Bamidis P., Niakas D., 2014, Assessment of patient satisfaction of the quality of health care provided by outpatient services of an oncology hospital. Global Journal of health Science.6 (5):196-203.
- Rabin, R., Oemar, M., Oppe, M., Janssen, B., Herdman, M . , 2011, EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument , edition 1.0.
- Rabin, R., Charro, F.,2001, EQ-SD: a measure of health status from the EuroQol Group. Annals of medicine; 33(5): 337-43.
- Ross, C., Frommelt G., Hazelwwod L., Chang R., 1994,“The role of expectations in patient satisfaction with medical care. In: Cooper P (ed) Health care marketing: A foundation for managed quality. Gaithersburg, MD, Aspen, 55–69.
- Sapin C., Fantino B., Nowicky M. L., Kind P. ,2004, “Usefulness of EQ-5D in Assessing Health Status in Primary Care Patients with Major Depressive.
- Schneider M. The quality of life in large American cities: objective and subjective social indicators. Soc Indic Res 1975, 1:495-500.
- Sitzia, J. and Wood, N. ,1997, Patient satisfaction: A review of issues and concepts, Social Science & Medicine, 45(12), 1829–1843.
- Sloan R. G.,1996, Do Stock Prices Fully Reflect Information in Accruals and Cash Flows about Future Earnings? The Accounting Review, Vol. 71, No. 3. pp. 289-315.

- Smith, C., 1992,, Validation of a patient satisfaction system in the United Kingdom, Quality Assurance in Health Care, 4(3), 171-177.
- Suki, NM., 2011, Assessing patient satisfaction, trust, commitment loyalty and doctors' reputation towards doctor services., Pakistan Journal of Medical Science; 27(5):1207-1210.
- Strasser S., Schweikhart S., Welch G.E. & Burge J.C., 1995, Satisfaction with medical care. Journal of Health Care Marketing. 15(3): 34-43.
- Strasser S., & Davis R.M., 1995, Measuring patient satisfaction for improved patient services. Management Series. American College of Healthcare Executives.
- Taylor, A., Haussman, G. ,1988, Meaning and Measurement of quality nursing care. Applied Nursing Research, 1(2): 84-88.
- Taguchi, G., 1986, Introduction To Quality Engineering, Asian Productivity Organization, Tokyo.
- The world Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL) : Development and general psychometric properties. Soc Sci Med 1998, 46:1569-1585.
- The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the Health Organization. Soc Sci Med 1995, 41: 1403-1409.
- Thomas M, Gill MD, Alvan R, Feinstein MD., 1994, A critical appraisal of the quality of Quality of Life measurements. JAMA,272:619-626.
- Van Hout B, Janssen MF, et al. Interim scoring for the EQ-5D-5L: Mapping the EQ-5D-5L to EQ-5D-3L value sets. Value in Health 2012 Jul-Aug;15(5):708-15."
- Van Reenen, M., Janssen, B., 2015, EQ-5D-5L User Guide Basic Information on how to use the EQ-5D-5L instrument, retrieved on November 2017, available at <https://euroqol.org/publications/user-guides/>.
- Wang, J., Luo, H.,2017, Percutaneous Coronary Intervention: A Concise Historical Review, The Cardiologists, 1(1): 1-9.

Ware JE. The SF-36, 1993, Health Survey: A Manual and Interpretation Guide. The Health Institute, New England Medical Center, Boston.

Ware J, Snyder M, Wrigth R, Davies A.,1983, Defining and measuring patient satisfaction with medical care. Evaluation and Program Planning, 6:247-263.

Who 2003, The World Oral Health Report 2003. WHO Global Oral Health Programme. Geneva.

Who 2015, Economic crisis, health systems and health in Europe.

Willis, 2004, “Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design.” Sage Publications, Thousand Oaks, CA.

Young, K. J & Longman A.J.,1983, ‘Quality of life and persons with melanoma: A pilot study’, Cancer Nurs, 6 (3), pp. 219.

Yfantopoylos J., 1998, The Greek translation and validation of the EuroQol quality of life instrument. In: Greiner W, Graf von den Schulenburg JM, Piercy J (eds) Plenary Meeting, Discussion Papers, University of Hannover, Hannover, pp. 00–111.

Yfantopoylos J, , 2001, Sintonen H., Comparison of the properties of the EQ-5D with the 15-D in Finland and Greece, Proceedings of the 18th Plenary Meeting of the EuroQol Group, Copenhagen, Denmark.

Yfantopoylos J. The “social” quality of life. Arch Hellen Med 2001, 18:108–113.

Yfantopoylos J. Health-related quality of life. Part I and II. Guest editor Yfantopoulos J., Arch Hellen Med 2001, (18, 19).

Yfantopoulos, J., 2001, “The Greek version of the EuroQol (EQ-5D) instrument”, Arch Hell Med, 18, p. 180-191.

Yfantopoulos, J., and Yfantopoulos P.,2013, The psychometric properties of the EQ-5D-5L in a population-based study in Greece. In: J. Busschbach (ed.): 29th Proceedings: Scientific Plenary Meeting of the EuroQol Group. Rotterdam, EuroQol Group, 188–193.

Yfantopoulos, J., and Yfantopoulos P., 2015, The Validity of the EQ-5D-5L instrument in assessing the impact of Economic Crisis on Population's Health. Paper presented in the 32nd Plenary Meeting of the EQ-5D Conference in Krakow, Poland.

Yfantopoylos I., Chantzaras A., 2017, «The validation and comparison of the psychometric properties of the EQ-5D-3L and EQ-5D-5L instruments in Greece».

Ηλεκτρονικές Πηγές

<http://www.kat-hosp.gr/>

Υπεύθυνη Δήλωση Συγγραφέα:

Δηλώνω ρητά ότι, σύμφωνα με το άρθρο 8 του Ν. 1599/1986 και τα άρθρα 2,4,6 παρ. 3 του Ν. 1256/1982, η παρούσα εργασία αποτελεί αποκλειστικά προϊόν προσωπικής εργασίας και δεν προσβάλλει κάθε μορφής πνευματικά δικαιώματα τρίτων και δεν είναι προϊόν μερικής ή ολικής αντιγραφής, οι πηγές δε που χρησιμοποιήθηκαν περιορίζονται στις βιβλιογραφικές αναφορές και μόνο.